

# dependências



**Projeto Deep Seas:  
Portugal a inovar também  
no diagnóstico precoce  
e intervenções breves  
ligadas ao álcool**



**Encontro multidisciplinar sobre o panorama das  
doenças infecciosas:**

**12.ªs Jornadas de Atualização  
em Doenças Infeciosas do CHULC**



**Entrevista com Rui Tato Marinho, Presidente da  
Sociedade Portuguesa de Gastreterologia:**

**“Seria impossível ao país viver  
sem Gastreterologia”**



**XIV Congresso Nacional de Psiquiatria 2020  
Psiquiatria e Saúde Mental:**

**Reconceptualizar os limites  
e as ligações**



**Entrevista com Vítor Veloso, Presidente da Liga  
Portuguesa contra o Cancro:**

**“O Estado não tem qualquer tipo de  
aptidão para fazer prevenção primária”**

# O país não pode esperar mais tempo!



O governo de Passos Coelho acabou com o IDT. O governo de António Costa discordou mas nada fez, com a excepção de criar um grupo de trabalho para avaliar a situação e decidir em conformidade. O grupo de trabalho reuniu e nada concluiu, ou melhor, concluiu que nada havia para concluir... isto é, não chegaram a acordo quanto à forma e conteúdo do que haveria para decidir. Elaborou vários pareceres mas, ao que parece, inconclusivos, determinando que seria o Ministério da Saúde a tomar a decisão de pôr ou repor um serviço que todos reconhecem como eficaz, coerente e integrado nas respostas e intervenções.

Se àquele grupo de trabalho competia apresentar recomendações e propostas, à equipa governativa do Ministério da Saúde competia e ao que julgo saber ainda compete assumir a iniciativa de tomar a decisão, seja ela qual for, e legislar em conformidade com o que os profissionais de saúde e a evidência há muito vêm reclamando.

Não tenho a menor das dúvidas em reconhecer o papel dos responsáveis do governo na concretização e definição de uma estratégia nacional para os comportamentos aditivos e dependências. Como tenho a certeza que esta área deveria ter objetivos prioritários face ao recrudescimento do fenómeno.

Quero recordar que a Ministra da Saúde, Marta Temido, fez parte do grupo de trabalho que apurou a necessidade de priorizar a problemática dos comportamentos aditivos e as dependências com e sem substância. Infelizmente, já passaram mais de sete anos e tudo continua coma dantes:

Um serviço que era reconhecido internacionalmente está a definir, a desaparecer aos poucos, depauperado, sem rumo nem estratégia, degradado e espartilhado por "cinco (ARS), pequenos e diferentes países", que ainda não foram capazes de perceber que o problema dos comportamentos aditivos e dependências carece de uma estrutura nacional autónoma e especializada.

Marta Temido sabe que não pode adiar por muito mais tempo uma decisão que só a ela diz respeito. Uma decisão que honre os homens e mulheres que, apesar de tantas vicissitudes, contrariedades e oposições, foram capazes de construir uma estratégia nacional de combate

à droga e a toxicod dependência unindo vontades, partilhando saberes, elaborando diagnósticos, formando pessoas, envolvendo o meio ambiente, colocando o homem no centro da intervenção, tratando das pessoas em vez da substância, envolvendo as forças vivas de cada município, as autoridades e o serviço nacional de saúde na mais importante e eficiente intervenção na promoção e defesa dos mais elementares direitos humanos.

Continuo a pensar que a senhora ministra da saúde não deve nem pode adiar por muito mais tempo uma tomada de decisão porque a situação em que o país vive na área dos comportamentos aditivos e dependências, é por demais evidente, está descontrolada, não existe coordenação nem demonstra o mínimo de eficácia.

Não pode nem deve continuar a ignorar o falhanço da situação criada pelo governo de Passos Coelho que, por razões que a razão desconhece, decidiu reduzir a quase nada o melhor e o mais conceituado dispositivo mundial de intervenção na área dos CAD, internacionalmente reconhecido.

A situação bateu no fundo, degrada-se a cada dia que passa, 108 mortes por overdose e intoxicação alcoólica, 75% dos 172 mortos na estrada estavam sob a influência do álcool, 49 mortes por overdose de opiáceos, o ressurgimento de novos consumos, o aparecimento de novas substâncias são dados por demais evidentes para que os responsáveis da saúde parem para pensar e decidir se querem ou não finalmente fazer algo para pôr fim a um desnorte que tem nomes e responsáveis...

Não vale a pena tentar tapar o sol com a peneira, nem pensar em milagres ou esperar o regresso de D. Sebastião para salvar o que não tem salvação... O país precisa dos seus melhores para retomar o caminho destruído em 2012, precisa de repensar uma nova estratégia e reconstruir novas respostas para os novos problemas. Julgo ter chegado a hora de deixar para trás os preconceitos que, infelizmente, ainda vão aparecendo nalgumas mentes perversas e decidir finalmente repor uma estrutura autónoma e eficiente para responder aos problemas do presente que o futuro exige.

**Sérgio Oliveira, director**

# Projeto Deep Seas: Portugal a inovar também no diagnóstico precoce e intervenções breves ligadas ao álcool



Está a nascer em Portugal um novo projeto que, a partir de uma ligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados específicos, visa consciencializar os portugueses para os consumos de risco de álcool e ajudá-los a lidar com o consumo de bebidas alcoólicas de uma forma que não prejudique a sua saúde, nem a dos outros. O SICAD co-liderou a iniciativa, que advém da joint action RARHA, ganhando um concurso da Comissão Europeia que se está a traduzir na implementação de um projeto piloto na zona Centro do país (território da ARS Centro), em cinco ACES, no âmbito do diagnóstico precoce e das intervenções breves. Para conhecermos melhor o projeto, conversámos com Manuel Cardoso...

**Este é um projeto que mais do que capacitar tem o objetivo de aliar o saber ao fazer?**

**Manuel Cardoso (MC)** - Tem muito a ver com isso... com saber, com práticas, mas também com muitas outras coisas, como o tempo e outro tipo de dificuldades. Como sabem, a nossa primeira abordagem consiste na identificação de problemas aos vários níveis, sendo que, aqui, estamos fundamentalmente a falar das questões relacionadas com o álcool ou das perturbações do uso do álcool. A verdade é que verificamos hoje que, para além de estarmos a ter um aumento dos consumos per capita, temos também os efeitos negativos desde as mortes, às morbidades, que também aumentam. Temos padrões de consumo de risco, quer em termos de binge, quer em termos de embriaguez, a aumentar, principalmente nas mulheres. Perante esta realidade, quando definimos o Plano Nacional, definimos também uma rede de referência/articulação entre cuidados de saúde primários, rede de cuidados específicos CAD e cuidados hospitalares. A verdade é que a preocupação com os problemas ligados ao álcool é de tal magnitude que não pode ser considerada uma questão limitada a uma intervenção específica dos CRI ou da área dos comportamentos aditivos. É um problema de saúde pública e tem que ser também assumido por toda a área da saúde, com enfoque especial nos cuidados de saúde primários. Portanto, o diagnóstico tem que ser feito tão precocemente quanto possível, ao nível dos cuidados primários. Segundo ponto: a estratégia global para a redução dos problemas ligados ao álcool da Organização Mundial de Saúde e o plano de ação da região Europa da OMS definem, numa das suas áreas de ação, a da "resposta dos serviços de saúde", a prestação de cuidados de saúde para as pessoas que precisam desses cuidados ou apoio. Face aos dados que tem, a OMS constata que talvez nem 10% das pessoas que precisam de apoio dos serviços de saúde, por problemas relacionados com o uso nocivo do álcool, terão acompanhamento. Portanto, há que desencadear um procedimento que faça com que esse indicador dispare para respostas muito mais próximas do necessário. Se pensarmos que, em Portugal, estimadamente 3% da população é dependente e cerca de 6,8% terão algum problema relacionado com o uso do álcool, estamos a falar de cerca de um milhão de pessoas...

Como sabem, liderámos uma joint action financiada pela Comissão Europeia e com todos os estados-membros da UE envolvidos, a RARHA, que tinha três objetivos fundamentais: a identificação dos consumos, com a criação de um instrumento para que tivéssemos dados que pudessem ser comparáveis entre todos os estados-membros; a criação de guidelines para a definição de consumo de baixo risco e exemplos de boas práticas que pudessem ser partilhados.

Quando estávamos a terminar a joint action, convidámos os estados-membros a pronunciarem-se sobre o que gostariam de fazer a seguir... Das respostas recebidas constatámos que colocavam em primeiro lugar a repetição do próprio inquérito, aplicando o mesmo questionário, importando identificar tendências face ao trabalho que vai acontecendo e poder continuar a comparar entre estados-membros. A segunda área que foi considerada importante trabalhar foi esta da saúde. A OMS orienta muito a intervenção para a área da oferta, tendo poucas intervenções na área da procura e este era um caminho para percorrer no âmbito da procura. Ora, a Comissão, não dando suporte a uma nova joint action como solicitado, abriu concursos para que houvesse intervenções em cada uma destas áreas. O primeiro projeto que colocou a concurso contemplava uma área de trabalho relacionada com a aplicação do questionário e outra área relativa à implementação do diagnóstico precoce e intervenções breves. Esta linha de intervenção casa na perfeição com o que era o nosso desejo de fazer a implementação da rede de referência. Se queremos que os cuidados primários identifiquem precocemente, com uma entrevista motivacional ou intervenção breve, e só de seguida, quando houver dependência, quando houver necessidade, é que encaminham para cuidados específicos, então vamos ter que trabalhar nos cuidados primários. Este projeto da Comissão prevê essa intervenção sob esta forma: vamos identificar uma região de um país da UE que possa servir de base para a criação de linhas de orientação para utilizar noutras regiões da UE. Como nós participámos na elaboração dos projetos das candidaturas ao tal concurso e ganhámos, assumimos para o país este projeto.

Os Cuidados Primários da Região Centro vão ficar como referência europeia no âmbito do diagnóstico precoce e das intervenções breves na área do álcool.

***"Temos padrões de consumo de risco, quer em termos de binge, quer em termos de embriaguez, a aumentar, principalmente nas mulheres"***

## **Porquê o Centro?**

**MC** – Como calcula, não é depois de ganhar o concurso que temos que pensar nisso... Tivemos que falar com a ARS muito antes, quando pensámos em concorrer. A verdade é que fomos tendo sucessivas concordâncias da ARS Centro para agora estarmos a trabalhar. Porquê a ARS Centro e a região

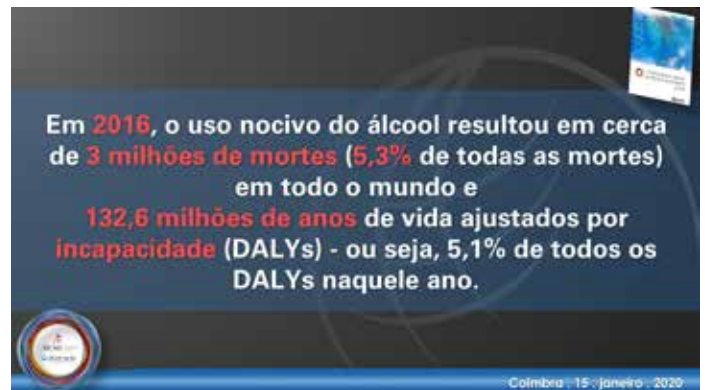


Centro? Diria que poderíamos pensar por uma questão de magnitude do problema, mas as justificações foram muito mais simples e pragmáticas. Primeiro, a dimensão da região Centro é mais maneável do que a de qualquer outra, nomeadamente Lisboa ou Porto; é suficientemente grande para ser diferente do Alentejo ou Algarve em termos de dimensão populacional e não é demasiado grande para ser mais difícil de trabalhar. Segundo, o acesso e a facilidade de trabalho que tivemos ao próprio Conselho Diretivo e a concordância e prontidão imediata. Terceiro, como trabalhámos a rede de referência desde 2009, percebemos que a região Centro é a que tem, por parte dos cuidados primários, o maior conhecimento e capacitação nestes cuidados para intervir nesta área. Houve uma formação no anterior Centro de Alcoologia que capacitava os médicos de medicina geral e familiar da região e, antes da reorganização dos cuidados primários, havia mesmo nos centros de saúde consultas de alcoologia. Portanto, foi aproveitar muito desse know-how, que em simultâneo desperta interesse e vontade em colaborar e participar. Quarto, na região Centro, nomeadamente no ACES Dão Lafões, em Tondela, foram já feitos dois trabalhos de investigação e intervenção nesta área e que resultaram em doutoramentos, um da Professora Cristina Ribeiro e outro do Professor Frederico do Rosário, que para além de ter feito o seu trabalho de doutoramento em toda esta perspectiva, tentou alargá-lo a todo o ACES. Portanto, se eu quero envolver toda uma região com esta intervenção, pareceu-nos uma boa opção.

**“Os problemas ligados ao álcool é de tal magnitude que não pode ser considerada uma questão limitada a uma intervenção específica dos CRI ou da área dos comportamentos aditivos”**

#### O que já fizeram até ao momento?

**MC** – A primeira coisa que quisemos fazer foi criar uma equipa de coordenação da região, infelizmente não tão larga como gostaríamos. O Conselho Diretivo designou por consenso um médico de saúde pública regional, que já foi diretor executivo de ACES e que revela uma excelente capacidade de interagir com todos, o Dr. António Morais; um responsável de enfermagem, também da ARS, que também fazia a coordenação, nomeadamente da Formação, Senhor enfermeiro António Matos; um elemento que fazia a coordenação para as questões do álcool e do tabaco na região Centro, o Dr. José Bonifácio; o Professor Frederico do Rosário, um expert das intervenções breves regional; a Professora Cristina Ribeiro, que representa a Direção Geral da Saúde, é doutorada na área e professora na Faculdade de Medicina de Lis-



boa e dois elementos mais operacionais da componente CAD, a Diretora da Unidade de Alcoologia, Dr<sup>a</sup> Ana Feijão e o responsável da DICAD da região, Dr. Rocha Almeida. A Dr<sup>a</sup>. Graça Vilar, a Dr<sup>a</sup>. Patrícia Pissarra e eu próprio, somos os representantes do SICAD e do projeto europeu DEEP SEAS, para fazermos parte desta equipa de coordenação. O primeiro ponto consistiu nesta designação, o segundo em fazer reuniões com os vários diretores de ACES para passar a ideia, em que tivemos a participação de parceiros de Barcelona, colíderes e acompanhantes desta task. Tivemos algumas componentes técnicas, como preparar o protocolo de intervenção, que é revisto por peritos europeus que fazem parte do grupo e definir os ACES que vamos trabalhar. Na região, temos seis ACES dependentes da ARS, um dos quais não tem o projeto, mas tem a intervenção em desenvolvimento, Dão Lafões, e duas ULS, Castelo Branco e Guarda, cuja organização interna é diferente da dos ACES. Ora, nós estamos a fazer uma intervenção, que consideramos muito pragmática e ativa, de construção, mas que é em simultâneo de investigação. Estamos a preparar terreno para criar o tal manual que será disponibilizado para outras intervenções. Neste caso, tínhamos que escolher uma gestão igual e acabámos por selecionar os cinco ACES que estão “virgens” para a matéria: Baixo Mondego, Baixo Vouga, Pinhal Interior Norte, Cova da Beira e Pinhal Litoral. Em termos de processo, há várias etapas: aplicámos um primeiro questionário para sabermos quais são os constrangimentos (e são muitos) desta implementação e fizemos reuniões com os coordenadores de cada um dos ACES, o que pressupõe diretores executivos, diretores clínicos e coordenadores de cada USF e centro de saúde. Em média, tivemos cerca de 60 pessoas em cada reunião, em que explicámos a dimensão do

problema, por que precisamos de intervir, o que é o projeto... e de seguida pedíamos que seleccionassem nos seus ACES equipas de médico e enfermeiro que pudessem constituir-se como equipas formativas para replicar a formação que entretanto iriam receber. Então, foram seleccionados 58 elementos, de modo que cada equipa possa representar médicos e enfermeiros para fazerem a intervenção, diagnóstico precoce e eventual intervenção quer médica, quer de enfermagem. Até ao momento, fizemos formação em intervenções breves para os ACES Baixo Vouga, Pinhal Interior Norte, Pinhal Litoral, Cova da Beira e Baixo Mondego. São 30 horas de formação que estas equipas deverão replicar em oito horas. Os formadores foram a Professora Cristina Ribeiro, o Professor Frederico, a Dra. Ana Feijão e a Dra. Graça Vilar.

De seguida este grupo de formandos replicará a formação para todos os profissionais. A ideia é capacitar os profissionais fundamentalmente para abordarem a questão.

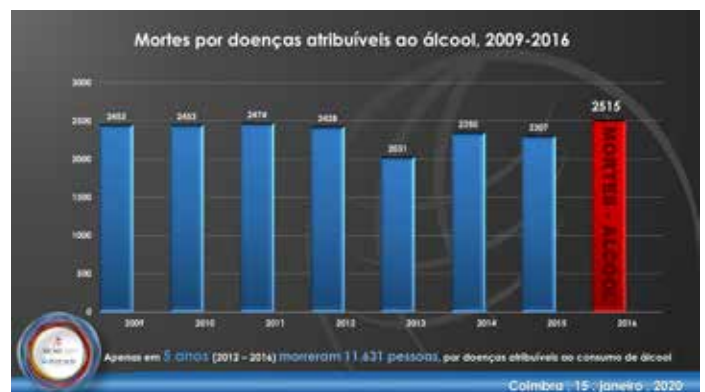
Num segundo momento, que estamos já a trabalhar, os indicadores que sairão desta intervenção, serão mais tarde objeto de contratualização. A ideia é que todas as ARS possam contratualizar com os profissionais alguma coisa nesta área. Terá que haver um reconhecimento de toda esta intervenção e é isso que estamos a tentar fazer.

**“ A OMS constata que talvez nem 10% das pessoas que precisam de apoio dos serviços de saúde, por problemas relacionados com o uso nocivo do álcool, terão acompanhamento ”**

Uma última nota prende-se com o processo de referenciação, com este cruzamento das duas intervenções: estamos a finalizar uma aplicação integrada no Sclenic que faz a interoperabilidade entre este sistema e o SIM (sistema de informação multidisciplinar, dos CAD). Um dos últimos momentos da formação foi feito com a SPMS e a nossa equipa de informática para preparar estes formadores no manuseamento desses instrumentos. O Sclenic tem, quer para a área de enfermagem, quer para a área médica os instrumentos de diagnóstico (para o álcool, o Audit-C e o Audit). Se a avaliação for superior ao que está determinado, se tiver um consumo nocivo, é encaminhado para a entrevista motivacional, intervenção breve ou o que seja necessário e adequado; se não tiver problema nenhum, é entregue um panfleto a informar sobre os problemas relacionados com o uso nocivo do álcool, sendo reavaliado passado algum tempo; se houver necessidade de encaminhamento, imediatamente lhe surgem indicações do SIM quanto às equipas para onde podem encaminhar. O utente é encaminhado para a equipa e, no momento em que é recebido, há uma informação direta de retorno para o clínico.

**Parece óbvio que este projeto só pode funcionar num território onde a rede de referenciação esteja implementada mas, mesmo assim, face aos indicadores de consumos nocivos, depois de diagnosticada a maioria dos utentes, terá o país capacidade para responder a tantos casos?**

**MC** – A pergunta é muito interessante, mas extremamente difícil de responder. Dir-lhe-ia que vamos ter que gerir à medida que as coisas forem acontecendo. Será difícil ter uma capacidade de resposta numa rede específica para um milhão de utentes ou mesmo para os tais 360 mil com características de dependência. De qualquer forma, neste grupo da região Centro, existe por parte dos colegas de medicina geral e familiar alguma capacidade de resposta. Os colegas com quem trabalhamos (formandos) manifestaram um empenho, uma dedicação e uma vontade de ir mais além, fantásticos. Consideramos que se tivermos esta intervenção diagnóstica, esta abordagem aos consumos de bebidas alcoólicas, independentemente do que vai acontecer, face à identificação de um consumo de risco ou de um consumo indiciando o problemático, o mesmo se reduza. Acreditamos que a consciencialização face ao consumo é motivadora de uma reflexão sobre esses

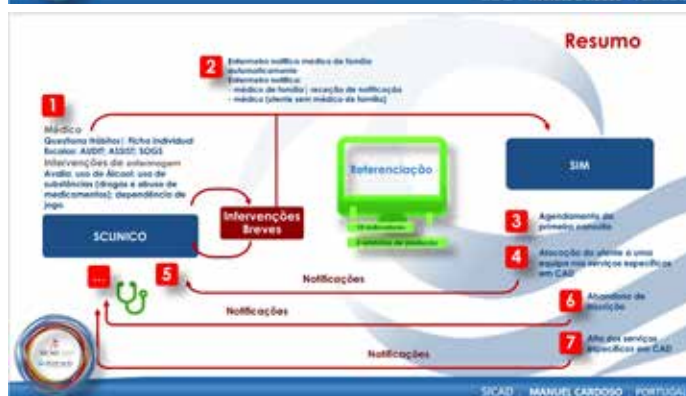


consumos e consequentemente levará a uma redução. Portanto, a atual estimativa de 3% da população com probabilidades de ser dependente rapidamente se reduzirá. E a estimativa de dependência, resultante da aplicação do Audit, não significa necessariamente dependência alcoólica grave... é um risco de dependência que vai requerer acompanhamento e um diagnóstico clínico mais aprofundado. Mas vamos ter de fazer a apreciação e a intervenção em contínuo, o mesmo se aplicando à implementação da rede do desenho teórico para o terreno, com uma articulação mais expedita entre os cuidados de saúde primários e os cuidados mais específicos. Mais do que tudo, para mim, interessa fazer com que nos cuidados primários este tema e preocupação seja colocada em cima da mesa. Também estamos a apostar em conquistar os internos e estagiários, os médicos em início de carreira para aderirem ao programa porque, no momento em que esses o fizerem teremos a garantia de que haverá continuidade. Pretendemos que a contratualização preveja esta intervenção e que surja gente jovem que adira desde o início ao diagnóstico precoce.

Colocando sobre a mesa o suporte e empenho do Conselho Diretivo, o envolvimento e contributo dos Diretores executivos e Diretores clínicos e particularmente a dedicação e vontade de ir mais além dos colegas formandos, quero crer que o envolvimento dos outros profissionais será uma realidade, principalmente quando perceberem a mais valia, para a intervenção do dia a dia, que é a integração deste instrumento na prática diária e o projeto será um sucesso. Vamos ser mais uma referência europeia, quiçá mundial, por boas razões.



**“Se pensarmos que, em Portugal, estimadamente 3% da população é dependente e cerca de 6,8% terão algum problema relacionado com o uso do álcool, estamos a falar de cerca de um milhão de pessoas...”**



**No fim, o que se pretende com a implementação deste projeto?**

MC – Claramente, que o cidadão, pelo menos aquele que é utilizador dos cuidados de saúde primários, se consciencialize do que são consumos de risco e ajudá-lo a ser capaz de lidar com o consumo de bebidas alcoólicas de uma maneira equilibrada e que não perturbe, nem a sua saúde, nem a dos outros. Com esta intervenção acredito que os cuidados primários serão mais de saúde e menos de doença.

Em termos globais, os problemas ligados ao álcool, como os do tabaco e da nutrição, são absolutamente fundamentais quanto às perdas de qualidade de vida na nossa longevidade. Se conseguirmos contribuir para essa qualidade de vida estaremos a contribuir também para a sustentabilidade do SNS.



**“Os Cuidados Primários da Região Centro vão ficar como referência europeia no âmbito do diagnóstico precoce e das intervenções breves na área do álcool”**

Encontro multidisciplinar sobre o panorama das doenças infecciosas

# 12.as Jornadas de Atualização em Doenças Infecciosas do CHULC



A Culturgest, em Lisboa, foi palco da realização das 12.as Jornadas de Atualização em Doenças Infecciosas do Hospital Curry Cabral. O evento, que contou com cerca de mil participantes, decorreu entre os dias 23 e 24 de janeiro e contou com a organização da Associação de Estudos, Núcleo e Grupo de Doenças Infecciosas de Lisboa (NUGEDIL). Em análise e partilha estiveram temas como terapêutica anti retroviral, hepatites víricas, antibióticos, infeção por VIH/Sida, tuberculose, infeções emergentes e casos clínicos.

Dependências esteve presente no encontro e recolheu depoimentos de alguns dos participantes...



MARTA TEMIDO, MINISTRA DA SAÚDE

“Na abertura destas jornadas valerá a pena recordar que o aparecimento do VIH foi talvez o desafio mais complexo das últimas décadas em todo o mundo. Os sistemas de saúde, o progresso da medicina e da terapêutica e o trabalho dos profissionais de saúde, designadamente da área da infeciologia, permitiram virar a página da letalidade. Entre nós, fo-

ram dados passos muito importantes para controlar essa epidemia desde os anos 80 e os infeciologistas foram absolutamente fundamentais neste processo. Vale a pena recordar que a resposta nacional ao VIH deve constituir um exemplo que não podemos deixar de sublinhar.

No passado 27 de novembro de 2019 foi apresentado o relatório da infeção VIH/Sida em Portugal, elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde de Dr. Ricardo Jorge e pela DGS, no qual se destacavam alguns dados: o número de novos casos de infeção por VIH diminuiu 46% e o de novos casos de Sida 67% entre 2008 e 2017; que até 30 de junho de 2019 tinham sido notificados em Portugal 973 novos casos de infeção por VIH com diagnóstico durante o ano 2018; e que, em relação à monitorização da estratégia 90/90/90, 92,2% das pessoas que viviam com VIH estavam diagnósticas e, dessas, 90,3% estavam em tratamento e, dessas, 93% com carga viral suprimida. O que significava que Portugal tinha, antes da linha temporal definida, atingido as três metas definidas pela ONUSIDA.

E sem dúvida nenhuma que os profissionais de saúde, mais uma vez os infeciologistas, as farmácias, as organizações de base comunitária e os próprios doentes tinham sido um elemento chave no sucesso desta resposta. E isso deve fazer-nos refletir sobre o que são as redes que precisamos de continuar a incentivar, não só as redes formais, as redes de referência hospitalar, mas todas as redes de articulação que, cada vez mais, temos que envolver. De resto, o programa de troca de seringas, desde 1993, contribuiu para a redução muito significativa dos casos de VIH em pessoas que injetam drogas e, aqui, o papel das farmácias comunitárias foi absolutamente fundamental.

Portugal apostou em parcerias estratégicas com organizações de base comunitária para expandir o teste do VIH, seguiu as recomendações da OMS, expandiu o tratamento antirretroviral a todas as pessoas com VIH em 2015, iniciou a dispensa da profilaxia pré exposição no SNS em 2018 e iniciou depois a comercialização do auto teste em 2019. Quando falamos em jornadas de atualização, este é um exemplo de sucesso alcançado. Mas há muito desafios que continuam a estar presentes nesta área, como na área das doenças infecciosas em geral. E, quanto a nós, queremos em definitivo contribuir para eliminar a epidemia de Sida



em 2030, temos que continuar a expandir os testes, diminuir o diagnóstico tardio, expandir as novas ferramentas de prevenção, nomeadamente a profilaxia pré-exposição, num modelo a equacionar, e continuar a combater o estigma e a discriminação.

O Ministério da Saúde está profundamente comprometido com o controlo do VIH e a expansão da prevenção, o que na prática significa refletir sobre como disponibilizar a PREP na comunidade. A urgência da ação em patologias como o VIH não deve deixar de nos desassossegurar.

E Portugal está também comprometido com o combate a outras áreas. O combate às hepatites virais tem dado também passos importantes, medidas implementadas que, entre nós, incluem a despesa de tratamento para a hepatite c no SNS, o tratamento de reclusos com VIH e hepatite c nas prisões, em excelente e imprescindível colaboração com o Ministério da Justiça. É preciso continuar a apostar na melhoria da vigilância epidemiológica e da expansão do tratamento.

Também a tuberculose continua a constituir um desafio. Conseguimos diminuir a incidência ao longo das últimas décadas, deixando de ser o único país da Europa Ocidental com incidência média em 2016, descendo da fasquia de mais de 20 casos de tuberculose por 100 mil pessoas. Porém, é necessário continuar a apostar na vigilância epidemiológica, no diagnóstico, no tratamento atempado e em melhoria do seguimento.

Finalmente, uma referência à investigação em doenças tropicais, que constitui no nosso país um património histórico e científico da maior relevância, graças ao trabalho notável do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, ao qual tantos de nós têm ligações afetivas perenes e científicas recorrentes.

Por tudo isto, considero que estas jornadas são da maior relevância e gostava de deixar a nota de que as doenças de transmissão vetorial foram propostas por Portugal como um tema para a presidência da UE no trio Alemanha, Portugal, Eslovénia, que iniciaremos no segundo semestre deste ano”.



#### **Pedia-lhe uma sinopse do que nos trará a estas jornadas...**

**RSC** – Venho moderar uma mesa redonda sobre hepatite c, que contará com a participação de pessoas muito conhecidas, nomeadamente o Professor Jean-Michel Pawlotsky, que vem muitas vezes a Portugal e esteve na nossa reunião de outubro, a Professora Karine Lacombe, muito interessada na área da hepatologia, particularmente nas questões das mulheres, e que falará sobre gravidez e hepatite c, tema sobre o qual sabemos pouco e em torno do qual existe alguma controvérsia, não havendo até hoje recomendações para tratar as pessoas infetadas pelo vírus c durante a gravidez. Seria bom se conseguíssemos tratá-las com segurança e resultados e se, ao mesmo tempo, impedíssemos a transmissão vertical. Há um trabalho realizado nos EUA, mas apenas com oito doentes, que revelou bons resultados...

#### **Na área do VIH, os casos de transmissão vertical são raros...**

**RSC** – Sim, atualmente são mas, no princípio, eram 25%...

#### **E no VHC, há estudos sobre a transmissão vertical?**

**RSC** – Pois, não existem praticamente... há este de Pittsburgh, apresentado no ano passado e não encontrei mais nenhum.

#### **É muito incidente a transmissão vertical de hepatite c?**

**RSC** – Ainda é... superior a 5%... mas claro que depende das zonas. E a Karine Lacombe vai falar na ordem dos 10%... Mas teremos ainda uma terceira comunicação, da autoria de um professor alemão, um virologista puro. Para nós, que fazemos clínica, nem sempre é fácil interpretar estas coisas mas, sob o ponto de vista científico, é uma apresentação interessante, com um final mais direcionado para a prática clínica.

#### **Como avalia a experiência que tem vivido no CHUP ao nível do tratamento da hepatite c?**

**RSC** – No meu serviço, estamos quase a chegar a mil doentes tratados, dos quais cerca de 600 são toxicodependentes... Quando falam em micro eliminação... e são indivíduos co-infetados com VIH estes que tratamos.

#### **Presumo que, com as novas terapêuticas, a adesão terapêutica seja satisfatória...**

**RSC** – Tem sido muitíssimo boa!

#### **E como estamos no contexto das prisões?**

**RSC** – No nosso caso não estamos a intervir. Estava decidido que iríamos a Paços de Ferreira e a Vale do Sousa mas, recentemente, foram lá colocados duas colegas do Centro Hospitalar do Vale do Sousa, preparados para fazer tratamento do VIH e, portanto, não avançamos. A Gastroenterologia do Hospital Santo António é que está a fazer, em parte, os doentes com hepatite c do Vale do Sousa, numa intervenção partilhada com este hospital.

#### **E quanto às populações mais vulneráveis que não se deslocam aos serviços?**

**RSC** – Aí temos algumas dificuldades... ou montávamos um esquema que permitisse trazer as pessoas aos hospitais ou a nossa deslocação até às mesmas ou então seria muito difícil... Há uns anos largos, recebíamos muitas notificações e pedidos de consulta dos CAT de Gondomar, território que pertence ao hospital mas depois era muito difícil fazê-los chegar cá. A alternativa será irmos lá mas, para já, pelo menos que eu saiba, não há condições para instalar uma resposta desse tipo.

#### **O seu serviço foi pioneiro na introdução da terapêutica combinada, a CTC, em Portugal... Esse passo foi já ampliado ao restante país?**

**RSC** – Não... Nós tínhamos e temos no antigo Hospital Joaquim Urbano o CTC. São 180 indivíduos que vão ao hospital ou pelo menos têm ligação; desses, 106 vão lá todos os dias, sendo que os restantes vão a ET com nossa supervisão, outros vão a centros de saúde... mas tudo isto é governado e os resultados são espetaculares.

#### **Esse tipo de descentralização promove a proximidade?**

**RSC** – Claro que sim. E o que está a acontecer é que a carga vírica do VIH nesses doentes é muito boa, com uma média de supressão superior a 90%, um pouco melhor do que temos na consulta externa. E tratamos também aí muitos indivíduos com hepatite c.

#### **Fala-se aqui em atualização... no caso português de intervenção em hepatite c será legítimo falar-se em “up to late” em vez de update?**

**RSC** – Depende muito dos hospitais e das condições que estes têm...

#### **...Temos um programa para os estabelecimentos prisionais que já devia estar implementado em todo o país, bem como o CTC...**

**RSC** – O CTC funcionava dentro de um hospital e, apesar de alguns problemas iniciais, perceberam que se tratava de um programa que os favorecia... Houve um ou outro sítio, nomeadamente na Amadora e em Cascais, onde tentaram implementar e até nos visitaram para perceberem



como funcionava mas o problema é que, estes doentes, dentro de um hospital, ainda continuam a constituir um complicado estigma.



KAMAL MANSINHO

### Em que medida é importante uma constante atualização para oferecer resposta às doenças infecciosas?

**KM** – A atualização é uma obrigação que todos nós, enquanto profissionais da área da saúde, temos para podermos acompanhar o movimento e as dinâmicas de evolução que as doenças transmissíveis têm, para garantir que somos capazes de comunicar com as pessoas que nos procuram e confiam os seus cuidados e para adquirir, um conjunto de conhecimentos de modo a poder minimizar as suas preocupações mais imediatas e melhorar de forma continuada a qualidade dos cuidados que vamos prestando. Vivemos tempos que são simultaneamente desafiantes e muito inquietantes porque contamos às vezes com o aparecimento de determinado padrão de doença e surgem outros, por vezes diferentes do que estávamos à espera. Mas o conhecimento acumulado e a experiência que vamos adquirindo pelo exercício diário das nossas funções vão permitindo sustentar com base na experiência e na evidência científica algumas das medidas que precisam de ser tomadas no imediato para mitigar as consequências iniciais do desenvolvimento de uma doença, de uma alteração de comportamento ou do consumo, de uma modificação da relação que a comunidade vai tendo com os riscos em geral.

### Quatro décadas depois, o que mudou na intervenção em infeciologia?

**KM** – Mudaram muitas coisas... sobretudo a necessidade de revisitarmos os nossos modelos de intervenção e de sermos capazes de evoluir para acompanhar as novas ferramentas que as tecnologias nos proporcionaram. Deixe-me tomar como exemplo a infeção VIH enquanto modelo: quando começámos a enfrentar esta pandemia, a nossa maior preocupação e todas as atenções do ponto de vista da prestação de cuidados estava orientada no sentido de diminuir a mortalidade e prolongar a vida das pessoas, melhorando naturalmente a sua qualidade. Esse foi o enfoque dos anos 80 e meados dos 90; à medida que o progresso do tratamento e a nossa experiência, não só médica mas de conhecimento do terreno, das razões pelas quais as pessoas se infetavam e adotavam determinados comportamentos que consideramos de maior risco, tudo isso permitiu por exemplo que a infeção VIH passasse rapidamente de uma doença mortal para uma doença prolongada e agora crónica. Hoje, a nossa preocupação está dirigida para diminuir a transmissão da doença e para aumentar a segurança das pessoas infetadas. A fronteira, hoje, entre a pessoa infetada e a não infetada praticamente não existe porque ambos vivem o mesmo tempo, ambos têm riscos e, para cada um deles, temos que ser capazes de assegurar que vamos ao encontro das suas necessidades do quotidiano e vivências.

### No entanto, esse sucesso terá também originado uma errada perceção do risco...

**KM** – Toca num fator muito importante no ponto de vista até da análise do que fizemos nestes últimos 40 anos... não é uma errada perceção

de risco, é também uma evolução da perceção do risco e estes fenómenos passaram a fazer parte das análises que temos que incorporar para percebermos o que se vai passando e como temos que nos ajustar do ponto de vista da intervenção, seja terapêutica, seja de prevenção. A modificação da perceção de risco é algo que já era conhecido há muito tempo e, mais do que categorizar se é correta ou incorreta, é preferível olhá-lo como um fenómeno que vai acontecendo, em e cada um de nós vai ajustando o limiar do risco de acordo com um conjunto de normas internas que vamos percecionando, em cada momento. Esta modificação da perceção de risco, está relacionada com fenómeno designado por lei da compensação de risco, que determina que cada um de nós defina para si próprio, de acordo com as variáveis que tem naquele momento, o nível de risco perante o qual se sente confortável. E vamos sendo complacentes com esse nível de risco. A partir do momento em que passámos a saber que a infeção por VIH deixou de ser uma doença rapidamente mortal, passámos a ser também mais complacentes relativamente a alguns comportamentos de risco. A partir do momento em que passámos a saber que ter uma carga vírica para VIH suprimida significa que o risco de transmitir por via sexual ou por partilha de material para consumo de drogas injetáveis diminui substancialmente ou é mesmo muito baixo, ao ponto de quando existe uma carga vírica suprimida a utilização do preservativo poder ser dispensada desde que não haja outras complicações associadas, percebemos que esta perceção de risco precisa de ser trabalhada, não apenas para a infeção por VIH, mas também para as outras infeções sexualmente transmissíveis.



### MARTA TEMIDO E AS NOVIDADES SOBRE O SICAD

Dependências aproveitou a presença de Marta Temido nas jornadas para procurar perceber o ponto de situação relativamente à reestruturação orgânica prometida para a área dos CAD. "Para quando novidades no SICAD", foi a questão que colocámos à ministra da saúde, que respondeu: "Estamos a trabalhar... ainda ontem, houve trabalho interno, ao nível do gabinete do Sr. Secretário de estado que acompanha a área e, quando estivermos perfeitamente estabilizados em termos de modelos alternativos, avançaremos" ...



Health Parliament Portugal lança 2ª edição

# Parlamento da Saúde visa mudar paradigma do setor



Projeto que junta Expresso, Janssen, Microsoft e Universidade Nova iniciou-se com uma reunião entre os novos deputados e mentores para lançar as bases de trabalho dos próximos seis meses. Trata-se da segunda edição do único parlamento exclusivamente dedicado ao setor da saúde em Portugal, após as 58 recomendações que saíram da primeira edição, em 2017. Reforma do setor encabeça lista de reflexão.

A segunda edição do Health Parliament já conheceu o seu novo presidente na primeira sessão plenária do único parlamento inteiramente dedicado à Saúde em Portugal. Francisco Goiana da Silva foi eleito por maioria e assumiu a exigência do desafio que tem pela frente, juntamente com os seus pares: “Não estamos aqui para pensar o que outros pensaram ou darmos mais do mesmo, pretendemos trazer alguma novidade e ar fresco a um tema que carece muitas vezes disso mesmo”.

Eram sete as candidaturas entre os 60 parlamentares, já previamente selecionados entre 763 candidaturas. O membro da Comissão de Sustentabilidade e Equidade sucede a Ana Castro, anterior presidente, que desafiou os deputados a “meter mãos à obra”. Durante a tomada de posse, as seis comissões que compõem o Health Parliament Portugal aceitaram o repto e iniciaram desde logo uma base para discussão de ideias. Da parte da manhã foram apresentadas as comissões de Inovação e Valor em Saúde, Oncologia, e Recursos Humanos em Saúde, enquanto na sessão da tarde foram apresentados os deputados das comissões de Saúde Mental, Sustentabilidade e Equidade e Tecnologia e Integração de Cuidados.

Maria de Belém recordou que “o país precisa do vosso nível de qualificação, não para defender interesses, mas sim para o desenvolvimento, independentemente da ideologia”, enquanto Isabel Galriça Neto, ex-deputada do CDS, pediu aos parlamentares para evitarem divisões a bem de uma luta comum.

“Só podemos esperar o melhor de vocês neste exercício”, atirou o vice-reitor da Universidade Nova de Lisboa, José Fragata. Moldar o futuro da Saúde é o desígnio dos 60 deputados que tomaram posse como membros do Health Parliament Portugal e a ambição de todos os participantes neste projeto, que junta Expresso, Janssen, Microsoft e Universidade Nova para reunir, pela segunda vez, o único parlamento exclusivamente dedicado ao setor em Portugal, após as 58 recomendações que saíram da primeira edição, em 2017.

Paula Panarra, diretora-geral da Microsoft, sustentou que “temos um ambiente que nos permite criar soluções para Portugal e resolver problemas de saúde para o mundo”.

Filipa Mota e Costa, diretora-geral da Janssen Portugal, considera que a reforma do setor da saúde exige “o melhor pensamento do país”, o que considera ver refletido nos 60 parlamentares que reuniram na reitoria da Universidade Nova de Lisboa.

O presidente do Infarmed, Rui Santos Ivo, diz esperar “ideias que vão moldar o futuro”, do sistema de saúde, ao passo que André Badallo, membro da Comissão de Saúde Mental, considerou prioritário “lutar contra este estigma”. A multidisciplinaridade que resulta dos deputados são, para Ricardo Baptista Leite, deputado do PSD, ingredientes que, a ser bem misturados, podem resultar em “orientações necessárias para uma grande reforma” do setor. São as tão ambicionadas alterações estruturais que podem passar, por exemplo, por “ter um sistema de saúde baseado na saúde e não na doença”, resumiu a deputada da Comissão de Sustentabilidade e Equidade, Carla Pinto.

A ambição de mudar para melhor não escapou a nenhum dos presentes e o primeiro plenário do 2.º Health Parliament Portugal fez-se com um grupo disposto a ir à luta. “Têm que ser socialmente ativos”, pediu o ex-ministro Adalberto Campos Fernandes. “Vamos ser a novidade que o sistema tem vindo a pedir”, prometeu Francisco Goiana da Silva.



## PRÓXIMOS PASSOS DO HEALTH PARLIAMENT PORTUGAL

**1ª visita de estudo, 2 a 13 de março:** Visitas a hospitais, centros de investigação, cuidados de saúde primários e organismos públicos.

**2º plenário, 27 de março:** Apresentação do ponto de situação das principais reflexões.

**2ª visita de estudo, 27 de abril a 8 de maio:** Visitas a hospitais, centros de investigação, cuidados de saúde primários e organismos públicos.

**3º plenário, 29 de maio:** Apresentação e votação das recomendações draft.

**4º plenário, 3 de julho:** Apresentação pública das recomendações.

Entrevista com Rui Tato Marinho, Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia:

## “Seria impossível ao país viver sem Gastreenterologia”



**A Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia comemora 60 anos de existência... em 60 anos, muito terá mudado nesta especialidade...**

**Rui Tato Marinho (RTM)** – Sim, é verdade que muito mudou, tal como também mudou o mundo e, nomeadamente, a esperança média de vida da população portuguesa. Repare que, em 1960, ano em que a Sociedade foi fundada, a esperança média de vida se situava nos 64 anos... hoje, andamos a caminho dos 84... Isto resulta de um desenvolvimento tecnológico e científico brutal. Creio que a evolução da Gastreenterologia e do gastreenterologista é também resultado desta sociedade que, nos últimos anos, deu um pulo civilizacional muito grande, seja no âmbito da medicina, da informática, das técnicas de gestão, da biologia, da imunologia... o jornalismo também mudou muito significativamente...

**Acrescentaria que também os comportamentos mudaram para lhe perguntar se essas alterações comportamentais, de estilos de vida e da alimentação justificam que, apesar de a esperança média de vida ter aumentado em Portugal, os últimos 15 anos sejam ainda muito penosos para muita gente?**

**RTM** – Portugal é um dos países do mundo que mais pessoas tem com idade superior a 65 anos... O quarto de acordo com o Economist. E há que recordar, no miolo do funcionamento da sociedade, um Serviço Nacional de Saúde que se inicia na década de 80, fruto da ação de médicos, enfermeiros, políticos, jornalistas e outras pessoas da minha idade e que atualmente está a acabar tal como era. Diria que este desenvolvimento médico, humano e social fez com que as pessoas conseguissem viver mais anos.

No entanto, do ponto de vista da saúde, a partir dos 65 anos, os portugueses são mais doentes até do que outros povos, o que se justifica também com os maus estilos de vida que muita gente adota. Se algumas coisas melhoraram, outras não, como o consumo de álcool que se mantém alto, o excesso de peso também tem vindo a aumentar e tem um impacto muito grande no SNS, o tabagismo, que estamos a tentar controlar, a falta de exercício físico. E apesar de estes comportamentos não serem os melhores, os portugueses conseguem viver mais anos do que muitos outros povos, também porque têm uma excelente cardiologia, uma excelente gastreenterologia, médicos de medicina geral e familiar que fazem muito bem o seu trabalho, um acesso facilitado aos cuidados. Claro que há sempre aquele 1% que se queixa por ter esperado quatro ou cinco horas. Este recente aumento do acesso à urgência vejo-o como uma crise de crescimento, mas sabemos que as pessoas têm um acesso muito facilitado. E 40% das pessoas que recorrem não o fazem em casos urgentes. Por outro lado, isso também facilitou o acesso aos profissionais de saúde e aos exames e muitas vidas se salvaram desta forma, nomeadamente através de casos que nem pareciam urgentes. Parece um contrassenso mas é verdade.

**Falar em Gastreenterologia, ao contrário do que muita gente saberá, é falar numa grande quantidade de órgãos e não apenas no aparelho digestivo... o que exigirá uma formação muito diferenciada...**

**RTM** – Contamos entre 12 a 15 estruturas... Desde logo, convém salientar que houve um grande desenvolvimento da Gastreenterologia e da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, que nasce a partir de um conjunto de médicos diferenciados e cirurgiões, que se dedicavam



mais ao aparelho digestivo e, a pouco e pouco, esta formação permitiu que os médicos especialistas também se formassem cada vez melhor. Hoje em dia, há um internato que é, para mim, um dos mais completos do mundo e muito exigente. Portanto, o médico que sai hoje é muito melhor do que os do nosso tempo. Progressivamente, tem havido uma separação da medicina interna. De uma maneira geral, os médicos do aparelho digestivo têm um potencial muito elevado e há mais de 30 anos que são dos melhores classificados no curso de medicina e no exame nacional de acesso, o que dita também uma grande exigência com os gastroenterologistas e com a sua formação contínua. Depois, a ação desta sociedade científica, que tem a responsabilidade acrescida da designação utilidade pública, tem um peso enorme na formação pós-graduada dos gastroenterologistas, como o internato, as reuniões científicas, a superespecialização, que permite que sejamos muito bons numa determinada área, como o pâncreas, o fígado... Diria que é uma verdadeira Escola da Vida Gastroenterológica. Hoje em dia há pessoas que sabem muito sobre hepatite c ou do álcool... A nossa revista científica tem nível internacional, conseguiu chegar à primeira divisão internacional, temos pessoas em cargos dirigentes não só em Portugal como lá fora... Isto permite que sejamos, do ponto de vista técnico e humano, cada vez mais bem preparados. É um grande orgulho ser gastroenterologista e Presidente da SPG. Vinte e sete presidentes me antecederam. Sou apenas mais um.

#### **A Sociedade tem competências ao nível dos conteúdos programáticos da formação ministrada em Portugal?**

**RTM** – A formação é definida pelo Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, mas os seus membros acabam por ser os mesmos. Somos cerca de 500 e eu próprio, que estou na Sociedade, já estive no Colégio de Hepatologia Trata-se da comunidade gastroenterológica: uns estão na Sociedade, outros nos hospitais, outros na medicina privada, outros na Ordem dos Médicos... Somos importantes no diagnóstico, no rastreio, no tratamento, na palição... Cada um de nós pode fazer muita coisa e acho que seria impossível ao país viver sem Gastroenterologia.

#### **Estarão os profissionais da medicina geral e familiar bem preparados e sensibilizados para estas áreas?**

**RTM** – Bem preparados... a maioria não estará. Creio que deveríamos dar uma maior atenção mesmo nos cursos de medicina. Porque esta especialidade tem cada vez mais força e complexidade, estamos a tentar colocar mais Gastroenterologia nos cursos de medicina mas deparamo-nos com a existência de um grande grupo de médicos de família com idades superiores a 60 anos que não tiveram esta formação e, na sua altura, quase nem existiam serviços, portanto não estarão 100% formados nesta área. Mas a Sociedade tem feito um grande esforço de aproximação à Associação Portuguesa dos Médicos de Medicina Geral e Familiar. A título de exemplo, desde 2017 que temos uma ação de formação no congresso chamada Gastro Digest em que participam cerca de 50 médicos de família. Alguns começam a estagiar em serviços de Gastroenterologia...

Temos que reforçar o network, há um novo gastroenterologista, há um novo Médico de Medicina Geral e Familiar de excelente qualidade, temos que trabalhar mais em equipa para bem de Portugal. Relativamente aos médicos de MGF que se vão reformar dentro de pouco tempo não nos podemos esquecer que foram um dos pilares, mesmo os campeões do sucesso do SNS. É uma questão de justiça afirmar isto.

#### **Essa será uma importante componente de informação, a destinada aos profissionais, mas temos também o público em geral...**

**RTM** – É uma área muito importante, de tal maneira que, para este mandato, introduzimos algo inovador para as sociedades científicas portuguesas, que foi a contratação de uma profissional de comunicação e de relações públicas para o nosso staff fixo, a Joana Rodrigues, cujo trabalho consiste em facilitar toda a comunicação interna mas, fundamentalmente, ir de encontro a outros canais e públicos... A boa informação de saúde salva vidas!!

**A atestar a importância e carga das doenças do foro da Gastroenterologia, constatamos que em Portugal o cancro do pâncreas, fígado, estômago, intestino e esófago representam 10% da mortalidade, 10% da população sofre de síndrome do intestino irritável, 20% de obstipação crónica, 30% de refluxo... A que se deverão estes indicadores?**

**RTM** – Sim, eu designo esta vertente com o os “Gastromilhões”... Um dos principais fatores de risco é o envelhecimento da população; mas temos também a obesidade como um dos fatores de risco para cancro, do qual não se fala muito... O álcool é um fator de risco para cancro do aparelho digestivo, para o esófago, estômago, o cólon, entre outros; o tabaco é fator de risco para o pâncreas, para o esófago, para o fígado... Há comportamentos claramente de risco e, nessa área, temos a missão de informar e sensibilizar. O corpo saudável não aguenta toda a vida...

#### **Entretanto, ainda não falámos sobre o consumo de drogas, o que parece ser um bom sinal...**

**RTM** – Sim... Havia muitas complicações relacionadas com o consumo de drogas, nomeadamente o VIH e a hepatite C mas, neste momento, de maneira nenhuma são tão mortais. É o resultado da evolução tecnológica, farmacológica e do facto de o nosso país ter vindo a ser um dos melhores do mundo a dar acesso à população a estes tratamentos.

#### **Mas ainda existem muitos profissionais que afirmam que ainda não temos a população devidamente rastreada quando falamos em hepatite c...**

**RTM** – Sim, isso é verdade... A minha recomendação é que, pelo menos uma vez na vida, todas as pessoas façam o teste da hepatite c, sida e hepatite b.

#### **Mesmo que não tenha sido aparentemente exposto a fatores de risco?**

**RTM** – Sim... pelo menos aos 50 anos, devemos fazer rastreio do cancro do cólon, uma análise ao rim, uma análise ao fígado, um hemograma... No tal check up de rotina, a pessoa poderia fazer a vacina da hepatite B, se quisesse pagava a vacina da hepatite A e nalguns desses casos sem sintomas iríamos provavelmente “apanhar” pessoas com HIV, hepatite C, iríamos protegê-los bem como a outros. Não são análises muito caras para o país, teríamos uma população mais saudável e talvez no final se poupasse muito... E aproveitava-se para chamar a atenção que a hepatite C, o HIV e a hepatite B são entidades importantes, alertando e informando a população. Iríamos salvar mais vidas

#### **E para aquelas populações mais vulneráveis e destruídas, talvez fizesse também todo o sentido levar-lhes esse rastreio numa ótica de proximidade...**

**RTM** – Claro que sim. Atualmente, fala-se na hospitalização domiciliária e, se calhar, ir ao terreno devia ser uma prática proativa porque sabemos que algumas pessoas não vêm ao hospital. É uma medida de saúde pública e de proteção da sociedade no geral ir ter com algumas pessoas, aproveitando algumas coisas que já existem no terreno, as próprias salas de consumo... O Hospital deslocar-se ao terreno é uma mais valia, ajuda a tirar o estigma de despersonalização de um grande hospital. Um dia estas populações vão precisar de ir ao Hospital com doenças mais graves.

#### **Como está o contexto de intervenção nas prisões? Os projetos iniciaram-se há cerca de um ano e meio e ainda não há propriamente um ponto da situação...**

**RTM** – Essa aproximação tem sido feita a pouco e pouco. Aqui, o Hospital Santa Maria, tem-no feito, o Hospital São João também, conhece outros hospitais que também estão a tratar a hepatite C nas instituições prisionais, mas talvez não fosse má ideia haver um ponto

Há 60 anos a cuidar da Saúde Digestiva dos portugueses

## Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia celebra 60 anos

Fundada em 19 de janeiro de 1960, a Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia (SPG) é uma associação científica de utilidade pública sem fins lucrativos, que nasceu da vontade de um conjunto de médicos interessados pelas doenças do Aparelho Digestivo. A SPG completa hoje 60 anos de um percurso notável de prestígio científico, de constante inovação e modernização, de reconhecimento internacional, de serviço à comunidade e de excelência da medicina.

Seis décadas se viveram de desenvolvimento científico, associativo e social nas doenças do Aparelho Digestivo, durante as quais, vinte e sete presidentes conduziram a SPG à notoriedade dentro e além-fronteiras, levando a cabo as suas grandes metas: a promoção da investigação e divulgação científica entre os seus pares e a população.

Estes anos foram pautados por importantes progressos que permitiram salvar muitas vidas e contribuir para o aumento da esperança média de vida, que progrediu 20 anos em relação a 1960. Foram eles, o crescente desenvolvimento da endoscopia (endoscopia digestiva alta, endoscopia para o pâncreas e vias biliares, colonoscopia para o cólon, cápsula para o intestino delgado), o tratamento da úlcera duodenal, a identificação do *Helicobacter pylori*, do vírus da hepatite B (estas duas últimas descobertas mereceram o prémio Nobel) e a descoberta do vírus da hepatite C. A descoberta da vacina da hepatite B, os medicamentos para controlar a hepatite B, a cura da hepatite C, a noção da importância do rastreio do cancro do cólon, o transplante hepático, o uso da Elastografia hepática (tipo particular de ecografia que dispensa a biópsia hepática), são outros grandes marcos na história da Gastreenterologia.

Os constantes progressos tecnológicos permitiram não só grandes melhorias nos exames de diagnóstico radiológicos e laboratoriais como também a obtenção de muitos medicamentos inovadores e de muitos dispositivos médicos. Tudo isto mudou, de forma muito marcante, o paradigma da prática desta especialidade, já que atualmente é mais fácil diagnosticar, tratar e curar, e salvar Vidas.

Estima-se que um terço da população necessitará um dia de consultar o especialista do aparelho digestivo. Na realidade, todos os portugueses devem ser submetidos a um exame de rastreio do cancro do cólon. Um terço de todos os cancros em Portugal são do Aparelho Digestivo, responsáveis por 10% das mortes todos os anos. O cancro do fígado e pâncreas são dos que têm pior prognóstico, esperando-se o seu aumento nas próximas décadas. Por outro lado, o gastreenterologista lida diariamente com situações menos graves, mas que afetam milhões de portugueses, como o intestino irritável, a obstipação e a doença de refluxo. Para o futuro, espera-se um contínuo desenvolvimento da tecnologia, aperfeiçoamento constante da prática clínica, novas descobertas no sentido da cura de algumas doenças e minimizar o sofrimento Humano. A SPG continuará o seu trabalho constante centrado em proporcionar os melhores cuidados à população portuguesa, com qualidade, rigor científico e profissionalismo.



de situação em relação às hepatites nas prisões. Concordo... Já passou um ano e meio...

### Que principais prioridades elege para este ano ao serviço da Sociedade?

**RTM** – A comunicação, nomeadamente no eixo da informação da população; continuar uma atividade científica muito forte, com a realização da Semana Digestiva, com uma aposta cada vez mais forte nas redes sociais, uma aposta nos folhetos de informação e infografias para a população, que serão cerca de 40; estarmos presentes na comunicação social... reforçar ainda mais para cima a marca do Gastro, o que também é bom para a nossa autoestima, bem como para ajudarmos a população a estar mais informada sobre doenças graves e como as prevenir e tratar. Também pretendemos apostar significativamente no reforço das relações internacionais. Temos feito uma certa aproximação ao poder judicial e político, com a humildade, para tentar promover uma paz social em torno da atividade do médico. No nosso congresso nacional, no âmbito da Semana Digestiva, de 3 a 6 de junho, o primeiro dia será dedicado ao tema "Bata Branca Toga Preta", precisamente para juntarmos o universo da justiça, com advogados, ministério público, para que tudo seja mais clamor e possamos trabalhar melhor, para melhor servir a população portuguesa.

Resumiria a actividade do "Gastro" em três pilares: faz exames muito diferenciados, as endoscopias onde consegue ver o interior do corpo humano. Lida com doenças muito graves, três das dez mais mortais dos portugueses e cinco cancros que são cerca de 1/3 de todos os cancros de Portugal, o do cólon é o mais relevantes, vão surgir 100.000 portugueses na próxima década com este cancro; lidam com doenças que afetam milhões como atrás referimos. Não há Portugal feliz e estável sem uma gastreenterologia forte, dinâmica e com elevado profissionalismo e humanismo.

# Norte-americanos inspiram-se no modelo português



Enquanto, por cá, continua o impasse em torno da orgânica da estrutura que deverá assumir a gestão estratégica e planeamento das intervenções em CAD, João Goulão foi mais uma vez convidado, desta feita pelos EUA, para apresentar o modelo português. Em Providence, capital e cidade mais populosa do estado de Rhode Island e uma das mais antigas cidades norte-americanas, João Goulão participou em mais de 20 eventos e encontros em cinco dias, a convite de Jody Rich, especialista e investigador americano em doenças infecciosas que colabora com diversos hospitais do estado e estabelecimentos prisionais.



MAYOR OF EAST PROVIDENCE ROBERTO DA SILVA E DR. JOÃO GOULÃO

Em janeiro de 2020, Jody Rich convidou João Goulão para, num périplo por Providence, tentar convencer legisladores, chefes de polícia, de estabelecimentos prisionais e médicos de que a melhor forma para conter a epidemia de drogas e as mortes por overdose no estado seria adotar um modelo de descriminalização semelhante ao de Portugal.

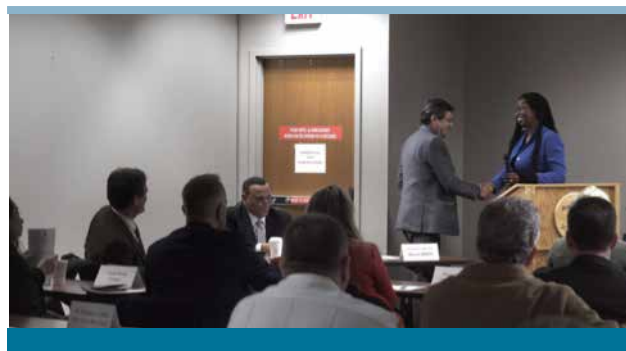


DR. JOÃO GOULÃO (ESQ.) COM O DR. JODY RICH

João Goulão, falou da história e dos princípios orientadores da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, do seu enquadramento geral, de uma intervenção baseada no conhecimento, na investigação e qualidade na intervenção, tendo como base o cidadão e menos na substância. O modelo português assenta numa abordagem integrada e articulada com a sociedade civil, em respeito e consonância com as regras e o direito internacional. Temas como a coordenação, cooperação internacional, informação, investigação, formação, avaliação reordenamento jurídico, redução da oferta e da procura, a intervenção nas áreas da prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos tratamento e reinserção social, foram objecto de análise, debate e reflexão que ajudaram a clarificar as prioridades e os esforços que os profissionais portugueses tem dedicado ao longo dos anos numa intervenção centrada na saúde e no cidadão.



No final deste périplo, João Goulão foi homenageado na Câmara de Deputados de Rhode Island, onde foi homenageado e unanimemente aclamado de pé pelos deputados, o que poderá ser encarado como mais uma importante barreira ideológica quebrada com a marca portuguesa...





# XIV Congresso Nacional de Psiquiatria 2020

## Psiquiatria e Saúde Mental: Reconceptualizar os limites e as ligações



Entre os dias 30 de janeiro e 1 de fevereiro, o Centro de Conferências de Tróia acolheu o XIV Congresso Nacional de Psiquiatria 2020. Psiquiatria e Saúde Mental: Reconceptualizar os limites e as ligações foi o mote para um encontro internacional organizado pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental e definido deste modo por João Marques Teixeira, à data presidente da instituição: "Psiquiatria e saúde mental - Reconceptualizar os limites e as ligações. Dois olhares sobre o mesmo objeto: a saúde/doença expressa no psiquismo. Muitas vezes tomados como unidade, outras como dualidade; muitas vezes apropriados por uma "política do saber", outras por uma "política do fazer". Por estas e por muitas mais razões, trata-se de um tema central para a Psiquiatria e que se reveste de grande atualidade. É absolutamente essencial que repensemos as suas origens, o seu percurso e, sobretudo, que elicitemos o que os liga as suas relações interdisciplinares – e o que os divide – os seus limites de atuação. Pretendemos, por isso, que sejam discutidos os modelos de integração e os dados de evidência para uma visão não dualista das perturbações mentais. Outros tópicos relacionados sobre questões importantes para a Psiquiatria serão também abordados, como o ensino das ciências no internato médico, o problema da negligência psiquiátrica, a autonomia e a liberdade de decisão e o problema da saúde e da doença mental dos migrantes e refugiados. As relações entre a cultura e a psiquiatria será objeto de interessantes debates. Para tal, contamos com um painel de reconhecidos palestrantes nacionais e estrangeiros. A atividade das secções ficará patente nos simpósios organizados por cada uma delas".

Dependências esteve presente no encontro e entrevistou os preletores de dois simpósios...

### RECONCEPTUALIZAR OS LIMITES E AS LIGAÇÕES

O director-geral do SICAD, João Goulão, organizou e moderou o simpósio Comportamentos Aditivos e Dependências e a Saúde mental – mais ligações, menos limites, onde foram apresentadas três comunicações: Comorbilidades Psiquiátricas e Género nos Centros de Respostas Integradas (Graça Vilar - SICAD); Comorbilidades psiquiátricas em Comunidade Terapêutica: Programa Geral vs. Programa Específico (Domingos Duran - SICAD); Intervenção em reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências. Processos e resultados da aplicação do modelo de mediação social e comunitária (Sara Carvalho - SICAD).

Na qualidade de representante do SICAD na Comissão Nacional de Trauma, Graça Vilar diretora dos Serviços de Planeamento e Intervenção, participou no simpósio referente aos Diferentes Aspectos do Trauma: Psicológicos, Físicos e Sociais, apresentando uma comunicação sobre as Linhas Centrais do Manual de Emergências psicológicas da DGS.



O congresso pretendeu promover um fórum de atualização e de reflexão crítica sobre os principais temas psiquiátricos, sobre as ligações entre a Saúde Mental e a Psiquiatria, bem como as suas disjunções, com base nos avanços científicos significativos e nos modelos conceptuais emergentes, quer na área clínica, quer nas múltiplas disciplinas que se entrecruzam no saber psiquiátrico.

# Simpósio Satélite Lundbeck

## Investigar sobre Depressão: Investigadores Portugueses Partilham a sua Experiência



### NOVAS PERSPETIVAS TRANSLACIONAIS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO: DA NEUROPLASTICIDADE À CONETIVIDADE CEREBRAL



JOÃO BESSA, PSIQUIATRA, PROF. ASSOC. ESCOLA DE MEDICINA UNIV. MINHO, INVESTIGADOR ICVS

#### Pedia-lhe uma sinopse da sua comunicação...

**JB** – Nesta comunicação pretendi trazer uma amostra da investigação que fazemos na nossa equipa das neurociências no Instituto de Ciências da Vida e da Saúde, na Escola de Medicina da Universidade do Minho. É um trabalho neurocientífico que tentamos realizar da bancada do laboratório, com estudos moleculares, celulares e neuroquímicos, para o hospital, ou seja, para a cabeceira e para a secretária do doente em psiquiatria. Para isso, temos estudado no laboratório mecanismos de neuroplasticidade e conetividade cerebral, utilizando técnicas muito diferentes relacionadas com modelos animais em que há exposição a stress crónico que sabemos que induzem alterações comportamentais significativas nestes modelos, nomeadamente em roedores. Sabemos também que a utilização de fármacos antidepressivos como os que utilizamos na clínica consegue reverter algumas dessas alterações. O que os modelos animais nos permitem é ir um pouco mais a fundo na compreensão dos tais mecanismos celulares, bioquímicos e até genéticos e epigenéticos. Foi esse o tra-

balho que estive aqui a demonstrar, nomeadamente com o papel da ação dos antidepressivos sobre uma forma de neuroplasticidade, que é a formação de novos neurónios no hipocampo, que é modelada de forma significativa por estes fármacos antidepressivos e também na arborização dendrítica de diferentes tipos celulares em áreas cerebrais diferentes. Hoje em dia, já conhecemos de uma forma muito mais pormenorizada como os antidepressivos conseguem alterar a forma e número de sinapses nos neurónios em diferentes áreas cerebrais. Já no cérebro humano e no hospital, com os nossos pacientes com depressão major, temos vindo a estudar o que acontece nos padrões de ativação cerebral em ressonância magnética funcional quando pedimos ao doente ou para estar em repouso na ressonância ou para realizar uma tarefa que tenha um conteúdo emocional. E o que conseguimos encontrar foi que estes padrões de conetividade, que designamos de conectoma cerebral, nos doentes com depressão está alterada. Sobre a ação dos fármacos antidepressivos, conseguimos identificar dois efeitos muito interessantes: primeiro, para além das ações a longo prazo, aquelas que observamos na prática clínica quatro a seis semanas depois do início do tratamento, há ações destes fármacos que são relativamente rápidas e que até acontecem em poucas horas. Estamos muito entusiasmados com isso e com a possibilidade deste trabalho nos oferecer futuros preditores quanto à possibilidade de o doente responder ou não, visto que sabemos que hoje em dia, entre 30 a 40% dos doentes não remitem completamente um quadro depressivo. Se conseguirmos encontrar estes preditores, poderemos no futuro tratar melhor os nossos doentes.

#### Isso significa que ainda há muito espaço para a evolução dos fármacos atualmente existentes?

**JB** – Com certeza! Ainda há muito espaço e acho que devemos pensar nos fármacos e nos mecanismos que utilizam para terem um efeito terapêutico, mas também em novas formas de intervenção. E hoje, neste simpósio, tivemos um bom exemplo disso, como o da estimulação magnética transcraniana e também o surgimento de novos fármacos como os antidepressivos de ação rápida, que foram recentemente aprovados pela FDA e pelo Infarmed para o tratamento da depressão refratária e que nos permitirá tratar os doentes de uma forma diferente. As novas técnicas e análises em neuroimagem podem trazer alguns benefícios para tentar encontrar esses preditores e compreender melhor o tratamento destes doentes.



## INTERSEÇÕES FISIOPATOLÓGICAS ENTRE HUMOR, COGNIÇÃO E DOENÇA CARDIOVASCULAR



PEDRO ZUZARTE, PSIQUIATRA, PROFESSOR DA FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DE LISBOA

### Pedia-lhe uma sinopse da sua comunicação...

**PZ** – A minha comunicação incidiu sobre ligações fisiopatológicas entre perturbações de humor (depressão e doença bipolar), doença cardiovascular e alterações neuro-cognitivas. Em concreto falei de um projeto de investigação a que me dediquei durante seis anos e que constituiu o tema central do meu doutoramento. Este foi um projeto realizado no Canadá, desde 2012, onde vivi e trabalhei após o fim do meu internato em Psiquiatria. Durante este período foquei-me no estudo de alterações que ocorrem no organismo quando um sujeito tem perturbações de humor e, numa segunda fase, se essas mesmas alterações predispõem para a doença cardiovascular nesses mesmos indivíduos. Foram estudados, entre outros, mecanismos de stress oxidativo e inflamatório no organismo dos doentes, alterações em estruturas neuro-anatómicas e marcadores de prognóstico e função cardíaca. Descobrimos que, não só existem marcadores patológicos que se elevam no organismo com descompensações do humor, mas também que estes estão correlacionados com alterações volumétricas em estruturas no cérebro dos doentes, concretamente no hipocampo. Adicionalmente, demonstramos que existem alterações fisiopatológicas entre descompensações de humor e alterações cardiovasculares na insuficiência cardíaca. Verificámos que marcadores de pior prognóstico para esta patologia cardíaca estão mais elevados com a existência de depressão. Adicionalmente ficou sugerido que a própria função sistólica do coração, ou seja, a capacidade do coração bombear sangue, medida pela fra-

ção da ejeção cardíaca, aparenta uma correlação com a existência de sintomas depressivos quando mediada pelo marcador NT-proBNP. Ou seja, estas pistas de interseções fisiopatológicas elevam a importância de não negligenciar sintomas de depressão clínica se queremos melhorar o prognóstico na insuficiência cardíaca. Creio que estes achados podem abrir portas interessantes para a nossa prática clínica, em termos de bio marcação - importante para a clínica em Psiquiatria – no seu potencial para identificar e estratificar doentes em maior risco de progressão da doença, ou por exemplo, ver se um doente está a responder a um determinado tratamento de forma desejável.

### Será então legítimo afirmar que a depressão poderá ser um fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento das doenças cardiovasculares?

**PZ** – Absolutamente. É um dado demonstrado na literatura, mas sobretudo do ponto de vista clínico. A mais valia dos estudos como os que desenvolvi é trazer esta demonstração também do ponto de vista fisiopatológico. Na leitura estritamente clínica podemos especular que, por exemplo, sofrer de insuficiência cardíaca predispõe para depressão apenas por vulnerabilidade psíquica reativa. Contudo, estes achados fisiopatológicos mostra a associação entre depressão e doença cardiovascular não fica apenas por uma reatividade psicológica, mas que existem pontes biológicas concretas entre estas patológicas, onde a depressão tem um papel ativo na progressão da doença cardiovascular e vice-versa. Portanto, quando olhamos para a literatura e analisamos a alta prevalência de depressão em doentes cardíacos, devemos considerar que a depressão não tem um papel secundário nestes doentes, mas constitui um fator que deve ser abordado e tratado como fator de risco para a própria doença cardíaca, porque estes doentes apresentam maior vulnerabilidade de progressão da doença do que os que não apresentam depressão.

### Faltará levantar um novo véu... existirão implicações para outros órgãos?

**PZ** – Estes tipos de trabalhos demonstram que existe uma influência concreta (e impacto clínico) entre estados afetivos patológicos, alterações neuro-anatómicas e função cardiovascular. Não faz sentido continuar a olhar estes órgãos como "separados". A interseção mútua do ponto de vista biológica é um facto: existem pontes fisiopatológicas, pelo menos nestas três áreas, humor, cognição e coração. Quanto a outros órgãos, apesar de não ter sido o foco do meu trabalho, faz todo o sentido pensar que existirão outras ligações significativas cujo "véu ainda será levantado". A mensagem, contudo, já é clara: devemos deixar para trás definitivamente o sectarismo na abordagem a patologias entre diferentes órgãos e a ideia de separação entre "doença do corpo" e "doença da mente".





## HEMISPHERIC (IM)BALANCE IN AFFECTIVE DISORDERS: LATERALIZED CORTICAL EXCITABILITY IN DEPRESSION ASSESSED WITH TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION



GONÇALO COTOVIO, INTERNO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, ESTUDANTE DE DOUTORAMENTO DA UNIDADE DE NEUROPSIQUIATRIA DA FUNDAÇÃO CHAMPALIMAUD

### Pedia-lhe uma sinopse da sua comunicação...

**GC** – Neste simpósio falei sobre um tema que me tem interessado desde que comecei a fazer investigação na área das neurociências, psiquiatria e saúde mental: a lateralização hemisférica das doenças afectivas. No entanto, na minha apresentação optei por dar maior destaque à evidência de lateralização de medidas de excitabilidade cortical na perturbação depressiva major (PDM). Estas medidas são adquiridas com recurso a uma técnica designada por estimulação magnética transcraniana (EMT) e reflectem a actividade do córtex cerebral.

No início do simpósio comecei por explicar que múltiplos estudos têm vindo a mostrar que as emoções parecem ser processadas no cérebro de indivíduos saudáveis de forma lateralizada. Por outro lado, referi que a hipótese de lateralização das funções afectivas está suportada pelo facto de síndromes maniformes estarem associadas a lesões do hemisfério direita – conclusão de um estudo conduzida na Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud e no qual estive envolvido – e que perturbações depressivas parecem estar associadas a lesões do hemisfério esquerda. Por fim, referi que também parece haver evidência de lateralização hemisférica em perturbações afectivas primárias, já que tratamentos de estimulação cerebral não invasiva para a PDM, como sejam a EMT, são aplicados de forma lateralizada – a região estimulada é o córtex dorso lateral pré-frontal esquerdo.

Tendo como ponto de partida a pergunta “porque é que a estimulação magnética transcraniana é aplicado de forma lateralizada no tratamento da perturbação depressiva major?”, optei por dedicar algum tempo do simpósio a explicar o que é a EMT e qual a sua utilidade no tratamento de doenças neuropsiquiátricas.

A EMT é um método de estimulação cerebral não invasivo que utiliza pulsos eletromagnéticos para induzir actividade neuronal em determinadas regiões corticais. Estes pulsos quando aplicados de forma repetida (EMT repetitiva) têm a capacidade de modular a actividade das regiões estimuladas, induzindo alterações que levam à melhoria clínica.

Vários estudos têm vindo a provar que este é um método terapêutico seguro e eficaz para a depressão resistente ao tratamento – na verdade, também parece ser útil na depressão não refratária. Por outro lado, é um tratamento com eficácia duradouro. Aliás, numa meta-análise conduzida na Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud e na qual estive envolvido, mostramos que mais de 50% dos indivíduos que respondem à EMT continuam bem após um ano.

### Quanto tempo dura o tratamento?

**GC** – Preconizamos que devem ser feitas pelo menos 20 sessões de periodicidade diária, mas pode haver necessidade de chegar às 30 sessões. No entanto, na mesma meta-análise que referi, percebemos que depois deste ciclo agudo, se oferecermos sessões de manutenção aumentamos a probabilidade de os indivíduos se manterem clinicamente bem durante mais tempo.

### Existe alguma limitação etária para a Estimulação Magnética Transcraniana?

**GC** – Não. Na verdade, tenho estado envolvido numa outra meta-análise, que está perto de ser concluído, que mostra benefício desta abordagem no tratamento da depressão do idoso. Relativamente à infância e adolescência existem alguns estudos, nomeadamente casos clínicos, séries de casos ou estudos open-label, a mostrar benefício na sua utilização para o tratamento de doenças Neuropsiquiátricas, nomeadamente a PDM, mas são necessários mais ensaios clínicos para melhorar a evidência da EMT nestas faixas etárias.

### Este tipo de terapia pode ser combinada com terapia farmacológica?

**GC** – Sim, na verdade não há razão, nem indicação formal para se parar qualquer terapia farmacológica. Naturalmente, tem que se definir caso a caso e poderá haver necessidade, por exemplo, de diminuir determinada dose de medicamento que sabemos que poderá aumentar a probabilidade de efeitos secundários. Resumindo, sabemos que devido ao seu perfil de segurança, a TMS é uma excelente opção de tratamento adjuvante à medicação antidepressiva.

### Este tipo de terapia pode ser útil para outras indicações?

**GC** – A EMT tem “aprovação” da Food and Drug Administration (FDA), a entidade reguladora de fármacos e dispositivos médicos nos Estados Unidos da América, para a sua utilização como método de tratamento para a depressão refratária ao tratamento, mas também para a perturbação obsessivo compulsiva. Por outro lado, e de acordo com as mais recentes guidelines europeias para a aplicação terapêutica da EMT (2020), e que nas quais o Prof. Albino J. Oliveira Maia, director da Unidade de Neuropsiquiatria da Fundação Champalimaud, participou, outras indicações estão preconizadas, nomeadamente a perturbação do stress pós-traumático (Nível B).

Houve ainda uma tentativa de demonstrar a sua utilidade para a Doença de Alzheimer. No entanto a FDA não considerou que a evidência actual fosse suficiente para a sua aprovação. Mais estudos serão necessários para mostrar a eficácia da EMT nesta indicação.

Especificamente para as adições, as referidas guidelines não reportam um nível de evidência forte (Nível C) e que permita a sua recomendação. No entanto, sabemos que alguns grupos estão actualmente a trabalhar no sentido de conduzir mais estudos nesta área específica e assim permitir esclarecer a utilidade da EMT como método de tratamento nas adições.





## Simpósio Satélite Janssen

# Tratar a Esquizofrenia: da Razão à Ação



ANTÓNIO BAJOUCO, PSIQUIATRA, CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

**Investiga-se, realiza-se formação mas há um problema que persiste: o estigma...**

**AB** – Sim, é verdade. Pessoas com doenças mentais graves lutam contra dois problemas: os sintomas, que interferem na autonomia, independência e qualidade de vida, e o estigma social. O estigma associado à doença mental é dos mais importantes e difíceis obstáculos para a recuperação e reabilitação do indivíduo; afeta negativamente o tratamento; nega oportunidade de trabalho; impede a autonomia e a realização de objetivos de vida. É capaz de prejudicar a qualidade de vida, inclusive da família. A discriminação pode ser tão incapacitante quanto a própria doença. Além disso, viver em ambiente estigmatizante frequentemente acarreta o autoestigma, que junto com o estigma são dois obstáculos fundamentais à integração social e à vida plena em sociedade. O combate ao estigma é primordial para que o portador de doença mental viva de forma independente e autónoma, tenha oportunidades de trabalho, persiga suas metas e usufrua de oportunidades com dignidade e plena inserção social.

Se o estigma existe na sociedade, existe também às vezes nos próprios técnicos, nos psiquiatras por exemplo. Há pois que combater esta realidade. Desde logo, promover em todos a convicção de que estes doentes com esquizofrenia tem uma doença crónica que como outras patologias crónicas não psiquiátricas, não tendo cura são tratáveis. E que hoje temos fármacos, antipsicóticos de segunda e terceira geração que são eficazes, seguros e com bom perfil de tolerabilidade ao contrário de outros antipsicóticos que usávamos há cerca de 20, 30 anos. Mais, existem hoje formulações injetáveis de longa duração de ação destas novas moléculas que permitem uma boa adesão ao tratamento

condição essencial para a não deterioração clínico- funcional destes doentes. É pois importante que os decisores clínicos tenham práticas de acordo com o estado da arte, como o fazem os clínicos noutras patologias não psiquiátricas.

Assim se tratados de modo eficaz em fases iniciais do tratamento teremos doentes mais preservados do ponto de vista clínico e funcional e portanto mais passíveis de em termos reabilitativos recuperarem funcionalidade, e serem reinseridos rapidamente em contexto académico, laboral, familiar. Se fizermos isto, será naturalmente mais fácil ir combatendo o estigma. É este conjunto de coisas que nos irá provavelmente ajudar no futuro a que se fale dos doentes esquizofrénicos como falamos por exemplo de doentes com Hepatite C ou Doença de Crohn ou outras, que sendo doenças de evolução crónica, não são vistas pela sociedade em geral, de modo discriminatório.

**Na sua comunicação, apresentou indicadores de grande dependência funcional destes doentes quando não tratados devidamente...**

**AB** – Sim, quando não tratados e quando a funcionalidade é péssima, o peso da doença nos cuidadores informais, nomeadamente os familiares, é enorme. Um doente totalmente dependente por força dum tratamento pouco eficaz da doença, pode resultar num consumo excessivo de tempo dos familiares e, muitas vezes, com grandes repercussões na saúde dos mesmos. Desse ponto de vista, devemos dar um enfoque cada vez maior na funcionalidade do doente, e na ajuda aos familiares.

**Isso sobreleva o papel dos familiares, amigos e associações de doentes mas parece falhar algo essencial, que é o apoio estatal...**

**AB** – Afirmo há pouco que espero que o Estado retome em breve a comparticipação a 100% dos fármacos antipsicóticos que utilizamos com estes doentes para que todos (psiquiatras, famílias e doentes) tenhamos as melhores escolhas para os doentes, sem barreiras económicas. Não se compreende que se gastem, e muito bem, milhares de euros em doenças como a hepatite C e outras, e que com doentes esquizofrénicos tenhamos as dificuldades que temos do ponto de vista da comparticipação dos antipsicóticos nomeadamente dos mais recentes. Também aqui há um estigma, que começa pelo próprio Estado, que diferencia negativamente de modo evidente os pagamentos e copagamentos dos fármacos destes doentes.

E depois, quando pensamos em reintegração na comunidade, em cuidados integrados e continuados, continuamos sem estruturas na comunidade que permitam uma melhor reintegração destes doentes, e nomeadamente continuamos sem uma verdadeira rede de cuidados continuados integrados, nesta área da saúde mental, que vem sendo prometida há muito, mas que tarda em chegar.



**SOFIA BRISSOS, PSIQUIATRA, CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA, INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**

**Parece mais ou menos consensual, face aos argumentos aqui apresentados, que quer numa primeira fase, quer numa fase mais crónica do tratamento da esquizofrenia, os antipsicóticos injetáveis de longa duração de segunda geração são a escolha mais indicada... no entanto, ainda parece haver alguma resistência por parte dos prescritores... Porquê?**

**SB** – De facto, há atitudes que são difíceis de compreender e daí o título deste simpósio: ir da razão à ação. Porque é que, hoje em dia, temos tanta informação do ponto de vista científico e das guidelines, sobre o que devemos fazer mas, depois, na prática, continuamos a tomar decisões que, se calhar, têm mais a ver com questões emocionais e preconceitos? Os antipsicóticos injetáveis de longa duração ainda estão muito associados à ideia de coerção, de castigo, de deixar para quando o doente se portou mal, quando já não há nada a fazer... Queremos acreditar que os doentes vão fazer tudo aquilo que dizemos e recomendamos e que vão tomar os comprimidos porque queremos o melhor para eles; mas depois isso não acontece, o que acarreta habitualmente consequências trágicas. E então nessa altura, quando já muito se perdeu, é que se avança para a hipótese mais eficaz – diria até mais eficiente – as formulações injetáveis. Creio que há esse viés cognitivo, como alguns colegas falaram, e não podemos pensar que a formulação injetável constitua um castigo ou algo coercivo. Estas formulações trazem muito mais benefícios para os doentes, para além da mera garantia da toma, tal como já é reconhecido com formulações de longa duração noutras especialidades veem estes fármacos. Hoje em dia, se um diabético tivesse a possibilidade de fazer uma injeção por mês em vez de se picar todos os dias na barriga, certamente não hesitaria...

**Tal como sucede já relativamente a alguns tratamentos de substituição opiácea...**

**SB** – Como é óbvio... Há hoje em dia uma série de tratamentos, desde a área da psoríase, tratamentos biológicos nas doenças autoimunes, em que os doentes querem fazer a formulação de longa duração porque os liberta, quer do ponto de vista da comodidade posológica mas, acima de tudo, porque estão a fazer um fármaco mais recente e inovador. O que é estranho é que haja colegas que iniciam o tratamento com um antipsicóti-

co oral da segunda geração e, quando pensam transitar para um injetável, passam para um de primeira geração... O nosso objectivo é pôr um doente bem num determinado fármaco e depois mantê-lo bem nesse fármaco, nomeadamente numa formulação injectável de longa duração, e não voltar à estaca zero.

**Quer dizer que as barreiras se situam mais no profissional de saúde do que no utente?**

**SB** – Estou completamente convicta disso: as barreiras são hoje muito mais do profissional de saúde do que propriamente do doente. As barreiras do doente, em psiquiatria, têm a ver com o facto de muitos doentes não quererem tomar medicação por não se acharem doentes; mas quando tomam, não creio que seja mais difícil propor um injetável de longa duração a um doente psiquiátrico do que a um doente de qualquer outra especialidade, sobretudo quando se explicam os benefícios de um injetável versus um oral.

**Atribuiria essa opção a falta de formação ou de confiança?**

**SB** – Não creio... penso que são hábitos. Nós somos seres de hábitos e estamos habituados a fazer as coisas de uma determinada maneira e, muitas vezes, não paramos para pensar. Temos que parar, pensar por que estamos a fazer as coisas de determinada maneira e tentar mudar.

**Sendo óbvio que os doentes não são todos iguais, em que medida constituem estes antipsicóticos injetáveis de segunda geração um garante de que há sempre esperança na reabilitação ou, pelo menos, na funcionalidade e qualidade de vida?**

**SB** – Sim, na funcionalidade sobretudo. Já ando na psiquiatria há tempo suficiente para ver bem a diferença entre entrar numa enfermaria de doentes psicóticos há 20 anos atrás e a realidade atual. Não tem nada a ver. Se calhar, esta geração mais nova não sentiu isso... é muito, muito diferente!

**Quer dizer que, com a farmacologia atual, não há casos impossíveis?**

**SB** – Claro que não e queremos ir ainda mais longe. Mas, nos últimos 20 anos, deram-se passos muito importantes nesta área e acredito que continuaremos a dar.

**Além da farmacologia, haverá certamente outras ferramentas terapêuticas indispensáveis...**

**SB** – Claro! Mas essas só se tornam verdadeiramente úteis e só acabamos por tirar das mesmas os verdadeiros benefícios depois de termos a base de trabalho, que é a farmacologia.

**Quando se deparam com um doente com comorbilidade que inclua dependência e esquizofrenia, em que medida será importante perceber o que surgiu primeiro?**

**SB** – Essa é muitas vezes a questão do ovo e da galinha e se calhar nunca vamos saber... o que interessa é ser pragmático e, perante um problema, procurar resolvê-lo. A causa muitas vezes tem que ficar para depois, até porque muitas vezes a opção terapêutica será semelhante...

**Num caso desse tipo, o tratamento é feito em simultâneo?**

**SB** – Também, mas a psicose tem prioridade sobre o resto. Um doente que esteja psicótico e não esteja compensado nunca terá boa qualidade de vida, não será funcional e muito dificilmente se manterá abstinente do consumo de drogas. A partir daí, tudo o resto torna-se mais fácil.

**Em termos orgânicos, também haverá alguma dificuldade, uma vez que se o doente é dependente terá que ser referenciado para cuidados especializados, ou seja, para um CRI...**

**SB** – Sim, muitas vezes sim e colaborar, articular... é muito importante trabalhar do ponto de vista multidisciplinar, em equipa e haver essa articulação, não só dentro dos serviços de saúde mas também com outras áreas. Falámos aqui na reabilitação e é indispensável fazer outras pontes, como com a área social.







FERNANDO MEDEIROS PAIVA, MESTRE EM PSIQUIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO, HOSPITAL LUSÍADAS

**“A esquizofrenia é uma doença cerebral orgânica, de causalidade predominantemente genética, com redução progressiva da massa cinzenta cerebral e da neurogênese, desde o primeiro episódio. Longe vão os tempos do ridículo conceito psicanalítico da mãe esquizofrenizante e do bom e mau seio de Melanie Klein. Mas é bom lembrá-lo. É bom lembrar que é necessário tratar a esquizofrenia desde o seu primeiro episódio, janelas de oportunidade a não perder, e manter o tratamento durante toda a vida, na maioria dos casos”.**

**A literatura refere que 2/3 dos doentes com esquizofrenia aderem parcialmente ou não aderem de todo à medicação. Contudo, sabemos que em Portugal 70% destes doentes são tratados com APs orais... Onde está a verdade?**

**FMP** – Há uma resposta curta e simples: a principal barreira à adesão terapêutica centra-se no psiquiatra, que sobrevaloriza o conhecimento que tem do doente e desvaloriza ou ignora o que ele pensa e sente. Mas vou dar uma resposta mais completa... há mais barreiras à adesão terapêutica farmacológica, nomeadamente o próprio doente, o medicamento e o ambiente. O doente tem falta de insight da doença – anosognosia. Ligadas ao doente temos ainda o défice cognitivo, o estigma da doença e a comorbilidade, principalmente com abuso de substâncias e alcoolismo. Do clínico consideramos a deficiente relação médico doente; o médico não sabe ultrapassar a ausência de insight da doença, tem muita dificuldade em escutar, fazer acordos, empatizar e acamaradar e não informa o doente e os seus familiares sobre a doença e sobre o tratamento. Do medicamento, regimes complexos e tomas diárias várias vezes ao dia em vez de uma dose única diária, mensal ou trimestral; efeitos colaterais indesejáveis e dificuldade de avaliação da adesão. Enquanto o doente afirma que em 86% dos casos cumpriu a medicação, a impressão do médico não é tão favorável, cifrando-se em 66%. A monitorização eletrónica reflete uma adesão ainda mais baixa, 63%, e a prova dos nove, a média do nível plasmático, cifra-se nuns baixíssimos 49%. Isto é, os doentes não tomam a medicação mas o contador eletrónico e os psiquiatras acham que sim. Do ambiente são entraves à adesão o viver só, os níveis emocionais elevados e stressantes nas interações sociais e familiares, o sensacionalismo dos media que aumentam o estigma da medicação e, por fim, as dificuldades económicas e de acesso às instituições de saúde.

**Passemos então às barreiras ao uso de Injetáveis de Longa Duração... por que não são tão usados?**

**FMP** – Porque os doentes têm um conhecimento limitado ou inadequado sobre ILD, em virtude de só 50% dos psiquiatras os informarem. Porque, quando são informados, iniciam a terapêutica mais cedo e aceitam-na ou são neutrais em 2/3 dos casos, rejeitando-a apenas 1/3. Outras barreiras ao uso de ILD são o medo da agulha e da injeção, o medo de perda de controlo sobre a medicação, o estigma da injeção como um ato coercivo e os custos das deslocações e do medicamento. O clínico tam-

bém pode ser uma barreira, tanto por conhecimento insuficiente ou pouca experiência, como por excesso de confiança (erros cognitivos de validade). A pouca clareza das guidelines (não são atualizadas) e a contradição de alguns estudos publicados contribuem para a ambivalência do médico, que acaba por transmitir a sua insegurança ao doente. E por último, a grande barreira concentra-se nos gestores e nos responsáveis políticos, que desconhecem ou ignoram os estudos de fármaco-economia existentes.

**Terminemos com as vantagens dos Antipsicóticos Injetáveis de Longa Duração (ILD) da Segunda Geração (SG) sobre os Injetáveis da Primeira Geração (PG) e Oraís...**

**FMP** – Há uma quintupla vantagem: maior eficácia com menor dose, devido ao seu perfil farmacodinâmico – baixa ocupação de D2 e bloqueio suplementar de 5HT2 e menos efeitos colaterais indesejáveis, devido ao seu perfil farmacocinético a que corresponde uma concentração plasmática mais estável, evitando o metabolismo de primeira passagem no fígado; maior prevenção de recaídas; efeito neuroprotetor demonstrado em vários trabalhos de investigação ao longo de mais de 15 anos, contrapondo o efeito neurotóxico dos APG; menor taxa de mortalidade: os doentes tratados com ILD SG têm taxas de mortalidade muito menores que os medicados com orais ou ILD de PG e que os não tratados; Não admira pois que tenham uma superior adesão terapêutica.

**Será verdade que são os psiquiatras com mais anos de experiência clínica que utilizam mais frequentemente os Antipsicóticos Oraís (AO) e antipsicóticos Injetáveis de Longa Duração (ILD) da Primeira Geração (PG)?**

**FMP** – A resposta a esta pergunta diz respeito ao confronto entre a evidência científica e os erros cognitivos na tomada de decisão clínica. Penso que explanámos com algum pormenor a evidência clínica da preferência dos AILD de SG no tratamento da esquizofrenia. Mas quando iniciei a minha viagem nesta profissão, de que gosto muito, ouvi alguns psiquiatras com mais experiência clínica dizerem: Primeiro, que os barbitúricos eram bem melhores que as benzodiazepinas; Segundo, que os antidepressivos tricíclicos e os IMAO eram preferíveis aos SSRI e similares. Hoje, já ninguém se lembra dos barbitúricos como ansiolíticos e indutores do sono e ninguém usa os IMAO. E os SSRI, logo que foram introduzidos os genéricos, passaram a ser, nas guidelines, a primeira escolha. Terceiro, que a “impregnação neuroléptica” dos APG (efeito parkinsoniano da clorpromazina e do haloperidol) era sinónimo de eficácia terapêutica e a sua superioridade sobre os ASG (risperidona e olanzapina) era então apregoada. Mas logo que estes (nomeadamente a risperidona) foram introduzidos no mercado de genéricos passaram de imediato a primeira escolha nas guidelines. Apetece parafrasear o dito economês de Clinton durante a campanha para as presidenciais de 1992: “É a economia, estúpido”. Embora as ilusões de ótica e táteis nos possam enganar, hoje facilmente as desconstruímos – que “a Terra é plana e é o centro do mundo, girando o sol à sua volta”. Já os erros cognitivos por excesso de confiança são mais difíceis de eliminar. Vão desde a justificação dos árabes para proibir as mulheres de conduzirem porque faz mal aos ovários, até graves erros médicos: os clínicos que dizem estar absolutamente certos dos diagnósticos antemortem erram em 40% das vezes; No último Dia Mundial para a Segurança do Doente (17 de novembro passado), a OMS alertou para o erro médico: cerca de 2,6 milhões de doentes de países de baixo e médio rendimento morrem anualmente devido a erros médicos – o equivalente a 7 mil pessoas por dia; Mas nos países de alto rendimento acontece o mesmo. A terceira principal causa de morte nos hospitais dos EUA é o erro médico, logo a seguir às doenças cardiovasculares e ao cancro e acima das doenças pulmonares obstrutivas crónicas. Não admira pois que haja erros cognitivos deste tipo em alguns psiquiatras que usam deca-noato de haloperidol, promovendo toxicidade neuronal com apoptose com mais altas taxas de mortalidade e resistam a usar AP ILD SG como primeira linha no tratamento, quer na fase crónica da esquizofrenia, mas também na fase inicial da mesma.

## Carta para a Participação Pública em Saúde



A Carta para a Participação Pública em Saúde, pretende fomentar a participação por parte das pessoas, com ou sem doença e seus representantes, nas decisões que afetam a saúde da população,

e incentivar a tomada de decisão em saúde assente numa ampla participação pública.

A Carta pretende ainda promover e consolidar a participação pública a nível político e dos diferentes órgãos e entidades do Estado, em Portugal, através do aprofundamento dos processos de participação já existentes e da criação de novos espaços e mecanismos participativos.

Para saber mais, consulte: Carta para a Participação Pública em Saúde e <https://www.participacaosaude.com/carta>

## Lisboa recebe a Conferência Fast-Track Cities 2020



Lisboa vai receber em setembro o segundo encontro anual de cidades e municípios comprometidos na erradicação até 2030 das epidemias do VIH, hepatites virais e tuberculose, que reunirá mais 300 cidades e cerca de mil participantes.

A iniciativa Fast-Track Cities 2020, que decorrerá de 7 a 10 de setembro, foi anunciada na passada sexta-feira, nos Paços do Concelho, em Lisboa, pelo presidente da autarquia, Fernando Medina, pelo presidente da International Association of Providers of AIDS Care, José M. Zuniga, e tem como objetivo acelerar as respostas aos desafios do VIH/sida, da tuberculose e da hepatite viral. O Diretor-geral do SICAD, João Goulão também marcou presença.

Fast-Track Cities 2020 é organizado pela Associação Internacional de Profissionais de Saúde envolvidos no Tratamento do VIH (IAPAC), em colaboração com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/AIDS (UNAIDS) e outras parcerias.

Mais informação em <https://www.iapac.org/>

Disponível em: <https://www.globaldrugsurvey.world/s3/Global-Drug-Survey-2020-language-selection-Launch-Version>

## UNODC ABORDA ESTIGMA EM TORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), juntamente com 5 organizações internacionais, entre elas o Grupo Pompidou do Conselho da Europa a que Portugal preside atualmente, organizou em Viena, entre os dias 14 e 16 de janeiro, uma reunião de trabalho dedicada ao ESTIGMA, na qual o SICAD esteve representado pelo Chefe da Divisão de Intervenção Terapêutica, Domingos Duran.

Durante três dias, 50 especialistas, de 25 países, reuniram-se para partilhar conhecimentos e experiência sobre como lidar com o estigma em torno do uso de substâncias psicoativas.

Alguns estudos demonstraram que este estigma é muito maior do que o das doenças mentais e que amplifica os efeitos negativos para a saúde e de aspetos sociais, incluindo o peso da doença e da mortalidade.

Desta discussão, surgiu a proposta da produção de um Manual de Boas Práticas globais, aplicáveis a políticas em todo o mundo.



## Coronavírus: Recomendações da Direção-Geral da Saúde

No âmbito da infeção por novo Coronavírus com origem em Wuhan, China, a Direção-Geral da Saúde (DGS) em estreito alinhamento com as orientações da Organização Mundial da Saúde (WHO) e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), descreve um conjunto de procedimentos e recomendações a adotar pela população para minimizar o risco de transmissão desta infeção.

## Ação de formação “Conduzir inteligência Coletiva”

Decorreu ontem, 16 de janeiro, nas instalações do SICAD em Lisboa, a primeira parte da ação de formação “Conduzir Inteligência Coletiva” que teve como formador Ricardo Teixeira.

Através da transmissão de conhecimentos práticos e conceituais, pretendeu-se capacitar os formandos a poderem desenhar e conduzir uma reunião facilitada.

Num primeiro momento os participantes foram convidados a realizar quatro módulos de atividades didáticas e aplicar os conhecimentos adquiridos a desenhar uma agenda de uma reunião facilitada. Num segundo momento, os formandos desenvolveram diversos exercícios didáticos mais aprofundados, conducentes ao domínio da facilitação de grupos no contexto da sua aplicação profissional, não apenas para reuniões internas à própria organização, mas também, na prestação de serviços de facilitação a clientes externos.

A segunda parte desta ação formativa, com a duração de dois dias, decorrerá no próximo mês de maio.

Organizado pela Equipa Multidisciplinar para a Coordenação da Área da Dissuasão, do SICAD, o encontro foi um momento de reflexão e partilha de experiências, sobre a abordagem ao cidadão/indiciado.



## Noruega reformula a Política em matéria de drogas

O Norwegian Drug Policy Committee, que visitou o SICAD em fevereiro de 2019, propõe uma nova abordagem nas questões relacionadas com CAD, na Noruega, em que o uso e a posse de drogas para consumo pessoal deixam de ser crime, considerando que a criminalização tem mais efeitos negativos do que um quadro alternativo, menos penalizador.

A proposta recomenda a criação nos municípios de “unidades de aconselhamento” para as quais serão encaminhadas as pessoas interpeladas pelas autoridades policiais por consumo ou posse de drogas para uso pessoal, modelo semelhante às Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) criadas em Portugal pela Lei da Descriminalização, em vigor desde 2001. A Comissão propõe, igualmente, que a responsabilidade pela resposta da sociedade ao consumo e posse de drogas para uso pessoal seja transferida do setor da justiça para a tutela da saúde.

Este comité mandatado em março de 2018, pelo Governo da Noruega, para apresentar uma proposta de reformulação da política nacional em matéria de drogas, apresentou o seu relatório final ao Ministro da Saúde, Bent Høye, a 19 de dezembro de 2019.

O relatório final encontra-se em consulta pública até 2 de abril, sendo objetivo do Governo adotar a reforma legislativa no decorrer de 2021.

O relatório, cuja versão inglesa será divulgada durante o mês de janeiro, está disponível em norueguês em:

<https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/historic-day-for-norwegian-drug-policy/id2683528/>



## Relatório do Diagnóstico de Necessidades de Formação – 2019

Tendo em vista a identificação das necessidades formativas dos profissionais e dos serviços e o planeamento da oferta formativa em CAD, o SICAD promoveu a realização de um diagnóstico a nível nacional, por via do preenchimento de um questionário online semiaberto, disponibilizado via e-mail a todos os profissionais do SICAD e CDT, às DICAD e aos outros representantes da Comissão Técnica do Conselho Interministerial na Subcomissão de Comunicação e Formação.

Disponibilizam-se agora os resultados obtidos do Diagnóstico de Necessidades de Formação – 2019.



## SICAD assina protocolo do projeto Fast-Track Cities



O Diretor-Geral do SICAD, João Goulão, assinou no dia 27 de Janeiro, um protocolo de colaboração do projeto Fast-Track Cities, no Salão Nobre dos Paços do Concelho da Câmara Municipal de Loures, juntamente com outras entidades que integram o compromisso.

Este município tinha já subscrito a Declaração de Paris, em outubro de 2018, na Assembleia da República (AR), conjuntamente com os municípios de Almada, Amadora, Odivelas, Oeiras, Sintra e Portimão, juntando-se à iniciativa internacional da qual já faziam parte Cascais, Lisboa e Porto.

O projeto Fast-Track Cities - Cidades na Via Rápida para eliminar o VIH/SIDA, é uma iniciativa da UNAIDS, que convida as cidades em todo mundo a envolver o poder local, instituições de saúde e organizações da sociedade civil a desenvolver e aplicar medidas com vista que, até 2030, se acabe com o ciclo de transmissões e se erradique a epidemia VIH/SIDA.



## Workshop: Abordagem colaborativa na intervenção com CAD : Da prevenção ao tratamento e inserção



Foi dinamizado pelo SICAD, no dia 25 de janeiro, um workshop com o tema "Abordagem colaborativa na intervenção com crianças e jovens com comportamentos aditivos e dependências: Da prevenção ao tratamento e inserção", integrado no 4º Congresso Internacional da Criança e do Adolescente.

Ao longo de quatro horas foram clarificados conceitos e apresentados dispositivos de respostas para

crianças e jovens no domínio da prevenção, tratamento e inserção atualmente existentes na área dos CAD. O modo como esta rede cruza com as respostas de proteção para este grupo etário foi ilustrado com recurso à exploração e discussão de um caso prático.

Tendo como pano de fundo a resolução de questões complexas, foi trabalhada a importância de fomentar estratégias colaborativas para enfrentar os inúmeros desafios com que os profissionais se deparam, procurando sempre a resposta mais ajustada às necessidades desta população.

Neste workshop participaram profissionais de diferentes áreas disciplinares com intervenção direta com crianças e jovens com CAD que procuraram, sobretudo, conhecimentos sobre o modelo de intervenção preconizado para esta área, bem como as especificidades inerentes a esta população alvo.

## Formação "Construção de Narrativas para a Prevenção"

Decorreu nos dias 20 e 21 de janeiro, nas instalações do SICAD em Lisboa, a primeira parte da ação formativa sobre "Construção de Narrativas para a Prevenção- Exemplo Prático – Programa Eu e os Outros".

O objetivo final da formação é que os formandos elaborem um esboço de uma narrativa de abordagem a um tema de saúde, à sua escolha.

Integrada no Plano de Formação do SICAD, teve como formador, Raúl Melo. A segunda parte desta ação formativa, decorrerá no próximo dia 10 de fevereiro.





# ÁGUAS LIVRES

## f r e g u e s i a

### Aqueduto das Águas Livres



#### Existem várias valências:

Berçário/Creche; Complemento de Apoio à Família; Complexo Sócio Desportivo; Piscina e Ginásio; Atelier's Ocupacionais; Centro Cultural; Lojas Sol; Atendimento Social; Higiene Urbana, Manutenção dos Espaços Verdes e Recolha de objetos volumosos.

#### Feiras/ Eventos:

Festival das Sopas & Petiscos; Feira Setecentista; Feira do Fumeiro e Produtos Regionais.

#### Parque do Neudel



#### Jardim dos Aromas



#### Complexo Sócio-Desportivo



#### Feira Setecentista



#### Creche Os Pequenos Génios



#### Parque Bernardo Santareno



**Sede:** Estrada Militar, nº 82 - 2720-797 Amadora

Tel: 21 499 07 38 • Fax: 21 499 18 42

**Setor Buraca:** Largo Borges Carneiro, nº 3G - 2610-028 Amadora

Tel: 21 470 26 00 • Fax: 21 470 26 01

**Setor Reboleira:** Av. D. José I, nº 57 A - 2720-176 Amadora

Tel: 21 495 21 81 • Fax: 21 496 17 82

**E-mail:** geral@jf-aguaslivres.pt