REVISTA MENSAL • 2 EUROS

dependências

FEVEREIRO 2023

"Devemos ter um programa e uma estrutura vertical"

"O nosso objetivo é não estragar o que funciona bem, mas melhorar o que precisa de ser melhorado"

"Quando conhecemos as pessoas e presenciamos os locais vividos pelos utentes e profissionais, a nossa capacidade de avaliação e decisão é diferente"

Margarida Tavares, Secretária de Estado da Promoção da Saúde

CHEGA DE TELHADOS DE VIDRO

Parecem bandos de vampiros, sedentos de sangue, uma quadrilha de gente corrupta que se apresenta como os santinhos salvadores da ditosa pátria, mas que não passam de uns quantos párias que gravitam na sargeta do ódio e da vingança. Eles são os pregadores da virtude e do luxo sujo, usam e abusam da liberdade, gritam, berram e agridem a democracia com o veneno da intriga e da maledicência, atiram a pedra escondendo a mão, estão contra tudo e contra todos, falam sem saber de que falam, parecem os incorruptíveis sendo os corruptores e, assim, vão vivendo e alimentando as suas trupes.

São os negociantes da mentira e do discurso demagógico, vivem da desgraça alheia, estão ao lado de tudo estando contra todos, são os vendedores da banha da cobra, os falsificadores da verdade. Há décadas que o país não lidava com tantos ignorantes, com um nível tão baixo no discurso malcheiroso, irracional, populista e sem qualquer conteúdo, que reúne à sua volta o radicalismo dos insatisfeitos ocasionais e uma pretensa elite miserável e moralista sem qualquer moral.

O autoritarismo de um garoto aos berros que surge como o salvador da pátria, com a síndrome de falsas promessas dirigidas aos setores mais vulneráveis da população, é uma prática já habitual destes pequenos ditadores que passam o tempo a ofender a liberdade e a democracia, que infelizmente lhe dá esse direito maligno.

O mundo não pode banalizar o populismo e os hipocondríacos populistas, que não respeitam os valores humanos, nem os princípios éticos e morais que conduzem a humanidade à convivência pacifica, honesta e justa, nem confundir as preocupações com os problemas que o totalitarismo de alguns dementes vociferam, perseguindo e usando a violência como arma para controlar e manipular a população, censurando e controlando os meios de comunicação em nome da segurança nacional.

Confesso que não sei o que vai na cabeça de alguns mentecaptos, uma péssima cópia dos primatas, que vivem vegetando contra os mais elementares direitos humanos, e questiono-me ao ver alguns devotos, ignorantes e fanáticos seguidores do discurso racial e violento dos seus líderes que usam e abusam das teorias conspirativas, apoiados nas redes do crime internacional organizado, no terrorismo e na corrupção que controla o submundo em vários países, vivem comprando favores, da chantagem, lavagem de dinheiro e das grandes fraudes económicas. Este é o mundo em que assenta a doença ideológica do populismo do quanto pior melhor, fomentando e alimentando o caos nos países democráticos.

Sérgio Oliveira, director

dependências
SÓ PARA PROFISSIONAIS

FICHA TÉCNICA Propriedade, Redação, Direção e morada do Editor: Newscoop - Informação e Comunicação, CRL; Rua António Ramalho, 600E; 4460-240 Senhora da Hora Matosinhos; Publicação periódica mensal registada na ERC com o nº 124 854. **NIPC**. 507 932 161. Tiragem: 10000 exemplares. Contactos: 220 966 727 / 916 899 539; sergio.oliveira@newscoop.pt; www.dependencias.pt **Diretor**: Sérgio Oliveira **Editor**: António Sérgio **Colaboração**: Filipa Oliveira, Alexandra Isabel, Mireia Pascual **Produção Gráfica**: Ana Oliveira **Impressão**: Multitema, Rua Cerco do Porto, 4300-119, tel. 225192600
Estatuto Editorial pode ser consultado na página www.dependencias.pt

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE APRESENTA EM PORTUGAL RELATÓRIO SOBRE SAÚDE NAS PRISÕES

Portugal acolheu a apresentação do relatório «O Estado da Saúde nas Prisões na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde». Esta iniciativa da OMS teve como coanfitriões o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, com apoio do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, e teve lugar nos dias 15 e 16 de fevereiro, com programa repartido entre Lisboa e Porto.

Estabelecido em 1995, o Programa para a Saúde nas Prisões da OMS (Health in Prisons Programme - HIPP) promove cuidados de saúde e políticas de promoção da saúde junto da população reclusa, alinhados com as recomendações internacionais, nomeadamente as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos, conhecidas como Regras de Nelson Mandela.

O relatório incorpora dados obtidos junto de 36 países da região europeia da OMS, com referência ao ano de 2020, e caracteriza as ações e intervenções nesta área num ano marcado pelo surgimento da pandemia de Covid-19. O segundo dia da iniciativa decorreu no Auditório do Museu Nacional Soares dos Reis, no Porto, com painéis de debate sobre temas como a prevenção de doenças em contexto prisional e novos caminhos para a investigação nesta área, que Dependências acompanhou. De acordo com o epidemiologista e presidente do ISPUP, Henrique Barros, "Portugal está em linha com a média do conjunto de países europeus da OMS, relativamente ao estado da saúde nas prisões", alertando, no entanto, que "o facto de estar na média não quer dizer que essa média não pudesse ser muito melhor. Por isso, temos ainda de conseguir indicadores mais favoráveis". "Portugal tem um desafio a que não deve deixar de tentar responder e que é subir a média e ganhar degraus..."

Pedro Nuno Teixeira, Secretário de Estado do Ensino Superior

"A primeira missão que o ensino superior tem é transformar. O que fazemos com os alunos que nos chegam, o que motiva qualquer professor é a capacidade de transformar as pessoas que querem saber e conhecer mais, querem superar-se. E o trabalho que tem sido feito com as prisões, nomeadamente a partir da Universidade Aberta, em que temos hoje mais de uma centena de pessoas que estão em prisões a fazerem formação superior, é a concretização disso. Neste caso, somos nós que vamos ao encontro destes indivíduos, fazendo-o para concretizar a nossa primeira missão, nomeadamente enquanto sistema de ensino superior público, apoiado e suportado por toda a comunidade, a capacidade para transformar estes indivíduos, para contribuir para a sua reabilitação e para facilitar a sua reintegração quando esse momento chegar. Se forem mais qualificados, vão sentir-se mais facilmente participantes desta sociedade, na qual hoje participam de forma muito mais limitada."

Henrique Barros, Presidente do ISPUP

"Compreenderia que se fizesse um programa-piloto de investigação para se fazerem estas coisas. Agora, nós já sabemos o que se tem de fazer. Estes são programas de saúde pública e não dos hospitais e se insistirmos em fazer as coisas na base da boa vontade quando já deviam estar em velocidade cruzeiro, é inequivocamente a receita para o insucesso. Enquanto cientistas e investigadores, devemos imaginar, experimentar, testar, pôr à prova as coisas que ainda não sabemos como funciona. Agora, depois de sabermos que o tratamento funciona, que os comprimidos existem – claro que os governos têm que discutir preços que são pornográficos – o que temos de ter são programas de saúde pública e não remendos baseados muitas vezes no conhecimento pessoal, se queremos estar onde gostaríamos".

Luís Mendão, GAT

"Em relação à Hepatite C, há um dado que não percebo: onde é que estamos a medir anticorpos, onde estamos a medir infeção presente nestas pessoas? Eu trabalho num pequeno centro que recebe muitas pessoas acabadas de sair das prisões, para pessoas sem-abrigo e pessoas que usam drogas e, neste momento, a nossa confirmação de infeção é de cerca de 50%, ou seja, de 100 pessoas com anticorpos para a Hepatite C, só 50 têm verdadeiramente infeção. Por isso, pareceu-me que, nalguns números, não estávamos todos a falar da mesma coisa. Vejo com tristeza aquilo que parecem ser os dados encontrados no relatório porque Portugal fez um esforço enorme em 2014 para garantir o acesso a todos a custos comportáveis à medicação para o VHC e foi mesmo um país pioneiro na Europa Ocidental nesse reconhecimento. E, portanto, não fazermos o trabalho de medir o que estamos a fazer e de verificar onde ainda temos coisas a fazer é um desperdício enorme. Creio que terão sido cerca de 300 milhões de euros que se gastaram em medicamentos vindos de fora com esta doença e na prisão parece-me extremamente fácil termos os dados de que precisamos e não aqueles de que não precisamos. E digo mais: nem toda a academia e investigadores têm igual qualidade, por isso, dizer que todo o saber está na academia... enfim... Até para ultrapassar alguma visão corporativa, parece-me fundamental que a academia e a sociedade civil possam estar integradas neste trabalho".

Graça Vilar, SICAD

"Pegando no que foi colocado aqui quanto a alguma resistência ou a um menor cumprimento do programa de vacinação que temos, se calhar não existe uma resposta direta para se dizer que há ou não razão... somos um país muito pequeno, mas não há dúvida de que somos muito heterogéneos. Em termos de intervenção, fazemos os programas ditos nacionais, mas depois, regionalmente, vamos adaptando as coisas, muitas vezes sem sequer sabermos porquê. Uma coisa é certa: tudo é feito por pessoas e, naturalmente, diferentes somos; existem diferenças também ao longo dos anos entre as pessoas que nos dirigem e, também aí, assistimos a modificações, muitas vezes sem percebermos porquê. Portanto, relativamente à assimetria no que respeita ao cumprimento do programa nacional de vacinação, no caso particular da vacinação para a Hepatite C, é natural que, por estas divergências, também institucionais, não há razão para se dizer por que não é 100% cumprido. Terá provavelmente a ver com pessoas..."

Rui Gaspar, clínico

"Sinceramente, estes números também me surpreendem um pouco. Por vários motivos, desde logo a confusão entre anticorpo positivo e RNA positivo, depois porque, para mim, o sítio mais fácil para tratar a Hepatite C é na prisão porque, se no hospital preciso de explicar ao doente que tem de medir a carga vírica no dia x, fazer análises e vir ter comigo no dia y, com inúmeras barreiras e problemas pelo meio, sendo que muitas vezes já nem voltam, a verdade é que na prisão eles estão lá e lá continuarão, em princípio, durante o tempo do tratamento. Por outro lado, ao contrário do que sucedia inicialmente, os fármacos estão cada vez mais baratos, por isso toda a gente tem acesso, é fácil prescrever rapidamente um medicamento".

MARGARIDA TAVARES VISITA UNIDADES DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

A Secretária de Estado da Promoção da Saúde concluiu sexta-feira, 17 de fevereiro, um primeiro roteiro de visitas às estruturas de prevenção, tratamento e redução de danos na área dos comportamentos aditivos e consumo de álcool e drogas, no contexto dos trabalhos que estão a ser ultimados no Ministério da Saúde para uma restruturação da organização destas valências e do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

"O nosso objetivo é não estragar o que funciona bem, mas melhorar o que precisa de ser melhorado", afirmou Margarida Tavares durante as reuniões, onde dialogou com dirigentes e profissionais. "Enquanto as dependências forem um problema de saúde pública com um impacto desproporcional relativamente a outros, devemos ter um programa e uma estrutura vertical. À medida que formos eliminando esta realidade, iremos caminhar para a integração destas respostas dos cuidados gerais, mas ainda não é esse tempo".

O roteiro tinha sido iniciado em Lisboa com uma visita à Unidade de Alcoologia de Lisboa, atualmente com a resposta de internamento encerrada por falta de condições de infraestrutura e recursos humanos. Nessa ocasião, a Secretária de Estado da Promoção da Saúde esteve também na sala de consumo assistido de drogas na Quinta do Loureiro, que foi o primeiro programa de consumo vigiado a iniciar-se no país, em maio de 2021.

Quinta-feira, 16 de fevereiro, a Secretária de Estado da Promoção da Saúde visitou a Unidade de Alcoologia de Coimbra, com 21 camas de internamento, a unidade com maior capacidade a nível nacional. Estão previstas intervenções no edifício do Centro Maria Lucília Mercês de Mello no próximo ano, tendo sido identificadas oportunidades de expansão de atividade, mas também a necessidade de mecanismos de contratação dedicados a estas valências, bem como de interoperabilidade dos sistemas de informação para garantir a referenciação e a continuidade de cuidados.

Ainda sexta-feira, 17 de fevereiro, Margarida Tavares começou por visitar a sala de consumo assistido do Porto, um projeto-piloto da autarquia junto ao bairro da Pasteleira, que está a funcionar desde agosto de 2022, com mais de 600 utentes atendidos nos primeiros três meses. A Secretária de Estado dialogou com os profissionais que trabalham diariamente nesta unidade, onde são também feitos rastreios de VIH, hepatite C e tuberculose, e com alguns utentes que utilizam esta sala para consumo com condições de segurança e higiene, o que durante décadas não foi possível.

Seguiu-se uma visita à Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias e à Unidade de Desabituação do Norte, instalações inauguradas em 2010, e uma reunião com os responsáveis e profissionais.

Um dos temas destacados foi a necessidade de melhorar a articulação destas unidades com a rede do SNS, tanto ao nível dos cuidados primários como dos hospitalares, por forma a garantir mecanismos de referenciação e partilha de informação mais ágeis e efetivos. A necessidade de combater o estigma nesta área foi outro tema suscitado ao longo das visitas. "Temos tendência a rejeitar aquilo com que não conseguimos lidar. A formação e o conhecimento sobre a adição são o caminho para a integração", defendeu Margarida Tavares.

Por fim, a Secretária de Estado da Promoção da Saúde visitou a Comunidade Terapêutica da Ponte da Pedra, em Matosinhos, uma das três unidades públicas a nível nacional, atualmente com 15 utentes admitidos.

"Acredito que quando conhecemos as pessoas e presenciamos os locais vividos pelos utentes e profissionais, a nossa capacidade de avaliação e decisão é diferente", concluiu Margarida Tavares, em declarações à Revista Dependências.

Tem vindo a realizar visitas às instituições que intervêm em CAD… com que objetivo?

Margarida Tavares - Com o objetivo de conhecer a realidade. Como sabem, estamos num momento em que está em curso uma reestruturação de toda a resposta do Ministério da Saúde no âmbito dos CAD e, portanto, faz todo o sentido para mim, mesmo tendo alguma noção da realidade e tendo tido, ao longo da minha vida profissional, contacto com esta área, por motivos óbvios, sendo médica especialista de doenças infeciosas, precisava de conhecer a realidade e falar com as pessoas. Temos tido múltiplas reuniões com várias partes interessadas e atores que integram esta resposta, mas também precisava de

conhecer a estrutura e de ouvir as pessoas no seu local de trabalho e até encontrar-me com alguns utentes. Acredito que, quando conhecemos as pessoas e presenciamos os lugares vividos pelos utentes e pelos profissionais, a nossa capacidade de decisão e de raciocínio sobre as coisas é diferente. É por isso que estou a visitar esses lugares.

Uma forma de promover a saúde, com mais humanismo?

Margarida Tavares - Não faz sentido saúde sem humanismo. Para mim, cuidar é por si só um ato humano e que tem de ser o mais humanizado possível. Também me considero uma humanista e a minha visão sobre esta área, como outras, é uma visão eminentemente humanista. Só pode ser assim. Gostaria que esta área fosse particularmente humanizada... a estrutura só por si não faz sentido sem pensarmos os recursos e os utentes. Para termos uma visão completa é importante conhecermos o melhor possível o terreno, das pessoas aos edifícios até.

A sua visita a esta comunidade terapêutica tem algum significado especial?

Margarida Tavares - Fizemos um roteiro que, de algum modo, contempla situações de oportunidade, ou seja, por vezes aproveitamos o momento e queria conhecer pelo menos alguns exemplos das estruturas públicas que respondem às várias adições e, portanto, hoje proporcionava-se a possibilidade, em termos de distância e de tempo, de visitarmos esta comunidade. Não vou dizer que cheguei ao fim do roteiro, se calhar ainda não, vamos analisar o que vimos e o que nos falta ver. Hoje completámos a visita aos três centros de alcoologia, algo que pretendia efetivamente fazer, quanto a outras estruturas temos variado, uma vez que são muito mais dispersas em termos de tipologia e de geografia.

Sei que ainda no final do ano passado nos dizia que estava para breve a atualização das convenções com as comunidades terapêuticas...

Margarida Tavares - E continuo a dizer. É necessária e certa uma atualização das mensalidades. Neste momento, o que o Ministério da Saúde está a fazer, apenas, é discutir o montante. Queremos que se aproximem a visão das finanças e a nossa. Também temos de fazer o nosso trabalho e estamos a tentar fundamentar o melhor possível essa necessidade, ou seja, não nos contentamos com aquilo que nos foi apresentado como possibilidade pelas finanças. É apenas essa a questão. Que a atualização vai existir é certo, estamos a tentar que seja a melhor possível.

MELHOR SAÚDE NAS PRISÕES

"É uma honra e uma responsabilidade acolher este encontro", afirmou o Ministro da Saúde esta quarta-feira, 15 de fevereiro, na abertura da conferência da OMS/Europa que apresentou em Portugal a segunda edição do relatório 'O Estado da Saúde nas Prisões da Região Europeia da OMS'. Manuel Pizarro evocou as alterações legislativas e protocolos concretizados nos últimos anos nesta área, que permitiram iniciar a reforma das unidades forenses do SNS e instalar balcões SNS24 na maioria dos estabelecimentos prisionais, reconhecendo que é preciso agora potenciar os projetos que correm bem e corrigir lacunas. Na intervenção de abertura do encontro, o Ministro da Saúde agradeceu também a todos os profissionais que trabalham, direta e indiretamente, nas respostas de saúde à população privada de liberdade. "O SNS tem muitas linhas da frente e esta é também uma delas", afirmou.

No início dos trabalhos, o Ministro da Saúde anunciou a constituição de um grupo de trabalho que junta os Ministérios da Saúde, Justiça e Ciência e Ensino Superior e que irá avaliar as medidas existentes e propor um "Plano Operacional para a Saúde" nos estabelecimentos prisionais. "O objetivo é só um: assegurar que a saúde, no contexto prisional, é garantida com igualdade, qualidade e efetividade", reforçou.

"No âmbito da reforma da lei da Saúde Mental, o Governo português está empenhado em rever o quadro que permite que um cidadão inimputável por doença mental não seja preso, mas tenha na prática um internamento perpétuo", afirmou ainda o governante. "Da mesma forma que a prisão perpétua foi abolida em Portugal em 1884, não é isto que queremos. Fomos um país pioneiro e o relatório que hoje aqui é apresentado mostra que Portugal é um dos cinco países da região europeia que não aplica penas de prisão perpétua. Essa referência enche-nos de orgulho, mas estamos conscientes de que aumenta também a exigência sobre as nossas políticas de integração e reabilitação social", acrescentou.

Uma "oportunidade" que não pode ser desperdiçada

O encontro, presencial e online, juntou mais de duas centenas de participantes, debatendo temas como a necessidade de melhorar os sistemas de informação, mas também assegurar a continuidade de cuidados durante a pena/medidas de internamento e transição para a comunidade.

No encerramento do primeiro dia dos trabalhos, a Secretária de Estado da Promoção da Saúde, Margarida Tavares, realçou que a realização desta conferência em Portugal estimula o país a reconhecer as limitações e potencialidades nesta área. "Esta exposição tem riscos porque mostra as nossas lacunas e fragilidades, mas tem muito mais vantagens", afirmou.

A Secretária de Estado identificou como prioridade melhorar os sistemas de informação, uma ideia partilhada por vários intervenientes. "Temos de fazer um diagnóstico das nossas limitações técnicas, questionar de que dados precisamos e como vamos obtê-los. Temos todos de fazer a nossa parte", apelou.

Margarida Tavares alertou ainda que, para muitos reclusos, as respostas de saúde nas prisões são o primeiro contacto com ações de prevenção e promoção da saúde. "Não podemos desperdiçar esta oportunidade de contribuir também, por esta via, para uma reintegração plena".

AÇORES: ARQUIPÉLAGO "ARRISCA" ERRADICAÇÃO DA HEPATITE C E NOVAS ABORDAGENS AOS CAD E NSP

A Arrisca - Associação Regional de Reabilitação e Integração Sociocultural dos Açores -, organizou, no dia 27 de janeiro, no concelho da Ribeira Grande, o seu segundo encontro, subordinado ao tema "Erradicação da Hepatite C e abordagem aos comportamentos aditivos e novas substâncias psicoativas". O evento contou com as participações, entre outros atores, de Rui Tato Marinho, diretor do Programa Nacional para as Hepatites Virais, e dos espanhóis Benjamim Clement, membro da Sociedade Espanhola de Medicina de Urgências e Emergências, e Francisco Pascual, presidente da Socidrogalcohol, tendo sido moderado por Sérgio Oliveira, diretor da Revista Dependências, e comentado por Maria Antónia Duarte, diretora do Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada.

De realçar que, dos 1.211 utentes da Arrisca, apenas 291 estão atualmente rastreados à hepatite C, indicadores que se situam aquém dos que a instituição almejava aquando da apresentação do projeto "HépaerradiCar", que visa a micro erradicação da infeção. O objetivo inicial consistia em rastrear 60% dos utentes até dezembro de 2022, mas só cerca de 25% o foram até ao momento. Dependências participou no evento e entrevistou Gil Sousa e Suzete Frias, da ARRISCA

Gil Sousa e Suzete Frias, ARRISCA

Com que principais dificuldades e barreiras se defrontam para manterem no ativo uma instituição como a ARRISCA?

Gil Sousa – As dificuldades são muitas. Desde logo, ao nível do financiamento. Como sabemos, existem muitos custos associados ao desempenho de vários profissionais, sobretudo quando falamos de uma equipa já bastante diferenciada, com psiquiatras, clínicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, monitores, trabalhadores de manutenção, auxiliares, etc. e, infelizmente, os financiamentos atualmente existentes não estão adequados a esta realidade nem aos custos que a instituição tem. Por outro lado, a modalidade de financiamento também não é adequada, uma vez que temos acordos anuais, sendo que o mais justo seria a implementação de uma modalidade plurianual, uma vez que a ARRISCA é maioritariamente financiada pelo Governo Regional dos Açores e se temos acordos que são realizados praticamente a meio do ano, sem termos qualquer tipo de financiamento desde o início do ano, obviamente que é insustentável para a instituição, tendo em conta as obrigações legais que tem. O financiamento é uma parte dessas dificuldades, a outra tem a ver com a natureza da intervenção da instituição e com o estigma, que ainda existe de forma muito vincada sobre a toxicodependência, que infelizmente ainda não é vista como uma doença do sistema nervoso central, obrigando a um trabalho generalizado junto da população ao nível da promoção da saúde e da literacia em saúde, e também junto das entidades governamentais e dos próprios políticos, que têm que estar mais sensíveis para adotarem outro tipo de atuação e políticas, mais ajustadas a esta realidade e franja da população que precisa de cuidados específicos e direcionados e de respostas rápidas e descentralizadas.

Suzete Frias - Acrescentaria ao que o Gil afirma que a falta de financiamento não vem apenas da falta de dinheiro. Vem da falta de visão, de estratégia e de interiorização sobre o caminho a seguir. Em Portugal, temos um modelo exemplar e que serve como referência para todo o mundo e, tristemente, os nossos políticos ainda não o interiorizaram porque não ouvem os técnicos nem olham para as evidências científicas ou para os resultados que obtivemos a partir da alteração do modelo. Quando isto estiver interiorizado, para além da aceitação da toxicodependência como uma doença (o que não basta), creio que as dificuldades relacionadas com os recursos financeiros serão menores.

A toxicodependência é apenas uma das valências que a ARRISCA tem...

Suzete Frias - Sim, intervimos também na doença mental e exclusão social grave, neste caso sem qualquer diagnóstico clínico, mas com um diagnóstico social. São pobres ou excluídos porque são deportados ou foram reclusos... é uma minoria, representando cerca de 2%. Nos programas para a doença mental temos dirigidos a pessoas com doença mental sem problemas de adição e os de Patologia Dual. Intervimos ainda na violência doméstica, com acompanhamento médico e psicológico individual como aplicadores do programa Psicoeducacional.

Hoje, assisti ao funcionamento de duas valências, desenvolvidas em formato de oficinas, uma de olaria e outra de carpintaria... qual é o objetivo?

Gil Sousa - Estas duas valências surgem como uma continuidade ao tratamento. Temos situações de várias pessoas que iniciam tratamento connosco na ARRISCA, mas depois temos que dar o passo seguinte ao nível da integração na comunidade e a integração através do trabalho é fundamental para atingirmos bons resultados. A carpintaria e a cerâmica surgem como resposta a isso mesmo e acabamos por ter aqui áreas diferenciadas. Inicialmente, surgiram indo ao encontro das experiências, aptidões e expectativas por parte dos utentes e pretendemos que a nossa carpintaria seja vista pela comunidade como uma carpintaria qualquer, com todo o propósito social subjacente ao projeto. Atualmente, já conseguimos chegar a um maior número de pessoas, que não ficam com qualquer receio em dirigir-se a este espaço, onde trabalhamos níveis de motivação, o sentimento de pertença, o cumprimento de normas e regras... tudo isto é fundamental para termos um projeto de vida com continuidade e sentido.

Suzete Frias - Se atentarmos à definição de saúde da OMS, constatamos que não se trata apenas da ausência de doença ou de sintomas. É um projeto de vida com sentido, portanto, estas respostas ocupacionais, para além do treino para a empregabilidade e da possibilidade de os devolver à comunidade e de os inserir no mercado de trabalho, são também um espaço de aprendizagem, de mudança de diálogo interno e de autoeficácia. E a capacidade de recuperação: eu consigo ter mão na minha vida e mudar alguma coisa. É uma forma de treinarem outros papéis nas suas vidas. Ali não são doentes mas antes os profissionais da carpintaria e da cerâmica. Temos outra resposta, a casa de transição, onde também não são doentes mas antes os residentes de um grupo que vive junto. Temos uma equipa de futebol de rua onde não são doentes mas antes os jogadores da equipa. Experimentam vários papéis de forma a construírem a sua identidade, sendo que um dos bloqueios à recuperação é assumirem como identidade um diagnóstico (e isso é comum à toxicodependência ou à doença mental) e o nosso propósito é precisamente dar cor à sua vida e identidade e eliminar o rótulo.

Quantas pessoas têm na instituição a desempenhar este trabalho em prol da população mais vulnerável?

Suzete Frias - São 61, entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, monitores, motoristas, temos três unidades móveis a circular diariamente por toda a ilha de São Miguel, monitores de reabilitação, ajudantes de lar e técnicos administrativos.

Referem habitualmente a falta de conhecimento e de reconhecimento por parte dos agentes políticos face ao trabalho destas instituições... acreditam que os decisores políticos veem a instituição como um parente pobre, em vez de um parceiro indispensável à coesão social?

Suzete Frias - Tanto a ARRISCA, como o Novo Dia, a Alternativa ou outros parceiros são efetivamente parentes pobres. Aliás, diria que a saúde mental é sempre um parente pobre e, se virmos o orçamento nacional, percebemos que lhe é destinado menos de 1%. E dentro da saúde mental ainda há um parente mais afastado, que é esta área da Aditologia. Para agravar este cenário, diria que a ARRISCA padece de um "mal": como também trabalhamos a exclusão social grave, por vezes a ARRISCA é apenas identificada pelo programa de redução de danos, destinado "àqueles que andam na rua a perturbar" e que continuam a consumir. As pessoas identificam-nos como a bica da metadona de redução de danos que os mantém a consumir e esquecem-se que, dos 1211 utentes que servimos, apenas cerca de 200 integram o programa de redução de danos. São a pontinha do iceberg e todos os outros são tratados de forma anónima, pois não andamos a pregar aos ventos sobre quem vem aqui. Certo é que, no nosso dia-a-dia, somos atendidos em repartições, departamentos de saúde, bancos ou restaurantes por pessoas que têm esta patologia, que tem que ser encarada como outra qualquer. E com ajuda podem ter uma vida estável e tão produtiva quanto alguém que não tenha esta perturbação. Portanto, o mal de que a ARRISCA padece resulta de os políticos ainda não conhecerem ou não quererem ver o nosso trabalho e o associarem apenas à redução de danos e de terem uma visão má e distorcida do que é efetivamente a redução de danos, um investimento para minimizar outros danos, que diminui o número de overdoses, de abcessos por más injeções ou de infeções virais, para além de outras inúmeras vantagens de saúde pública e individual.

Entretanto, implementaram um projeto que visa erradicar a Hepatite C entre esta população...

Suzete Frias - Lá vamos nós novamente ao conceito de saúde da OMS: se estamos a lidar com pessoas, temos de pensar em todos os aspetos e vertentes da sua vida. A grande parte das pessoas que tratamos não tem suporte familiar. Está em exclusão. Nós somos os únicos profissionais, as únicas pessoas das suas redes e temos que adotar uma visão global. Se estamos aqui para promover a saúde e diminuir os problemas associados aos usos de substâncias, e estando as infeções virais de mãos dadas com os consumos e tendo nós uma visão de tratamento global, também as outras comorbilidades que possam surgir deverão ser tratadas. Estamos a dar o exemplo daquilo que deveria ser norma relativamente à população geral; além de termos comportamentos de não risco e preventivos, as infeções não dependem muitas vezes do nosso comportamento. Mas convém conhecermos o nosso estatuto serológico, sermos diagnosticados e atempadamente tratados. Relativamente ao projeto, temos três objetivos principais: o primeiro consiste em erradicarmos as infeções virais nesta população, até porque atualmente existe cura; depois, o objetivo da capacitação dos profissionais; e finalmente despertar a população para inserir como norma na sua vida fazer de vez em quando o rastreio a estas doenças.

Têm atualmente capacidade para desenvolver esse trabalho de sensibilização?

Suzete Frias - Neste momento temos, para a população vulnerável e alguma da população geral, porque fomos financiados pelo stakeholder AbbVie, com o suporte do laboratório Germano de Sousa e dos Rotários, que também colaboraram connosco.

Projetos da ARRISCA distinguidos como boas práticas a nível nacional

Gil Sousa "Foi um prémio bastante importante e até surpreendente para nós. A Escola de Comércio de Lisboa distinguiu a ARRISCA na área do comércio não alimentar, fruto dos projetos ARRISCA Cerâmica e ARRISCA Carpintaria. Estiveram cá equipas a avaliar estas respostas e esse prémio significa que identificaram aqui boas práticas e trabalho de qualidade realizado ao longo dos anos. E nem sequer fizemos qualquer candidatura. Fomos informados que éramos candidatos, portanto, alguém reconheceu em nós o melhor mérito. E, obviamente, para os utentes e para as pessoas que trabalham nestas respostas, também foi muito gratificante porque veem o seu trabalho valorizado. Claro que não trabalhamos para prémios mas é sempre um reconhecimento do trabalho que têm feito nestas valências e significa que estamos a fazer as coisas bem, um trabalho diferenciador e com grande qualidade. E estes espaços pretendem concorrer com produtos de qualidade mas que têm por trás um valor social, que é a recuperação de pessoas que estiveram no "fundo do poço" e em exclusão social total e que, neste momento, produzem produtos que concorrem com outros pela qualidade".

ARRISCA

A ARRISCA - Associação Regional de Reabilitação e Integração Sociocultural dos Açores tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências; promover a saúde mental e prevenir comportamentos de risco na comunidade em geral; promover a reabilitação e a integração pessoal, familiar e cultural em problemáticas de exclusão social em crianças/adolescentes, jovens e adultos através de uma intervenção biopsicossocial articulada e adequada às necessidades do público-alvo, bem como, promover o aperfeiçoamento científico, cultural, técnico, organizativo, ético e humano da prática em reabilitação psicossocial e integração sociocultural.

Promove os valores:

Humanismo - Reconhecer à pessoa em situação de risco social a sua plena dignidade humana, representa a aceitação incondicional de que o outro, mesmo num estado de rutura com valores fundamentais da vida em sociedade, deve ser alvo de um olhar de compreensão e empatia que lhe permita um movimento de mudança.

Cidadania - Promover processo de Inclusão/ Integração da pessoa portadora de dependência ou doença mental;

Proximidade - Contribuir para a implementação dos serviços de reabilitação, prioritariamente e sempre que possível na comunidade;

Cooperação - Trabalhar de forma integrada e potenciar o envolvimento dos parceiros regionais, nacionais e internacionais na definição das estratégias e no compromisso partilhado para alcançar as metas estabelecidas, base do nosso trabalho fundamental para potenciar respostas eficientes e eficazes.

Testemunhos de dois açorianos repatriados

Quando foram expulsos dos EUA, regressaram aos Açores, repatriados... o que sentiram?

Paulo Coelho – Foi muito difícil. Passei muito, estava muito mal. Antes, estava limpo, e quando cheguei fiquei deprimido, não tinha amor, estava longe da minha família. Chorei tanto! E para parar as dores comecei a usar droga. Foram cinco anos, até que fui para a Casa da Lagoa e limpei-me. Depois disso, não uso mais castanha nem branca, a minha vida ficou melhor, passei a ter tempo para trabalhar, para estar com a minha família, tenho uma família nova em minha casa, a minha segunda família.

Quando chegou aos Açores sentiu dificuldades na integração?

José Pacheco – Sim, muitas. Ainda hoje, todos os dias, quando acordo, levo algum tempo até perceber que já não estou na Califórnia, onde passei 20 anos da minha vida. Foi muito dolorosa para mim a separação dos meus filhos, dos meus pais e do meu irmão. Aqui vivemos em grupo numa casa, somos seis homens, temos tarefas e trabalhamos em união para que a nossa vida seja o melhor possível.

Hoje, trabalham na ARRISCA... o que fazem?

José Pacheco – Fazemos todo o tipo de trabalho em carpintaria... mesas, cadeiras, móveis. E sou remunerado por isso.

Paulo Coelho – Eu estou numa situação diferente... estou aqui na ARRISCA há apenas dois meses e apenas benefício RSI, 190€ por mês, e depois de pagar renda e produtos de higiene, pouco sobra. A ARRISCA paga-me a medicação. Fico com quase nada, mas tenho tudo o que preciso.

O que acham que o governo devia fazer por vocês?

José Pacheco – Gostava que existissem mais programas de integração que nos permitissem receber um ordenado e poupar dinheiro para "um dia de chuva", e para conseguir dar mais aos meus filhos. De resto, acho que estão a fazer um excelente trabalho ao colocar-nos em projetos como este da ARRISCA, da Carpintaria.

Pedro Fins
Diretor Regional da Prevenção e Combate às Dependências

É uma honra poder presidir abertura do II Encontro- Erradicação da Hepatite c e abordagem aos comportamentos aditivos e novas substâncias Psicoativas. Este é um encontro que versa sobre o bem mais precioso que temos que é a saúde.

A realização deste encontro além da promoção da saúde junto das populações promove também a literacia em saúde sobretudo nos comportamentos aditivos em particular na toxicodependência junto desta comunidade. Assim se combate, a vergonha e o estigma associados à doença visando acima de tudo os ganhos que a população possa vir a ter.

Ao abordar o tema da hepatite C bem como as novas substâncias psicoativas os princípios subjacentes devem estar centrados no humanismo no pragmatismo, no cidadão, na intervenção integrada, na proximidade, na qualidade e na inovação.

Se queremos erradicar Hepatite C, teremos que abordar este assunto nas várias perspetivas quer seja ao nível do encaminhamento, do tratamento do acompanhamento das pessoas com hepatite C, quer ao nível da evolução da própria doença e efetividade do tratamento em si.

A implementação dos projetos nesta área, terá como preocupação inicial a referenciação dos utentes para o despiste da doença, no entanto, no decorrer da implementação dos projetos, surge uma segunda preocupação por parte dos profissionais de saúde, tanto ou ainda mais importante do que o próprio despiste em si, passa também pela adesão aos fármacos, a manutenção do tratamento, bem como todo o acompanhamento necessário ao utente.

Este evento, revela-se de extrema importância não só no âmbito da saúde publica, mas também na aquisição de conhecimento do profissional de saúde na sua intervenção diária com o respetivo doente, bem como a partilha e discussão sobre estratégias locais a serem implementadas para a micro eliminação da Hepatite C.

Enquanto Diretor Regional de Prevenção e Combate às Dependências da Secretaria Regional da Saúde e Desporto da Região Autónoma dos Açores, reconheço a elevada importância da temática em si, até porque a Hepatite C é uma doença transversal a qualquer Região. Assim sendo, a definição de estratégias conjuntas, a implementação de projetos e trabalhos já realizados nesta área, permitirá junto das equipas de redução de riscos e minimização de danos a aprendizagem e aquisição de ferramentas para a contribuição da micro eliminação da Hepatite C. Embora na Região Autónoma dos Açores não exista um estudo específico que caracterize o número de utentes diagnosticados com Hepatite C, foi-nos possível aferir junto das Equipas de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências que cerca de 60% da população acompanhada em regime ambulatório têm hepatite C. A Região Autónoma dos Açores, tem englobado no Serviço Regional de Saúde, através das Unidades de Saúde de Ilha, equipas de intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências. Nas ilhas cujas equipas não estão integradas nas Unidades de Saúde de Ilha, a intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências é realizada por IPSSs em parceria com a DRPCD. As equipas são multidisciplinares e intervêm quer na área do tratamento, quer na área da redução de riscos e minimização de danos.

No que diz respeito ao diagnóstico de Hepatite C nos utentes com comportamentos aditivos e dependências, o diagnóstico é realizado através de análises sanguíneas com deteção do Ac HCV (à entrada do programa, ou de um modo rotineiro para aqueles que mantêm os comportamentos de risco), sendo em caso positivo posteriormente referenciado para a consulta de Hepatologia-Gastrenterologia no Hospital de referência. Na área da Redução de Riscos, o Programa de Troca de Seringa é implementado através das equipas de intervenção nos comportamentos aditivos e dependências, bem como através de algumas instituições parceiras da DRPCD. A distribuição dos Kits do programa troca de seringas permite assim, uma proximidade entre o profissional de saúde e o utente. Importa salientar que, apesar de não existir um plano concertado de âmbito Regional, existem ações pontuais e iniciativas locais dinamizadas por entidades e instituições parceiras em prol da Saúde Pública, pelo que para a DRPCD, as entidades parceiras tornam-se assim fundamentais neste processo.

Julgo que, se definirmos uma estratégia de intervenção concertada e generalizada a todas as Regiões, que ao mesmo tempo comtemple as individualidades de cada território, e se estabelecermos várias ações conjuntas será possível erradicar a hepatite C até 2030. Se centrarmos esforços conjuntos na prevenção, no rastreio, no tratamento e nos cuidados ao utente com certeza conseguiremos contribuir para a erradicação da hepatite C no horizonte proposto. A promoção de encontros com grupos de trabalho é sem dúvida uma forma de fomentar a partilha de informação e adquirir conhecimento, tal como está acontecendo aqui.

A estratégia passa pelo despiste do Ac HCV a todos os utentes em CAD integrados nas equipas de tratamento da RAA, quer nas equipas alocadas às Unidades de Saude de Ilha (USI), quer nas equipas integradas nas IPSS como é o caso na ilha de São Miguel. Numa outra segunda fase o rastreio passaria para a população em geral através de análises clinicas com a colaboração dos MGF alocados às USIs da RAA.

ENTREVISTA COM FILIPE MIRANDA, DIRETOR TÉCNICO DO GABINETE DE APOIO – CASA DA VILA NOVA:

"OS RECURSOS HUMANOS DAS IPSS SÃO PROVAVELMENTE OS MAIS MAL PAGOS DE TODA A ECONOMIA... COM TRABALHOS MUITO DUROS"

Em face das complexas consequências sociais e sanitárias associadas aos consumidores problemáticos de drogas de rua, cada vez mais se evidencia como imperativo estratégico a organização e implementação de medidas previstas no Plano Nacional de Redução de Risco e Minimização de Danos, visto que criam condições de aproximação física e relacional, promotoras da acessibilidade ao sistema público de cuidados.

O Gabinete de Apoio (Casa de Vila Nova) é financiado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência e dirige a sua ação para cidadãos consumidores que, num dado momento, não revelam motivação suficiente para parar consumos (abstinência) e, por isso, incapazes de aderir a programas estruturados e continuados.

O GAT procura manter contacto institucional com os toxicodependentes de rua, contribuindo para diminuir o seu elevado grau de marginalização e delinquência e apoiando-os na satisfação das necessidades humanas básicas. Este dispositivo institucional pretende ser uma plataforma motivacional para o tratamento e, simultaneamente, instrumento de proteção da saúde individual e coletiva, designadamente, na prevenção de doenças infecciosas transmissíveis por via endovenosa e sexual. Pretende ainda criar mecanismos de compreensão e interpretação deste fenómeno de forma a contribuir para a melhoria da eficiência e eficácia das respostas sociais.

Os utilizadores desta unidade apresentam, na sua maioria, um estado de degradação geral com inúmeros "handicaps", dos quais o consumo intensivo de drogas é apenas uma das faces visíveis do problema. A atividade de acolhimento, triagem e orientação, é essencial no percurso evolutivo do toxicodependente, na justa medida em que facilita o desenvolvimento de medidas de reabilitação ativa e (re)inserção social.

O Gabinete de Apoio está fundamentalmente orientado para ir ao encontro da população toxicodependente que sente necessidade de ajuda mas que, por qualquer razão, não pode, não quer ou não consegue recorrer à rede de serviços públicos de apoio a toxicodependentes.

Dependências foi conhecer este projeto, em entrevista a Filipe Miranda, diretor técnico da estrutura.

O que é, em concreto, esta Casa da Vila Nova e quem são as pessoas que dela se servem?

Filipe Miranda (FM) – Mais do que falar deste serviço, gostaria de salientar todo o dispositivo que a Norte Vida tem implementado na zona ocidental da cidade do Porto, que nasce em 2001 com a pretensão de lidar com um fenómeno que constituía, na altura, uma das principais preocupações das famílias portuguesas, a toxicodependência, nomeadamente aquela que implicava consumidores de elevado risco. Para tal, achou que a forma correta de o fazer era criar condições socio-sanitárias para que as pessoas pudessem aproximar-se dos serviços e encontrassem nestes a resposta às suas necessidades e conseguisse conduzir os utilizadores para intervenções do âmbito do tratamento e da reinserção. Nessa altura. Foi criada este serviço, como um esteio para toda a atividade de redução de riscos e minimização de danos, que se faria aqui, na zona ocidental. Este é um gabinete de apoio para pessoas sem enquadramento sociofamiliar. É uma resposta muito interessante pois, desde logo, temos uma casa a funcionar 24 horas por dia e com uma resposta muito robusta porque oferece praticamente tudo o que qualquer pessoa que consome substâncias psicoativas necessita, pelo menos numa primeira fase, desde banhos, alojamento, alimentação, consultas de psicologia, de serviço social, acesso a apoio e promoção social, diferentes programas de enfermagem, terapêuticas observadas diárias, PSO, programa de troca de seringas, programa de troca de materiais de consumo, rastreios, atividades lúdico-terapêuticas e até consultas de medicina descentralizadas.!!!... Em suma, temos aqui um espaço que permite sermos uma segunda linha das equipas de rua, que à medida que vão fazendo as pessoas aproximarem-se das estruturas socio-sanitárias fixas, vão também permitindo que equipamentos como este possam promover a aproximação dos utilizadores às estruturas de tratamento. Para ter uma ideia, entrarão por ano nesta casa 450 pessoas, e destas, cerca de 270 são acompanhadas em continuidade. Uma grande preocupação é ligar ou religar o utilizador aos serviços de tratamento e nesta lógica uma enorme maioria estão vinculadas aos CRI, mais de 90% dos nossos consumidores de heroína estão integrados em PSO, e um elevado número de pessoas estão rastreadas para o VIH, hepatites e sífilis, a totalidade tem aqui acompanhamento social, psicológico, de clínica geral e psiquiatria, todos os que precisam tomam medicação, suportada por nós...

Tanto trabalho, tantas respostas... com que recursos?

FM – Os recursos financeiros provêm do SICAD, que faz um concurso de quatro em quatro anos, o que resulta num dos grandes problemas desta área sobretudo se pensamos em investimentos a longo prazo. Não se consegue investir em respostas a longo prazo com ciclos de financiamento como estes, ultrapassadíssimos sobretudo com respostas que existem à cerca de 20 anos e com o rápido desgaste que conhecemos. Para além disso, ainda contamos com o limite de apenas 80% do valor total, que é o mesmo há 20 anos... Tudo aumentou imenso ao longo dos últimos 20 anos, exceto os financiamentos. Portanto, o grande recurso é a

motivação das pessoas que cá estão, que trabalham para além do horário, que fazem para além do que têm de fazer, que nunca viram a cara ao trabalho... mais do que serem assistentes sociais, psicólogos ou enfermeiros, são pessoas que se preocupam com outros e fazem tudo o que for preciso para cuidar de outros. E em boa verdade temos tido sorte com as nossas pessoas!

E é essa a solução?

FM – Esta tem sido a solução de remedeio, a solução possível. Sempre tive a conceção de que estes serviços deveriam ser serviços de elevadíssimo nível, porque também teriam a função de demostrar aos seus utilizadores que existe um mundo diferente daquele que eles conhecem e que sonhar por ele é permitido e até desejável.

Acho que todos nós, técnicos, dirigentes, stakeholders e utentes queremos respostas de maior qualidade para, ao fim de 20 anos de grande sucesso, não começarmos a regredir. Naturalmente que estamos numa altura em que é preciso investir de outra maneira. Os recursos humanos das IPSS são provavelmente os mais mal pagos de toda a economia... com trabalhos muito duros.

Esta é a resposta necessária ou, tendo em conta a vossa experiência, as instalações e o local onde estão, acredita que a mesma poderia ser estendida?

FM – Da forma como está desenhada, esta é uma resposta necessária, com algumas pequenas alterações torna-se numa resposta fundamental. Se me perguntar se, para além desta, são necessárias respostas que concorram de forma paralela, que sejam mais específicas e olhem para a população de uma maneira diferente, até porque esta foi criada há 20 anos, diria que sim. Os utentes que, na altura, tinham 30 anos, têm agora 50 anos vividos com muitos problemas de saúde associados e começamos a perceber que mesmo um serviço com este, com tantas valências, começa a tornar-se insuficiente para as necessidades de saúde cada vez mais complexas. Os cuidados de saúde são de tal forma que já são muito mais gerais do que específicos relativamente ao consumo de substâncias. É preciso começar a olhar para a criação de uma rede que possa suportar as pessoas com quem trabalhamos, que estão a ficar mais velhas, mais doentes e com menos capacidade e autonomia.

A cidade do Porto tem vindo a vivenciar um fenómeno de recrudescimento dos consumos... dever-se-á a um desinvestimento que se verificou nesta área e a uma cada vez menor priorização por parte dos decisores políticos?

FM – Como disse, necessidade de se investir mais para alcançarmos os resultados que todos desejamos.

As equipas precisam de ser fortemente reforçadas. Paralelamente, acredito que poderão estar a haver novos fenómenos relacionados com a oferta com estratégias de maior agressividade e ocupação dos territórios.

Mas há outra coisa fundamental: Tem que existir uma politica de habitação que seja promotora do desenvolvimento. Colocar pobreza acastelada nunca foi boa solução e é natural que territórios tão fechados, tão centrados nos seus próprios problemas, comecem a desenvolver dinâmicas que permitam resolver os seus problemas. Temos um problema grave, hoje transversal, que tem a ver com a habitação, nomeadamente a de perfil acessível. Compreendo que esta forma de olhar o fenómeno é retroativo e que há 40 anos poeria não ser possível não interpretar a situação assim. Hoje existem medidas muito mais interessantes de resolver a situação da pobreza habitacional. O município do Porto tem vindo a disponibilizar várias medidas de arrendamento acessível que me parecem bastante interessantes e que vão de encontro à construção de uma cidade mais coesa.

Alguma vez foram auscultados pela autarquia ou outros decisores políticos, enquanto técnicos, para revelarem as vossas dificuldades, barreiras e expectativas?

FM – Nas áreas que a Norte Vida trabalha, tem havido bastante colaboração com a câmara municipal, nomeadamente com o pelouro da coesão, no sentido de pensar as problemáticas, de desenvolver respostas e estratégias para intervir nas nossas populações.

Outro problema que afeta significativamente esta população prende-se com doenças infecciosas, como as hepatites víricas, tuberculose, sífilis... como analise a vossa capacitação ao nível do rastreio, tendo em conta as metas definidas pela OMS?

FM – Se pensarmos no que têm sido os últimos sete anos, a taxa de reativos face aos testes rápi8dos que realizamos tem sido baixíssima. Veremos ainda qual será o efeito da pandemia, momento em que houve uma supressão das respostas na cidade, mas até então observávamos que Portugal tinha dos menores índices de overdoses do mundo e relativamente ao VIH e ao VHC poucas eram as novas infeções na nossa população, o que significa que este fenómeno estava altamente controlado entre a nossa população consumidora de drogas. Existe uma preocupação de realizarmos rastreios frequentemente, sobretudo as pessoas que vão relatando alguns comportamentos de risco. Temos uma noção clara do que acontece no nosso território no que toca às novas infeções.

Falamos em doenças crónicas... esta será a melhor resposta para aqueles que consideram que criminalizar a doença será a solução...

FM – O importante é desenvolvermos mecanismos que possibilitem que às pessoas ter acesso a programas específicos colmatem as suas necessidades.

O que faltará fazer para melhorar as respostas a esta população que até os próprios decisores políticos descriminam?

FM – O que acho que falta claramente são políticas integradas que olhem para este fenómeno que se envolve facilmente noutros fenómenos. Quando falamos em toxicodependências, falamos também no desabrigo, nas doenças infecciosas, na criminalidade, na mendicidade... há um vasto conjunto de importantes correlações e, quando olhamos para isto, temos de definir uma política organizada e que seja abrangente. Quando olhamos para pessoas multi desafiadas e com múltiplas necessidades e cada vez mais complexas, não podemos ter uma abordagem simples ou única. Temos de ter uma abordagem social, promovendo a proteção social e o acesso à saúde. Mas isto só pode ter resultados com políticas concertadas nestas dimensões. Se uma falhar, provavelmente, tudo falhará. Terá de haver uma grande sintonia entre os stakeholders, os prestadores de serviços e a própria comunidade para que se consiga construir de forma multifacetada para responder a estas necessidades, que são múltiplas.

Vereadora da Saúde e Qualidade de Vida da C.M. Porto visitou instalações

SALA DE CONSUMO ASSISTIDO DO PORTO RECEBEU 612 UTILIZADORES ATÉ FINAL DE NOVEMBRO

A vereadora da Saúde e Qualidade de Vida da Câmara Municipal do Porto, Catarina Araújo, acompanhada pelo presidente ARS Norte, Carlos Nunes, visitou as instalações da sala de consumo assistido do Porto. Durante o périplo, responsáveis das entidades que coadministram o Programa de Consumo Vigiado - além da C.M. Porto e da ARS Norte, integram o projeto o SICAD e o Instituto de Segurança Social – deram a conhecer as valências e capacidades que a sala de consumo assistido, localizada junto ao Bairro Novo da Pasteleira, oferece aos utentes. Dependências acompanhou a visita e entrevistou a vereadora, bem como a diretora técnica, Diana Castro.

Tratar os toxicodependentes como marginais e lixo resolve o problema da cidade do Porto?

Catarina Araújo (CA) – Com certeza que não e não é isso que temos feito na cidade do Porto e o que a Câmara Municipal do Porto e as outras entidades hoje aqui presentes têm feito. Aliás, se dúvidas houvesse, a resposta socio-sanitária que acabámos de visitar inequivocamente afasta sequer essa possibilidade e, portanto, sobre esse assunto nada mais lhe tenho a dizer.

Que balanço fazem desta resposta?

CA – Esta resposta, que é financiada pelo município do Porto e que resultou de um protocolo com um conjunto de outras entidades, a ARS Norte, o SICAD e o ISS do Norte, tem tido resultados muito positivos. O número de consumidores, desde a abertura e até finais de novembro são muito positivos – 612 consumidores que aqui se têm vindo a dirigir – e aquilo que temos conseguido com esta resposta é garantir e proporcionar aos consumidores que façam o seu consumo de forma vigiada. Trazem as suas substâncias, podem consumi-las aqui, supervisionados por técnicos especialistas que os podem ajudar no consumo, em caso de overdose, ajudando-os a prevenir, mas acima de tudo proporciona outro tipo de respostas igualmente muito importantes, fazendo-se aqui rastreios de várias doenças infetocontagiosas, faz-se aqui vacinação, faz-se aqui a toma observada e referenciação para outras respostas muito importantes, quer da área da saúde, quer da área social.

Mas continuam a haver muitos consumos a céu aberto... significa que esta resposta está subdimensionada?

CA – Não. Esta resposta visa, acima de tudo, dar condições de saúde a quem consome mas também contribui para a diminuição do consumo a céu aberto, que é um risco quer para quem consome, quer para as demais pessoas que vivem nas imediações. Esta resposta não irá com certeza resolver todos os problemas, é, no entanto, uma resposta muito importante que o município do Porto entendeu financiar, num investimento muito significativo e importante. Estão previstos 650 mil euros nesta resposta, para além de um conjunto de outras em áreas diferentes e complementares.

Reconhecendo resultados tão positivos, haverá mais salas na cidade do Porto?

CA – O que está previsto e protocolado é esta primeira fase, que é piloto. No fim desta primeira fase, será feita uma avaliação e, sim, avançar-se-á para uma segunda fase em que, para além desta resposta, está em cima da mesa uma outra resposta com características diferentes, uma unidade móvel que, de forma complementar a esta, irá continuar o seu trabalho.

O subdiretor do SICAD criticou a forma como a autarquia do Porto está a atuar, nomeadamente, não oferecendo respostas integradas.

Mandaram abaixo o Aleixo mas depois desacompanharam as pessoas... em que medida resulta o timing desta visita com estas críticas?

CA – Não sei se o senhor diretor do SICAD criticou... eu li, ainda recentemente, uma entrevista do Sr. diretor do SICAD onde manifestava preocupação, e bem, face ao aumento do número de consumidores e ao aumento do número de overdoses. Sei que está preocupado e bem e nós também estamos. Quanto ao timing desta visita, a mesma estava há muito tempo pedida até pelos senhores. Entendemos que não o devemos permitir em funcionamento, única e exclusivamente para preservar as pessoas que aqui vêm consumir. Também foi por isso que entendemos que o timing para realizar esta visita não era no início porque no início queríamos era que a equipa que está responsável por trabalhar e monitorizar esta resposta fizesse o seu trabalho, que passava também por algo absolutamente essencial, que é conquistar a confiança dos utilizadores desta sala.

Mas desmantelar um acampamento não quebra a confiança dessas pessoas numa estrutura como esta? Ontem, o ministro da administração interna referia que tem que haver uma resposta integrada, é preciso habitação, emprego... o que está a câmara a fazer a esse nível?

CA – Não temos dúvidas de que é precisa uma resposta integrada. O que o município tem feito é exatamente isso. Esta resposta, que é positiva e tem aquelas virtualidades que aqui acabei de referir, não só para aqueles que dela precisam mas também dos demais, por si só, não resolve tudo. Este é um problema muito complexo, que envolve muitas entidades de áreas muito diferentes. O que sei é que o município tem esta resposta e que a financia, mas tem também outras.

Mas foi ou não um erro desmantelar o Aleixo sem acompanhar as pessoas que ali viviam a céu aberto?

CA – O Aleixo começou a ser desmantelado muito antes do nosso mandato. Foi um processo que estava em curso e que herdámos. Não estou com isto a dizer que não tenha sido dada continuidade. Dito isto, o que pergunto é: mas, afinal, tudo estava resolvido se estivesse escondido no Aleixo? Era a manutenção do Aleixo a resposta para este problema? Acho que essa é uma forma pouco séria de o analisar.

Numa altura em que todos os relatórios e indicadores nos mostram tratar-se de um retrocesso civilizacional, criminalizar é a solução?

CA – Estamos a misturar muitas coisas mas também não fujo à questão... ninguém de bom senso acha que criminalizar é a solução. Aquilo que neste momento temos é um problema que está aos olhos de todos, basta passar por aqui para o ver. Não discuto sequer a bondade da lei e o que significou quando, há mais de 20 anos atrás, foi publicada. As leis servem para regular situações, harmonizando-as em pleno respeito pelas liberdades e garantias de todos. Também não acho que uma lei que possa ter funcionado na sua plenitude há 20 anos atrás tenha que se manter exatamente igual, sem ser revisitada, 20 anos depois. É preciso às vezes avaliar e perceber.

Mas o que a avaliação demonstra é que houve uma diminuição clara do número de infeções e de mortes, para não falarmos até de consumos...

CA – Não sei... depende do que estivermos a falar...

Mas em que estudos se baseia para sustentar que a lei não é eficaz?

CA – Não é a Câmara do Porto que vai fazer essa avaliação ou mudar a lei, mas a Câmara do Porto tem uma opinião que considero inegável: esta lei, tal como está, aos dias de hoje, não está a conseguir garantir a todas as pessoas o conjunto de direitos e liberdades garantidas que têm de ter. Tem que haver respeito por todos e aquilo que digo é que, se calhar, é preciso repensar esta lei à realidade de hoje.

O relatório do primeiro trimestre de funcionamento da primeira sala de consumo assistido no Porto, revela que nesse período foram apoiadas 616 pessoas que usam drogas, com um total de 8.112 consumos registados, uma média de 83 consumos por dia nos três meses, ou de 103 consumos diários tendo em conta apenas o mês de novembro, o mais recente deste relatório.

Do total de utilizadores, 178 usaram a sala para consumo injetado (4.762 consumos) e 438 para consumo fumado (3.350 consumos).

Nestes três meses, foram entregues 60.900 seringas e agulhas, 50.600 ampolas de água bidestilada, 29.400 saquetas de ácido cítrico, 26.900 filtros, 25.900 caricas, 52.800 toalhetes de desinfeção, 2822 cachimbos, 15.000 pratas e 2825 preservativos internos e externos.

Nos rastreios ao VIH, Hepatites B e C e Sífilis, o objetivo de conseguir ao fim de um ano o conhecimento serológico de 80% dos utilizadores da sala está longe de cumprido, com apenas dois utilizadores da sala a fazê-lo até novembro. Mas há outros serviços que tiveram mais procura, como os de enfermagem (60 atos praticados), apoio psicológico (28 atendimentos) e social (42 atendimentos). E cerca de 500 pessoas tiveram acesso a "alimentação de conforto", 375 tomaram banho nas instalações e 250 tiveram acesso a roupa, calçado e serviço de lavandaria.

O PAPEL DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NAS DOENÇAS AUTOIMUNES

Joana Rita Martins.
Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Email joanaritamartins@msn.com

Rui Pedro Vaz
Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Paula Carriço
Médica Psiquiatra, assistente graduada em psiquiatria, Coordenadora do CRI Coimbra.

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma evidência crescente do papel da neuroinflamação nas doenças psiquiátricas, com uma inerente evolução conceptual da relação entre doença psiquiátrica e doença sistémica. De facto, se, por um lado, indivíduos com doenças psiquiátricas apresentam alterações compatíveis com neuroinflamação e padrões de ativação imunitária, por outro, as disfunções do sistema imunitário que levam à inflamação em órgãos-alvo desempenham um papel no desenvolvimento de psicopatologia. Sabe-se até que sintomas depressivos-like são um marcador independente de doença autoinflamatória. Assim, a associação entre doenças psiquiátricas, especialmente perturbações por uso de substâncias, e doenças autoimunes tem sido objeto de estudo pela psiquiatria.

O uso de substâncias psicoativas pelo Homem remonta à Antiguidade, exercendo determinadas funções sociais e individuais, que se foram alterando ao longo do tempo.

As doenças autoimunes caracterizam-se por uma alteração no funcionamento do sistema imunitário que se traduz na produção de anticorpos contra antígenos do próprio organismo.

Existe de facto uma associação entre a utilização de substâncias psicoativas e doenças autoimunes e que acaba por ter duas vertentes. Por um lado, o consumo deste tipo de substâncias poderá constituir um fator causal/predisponente/desencadeante/exacerbador para doenças autoimunes. Por outro, o seu consumo poderá ter como propósito o alívio de alguns dos sintomas destas patologias.

São vários os casos descritos na literatura que descrevem o uso de substâncias psicoativas como causa para o desenvolvimento ou agravamento de determinadas doenças de natureza autoimune, algumas das quais são mencionadas de seguida.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura sobre os possíveis mecanismos que poderão estar na origem da associação entre o consumo de substâncias psicoativas e as doenças autoimunes.

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COMO CAUSA

Pênfigo Vulgar

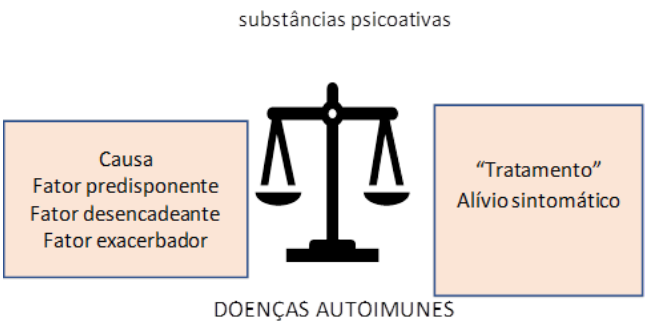
O Pênfigo Vulgar trata-se de uma doença de natureza autoimune, rara, potencialmente fatal, que se caracteriza por lesões bolhosas intradérmicas e extensas erosões na pele e mucosas. As suas manifestações podem ser induzidas ou exacerbadas pelo consumo de substâncias psicoativas, estando descritos casos em indivíduos com consumo de cocaína inalada. Um estudo relata que cerca de 70% destes doentes tinham anticorpos circulantes dirigidos contra estruturas proteicas, anti-Dsg3 (anti-desmogleína 3) e/ou anti-Dsg1 (anti-desmogleína 1). Em outros casos não se verificou a deposição de IgG, IgA, IgM, C3 e fibrinogénio e, portanto, nessas situações o diagnóstico considerado não foi Pênfigo Vulgar, uma vez que não seria de natureza autoimune, mas sim "doença bolhosa relacionada com a cocaína". Nestes casos relatados em vários estudos, a associação entre o consumo de substâncias e as lesões cutâneas foi confirmada pela rápida melhoria após a descontinuação dos consumos, bem como pelas recaídas graves que se verificaram após a retoma dos mesmos, apesar de se manter terapêutica sistémica.

Psoríase

A Psoríase é uma doença inflamatória crónica, relativamente comum, que também envolve mecanismos autoimunes cuja manifestação mais comum são pápulas ou placas eritematosas bem delimitadas, recobertas por escamas prateadas. Pode estar associada a várias patologias sistémicas, nomeadamente diabetes, trauma, doenças infeciosas, alguns fármacos, maiores níveis de stress, tabagismo e consumo de álcool. Também na Psoríase se verifica um agravamento das lesões cutâneas com o aumento dos consumos, particularmente de álcool. Um estudo conduzido nos EUA, entre 2009 e 2014, concluiu que doentes com diagnóstico de Psoríase têm uma probabilidade significativamente superior de consumir cocaína, heroína e canábis, de forma regular, comparativamente aos participantes sem Psoríase.

Neuromielite Ótica

A Neuromielite Ótica, anteriormente considerada uma variante da Esclerose Múltipla, é atualmente uma entidade distinta, com manifestações que poderão ser dramáticas. Trata-se de uma doença desmieli-



nizante que afeta predominantemente os olhos e a coluna vertebral, mas pode afetar outras estruturas no Sistema Nervoso Central que contenham aquaporina 4 (AQP4), que constitui o principal alvo desta doença. Assim, os astrócitos são danificados pela inflamação mediada pela autoimunidade, bem como pela desmielinização. As suas principais manifestações incluem perda de visão, espasmos musculares, paraparésia, tetraparésia e incontinência. Vários estudos têm sugerido a existência de uma relação entre o consumo de cocaína e a autofagia dos astrócitos e neuroinflamação. Para além disso, verificou-se que a cocaína provoca uma sobre-expressão da AQP4 (o principal alvo do sistema imunitário nesta doença) nos astrócitos de modelos animais. Verificou-se também que os efeitos da cocaína na locomoção, adição e na neurogénese no hipocampo estão atenuados em modelos de ratos onde foi "desativada" a AQP4. A cocaína pode depois atravessar a barreira hematoencefálica por meio de efeitos na permeabilidade vascular mediada pelo fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF). Um dos estudos sobre este tema, datado de 2018, coloca então a hipótese da exposição à cocaína ser um trigger para o desenvolvimento de Neuromielite Ótica. Poderá ser meramente circunstancial ou então colocam a hipótese de a cocaína induzir rutura da barreira hematoencefálica e estender os seus efeitos aos astrócitos, levando ao seu dano. Isto poderá depois resultar em sensibilização imunológica e gerar anticorpos anti-AQP4 em indivíduos suscetíveis

Os efeitos lesivos da cocaína sobre a barreira hematoencefálica estão bem estabelecidos. É também conhecido que a cocaína, como já referido, induz autofagia nos astrócitos, resultando, em última instância, na sua lesão. Poderá também aumentar a expressão da AQP4 e da proteína glial fibrilar ácida (GFAP) nos astrócitos. Acresce ainda que a cocaína pode induzir um estado pró-inflamatório, incluindo libertação de citocinas. Tudo isto – o dano nos astrócitos e a libertação de citocinas – pode desencadear uma resposta imunitária humoral e a sensibilização de células B, que culminam na produção de anticorpos anti-AQP4. Mas são ainda necessárias pesquisas adicionais e estudos de maior escala para um melhor entendimento desta relação.

Mielopatia/Mielite Aguda

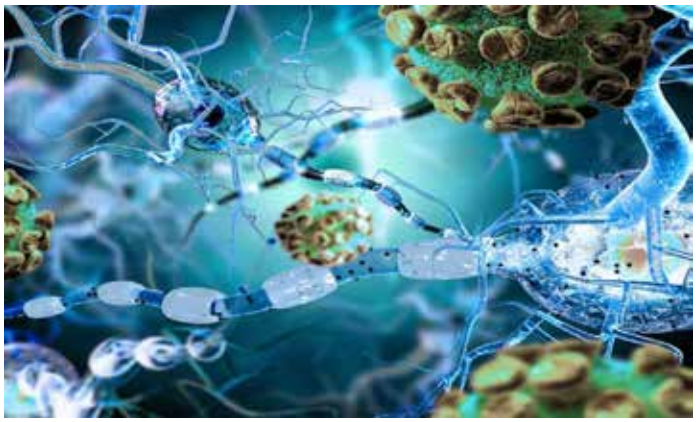
Ainda no espectro da patologia anterior, existe outra entidade, a Mielopatia/Mielite Aguda que se encontra relacionada com o consumo de heroína (e também de cocaína, embora em menor escala). É uma relação que se encontra descrita desde há várias décadas, sendo que o primeiro caso foi reportado em 1968. Consiste num processo inflamatório, de início súbito, com lesão da medula, com predileção pelos segmentos cervicais. É uma complicação rara, porém potencialmente devastadora, com lesão medular que poderá ser permanente. Caracteriza-se por disfunção neurológica aguda, nomeadamente défices motores e de sensibilidade, disfunção autonómica (alterações urinárias, GI, na temperatura corporal, crises hipertensivas). É mais comummente reportada em indivíduos após uma única exposição a heroína endovenosa após um período sem consumos, o que é congruente com a hipótese dessa lesão medular ser imunomediada, ou seja, o resultado de uma reação de hipersensibilidade. Contudo a sua fisiopatologia é ainda é pouco clara. Outra teoria prevalente é a de se tratar de um processo vascular – principalmente nos casos em que ocorre simultaneamente o consumo de cocaína que pode levar a vasoespasmo ou cardioembolismo que, por sua vez, pode resultar em enfarte medular. Não se pode excluir a presença de toxicidade direta do Sistema Nervoso Central e a presença de adulterantes que possam também contribuir para estas entidades clínicas. São necessários mais estudos para se estabelecer uma relação causal mais consistente e para melhorarmos o nosso entendimento desta rara complicação neurológica. Ainda assim, será importante considerarmos como diagnóstico diferencial o consumo de substâncias psicoativas, em adultos jovens com quadros neurológicos agudos, sem aparentes fatores de risco para doenças do Sistema Nervoso Central.

Vasculite do Sistema Nervoso Central induzida por drogas

A Vasculite do Sistema Nervoso Central induzida por drogas é uma entidade rara, porém bem reconhecida. São várias as substâncias psicoativas que podem estar implicadas na sua origem, nomeadamente cocaína, anfetaminas ou canábis. No que respeita à cocaína, pensa-se que esta substância tenha a capacidade de induzir a expressão de algumas moléculas presentes em células dos vasos, bem como a produção de citocinas, efeitos na permeabilidade endotelial, acabando por poder conduzir à disrupção da barreira hematoencefálica. No caso das anfetaminas, o seu efeito de toxicidade no Sistema Nervoso Central está relacionado com a formação de radicais livres, indução de fenómenos inflamatórios e indução de apoptose de algumas células, mas é ainda mais raro do que com a cocaína. No geral, as substâncias psicoativas podem acarretar complicações graves ao nível da circulação cerebral, nomeadamente vasculopatia secundária, hemorragia e formação de aneurismas, principalmente quando a via de administração é parentérica.

Vasculites, Vasculite Associada a ANCA

No universo das Vasculites destaca-se a Vasculite Associada a anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA). Habitualmente, esta condição clínica caracteriza-se por um rash cutâneo, que é uma forma incomum de púrpura – a púrpura retiforme –, por vezes necrotizante e, eventualmente, associada a situações de maior gravidade com leucopenias marcadas. Neste caso em específico, o consumo de cocaína adulterada com levamisole tem sido associado a esta entidade. O levamisol é um fármaco anti-helmíntico comummente utilizado no tratamento de infeções parasitárias, virais e bacterianas. Isto é especialmente impactante nos Estados Unidos da América, onde mais de 70% da cocaína está contaminada com levamisol, pelo facto de isso permitir uma redução dos custos e, em simultâneo, uma exacerbação dos



efeitos da cocaína. Contudo, por outro lado, poderá ele próprio estimular a produção de anticorpos. Para além disso, o uso persistente de cocaína no contexto de uma já existente vasculite sistémica oculta, pode precipitar sintomatologia grave e potencialmente fatal, nomeadamente hemorragia intraperitoneal espontânea.

Síndrome de Susac

Por último, refere-se o Síndrome de Susac. Trata-se de uma doença de etiologia autoimune, rara, que afeta os microvasos do Sistema Nervoso Central, da retina e do ouvido interno, sob a forma de oclusões desses microvasos. Assume-se que existam autoanticorpos contra determinados antigénios presentes nos microvasos dessas estruturas. Mas apesar de ser considerada de natureza autoimune, permanece desconhecido o antigénio específico desta síndrome e, portanto, não se conhecem autoanticorpos específicos. Estas oclusões resultam em alterações no Sistema Nervoso Central que podem manifestar-se sob a forma de sintomas psiquiátricos, sendo que 75% destes doentes apresentam sinais de encefalopatia, incluindo delirium, alterações de comportamento, sintomas psicóticos e perturbações do humor. Uma publicação de 2017 relata um caso clínico de um jovem com dependência de cannabis e abuso de psicoestimulantes, que desenvolveu um quadro psicótico por uma inflamação de vasos do Sistema Nervoso Central. O que permanece desconhecido é se o consumo de substâncias psicoativas poderá ter precipitado o aparecimento da Síndrome de Susac ou se poderá ter desempenhado um papel interativo entre a doença e o início do quadro psicótico. Não só este artigo, mas vários destacam o facto de existirem cada vez mais evidências que associam doenças autoimunes com perturbações psicóticas, sugerindo que alguns dos anticorpos ou citocinas gerados podem ser direcionados a áreas que são críticas para o desenvolvimento de quadros psicóticos. Com este artigo, os autores também pretendem alertar para a existência desta entidade, que deverá ser tida em consideração no diagnóstico diferencial de quadros psicóticos.

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COMO TRATAMENTO SINTOMÁTICO

No outro prato da balança surge o consumo de substâncias como tentativa de aliviar alguma da sintomatologia das doenças autoimunes. E, neste caso, a substância mais relevante é a canábis.

A canábis contém mais de 500 compostos químicos, divididos em 10 subclasses – onde se destacam o THC (tetrahidrocanabinol) e o CBD (canabidiol) – e tem sido utilizada em inúmeras situações clínicas, nomeadamente nas doenças autoimunes. Relativamente aos seus efeitos adversos, são mais prováveis quanto maior for a velocidade com que o THC atinge o cérebro. Esses efeitos são geralmente ligeiros, dose-dependentes e agudos, destacando-se sonolência, tonturas, mucosas secas, vertigens, náuseas, visão turva, taquicardia, alterações GI (diarreia, anorexia, dispepsia) e espasmos musculares. Pelo facto de as evidências da sua eficácia serem ainda escassas, naturalmente serão necessárias investigações adicionais acerca da sua eventual segurança e eficácia.

Como forma de enquadrar a sua influência nas doenças autoimunes, é importante mencionar o sistema endocanabinoide, particularmente os recetores canabinóides 1 e 2 (CB1 e CB2). Os recetores CB2 são frequentemente chamados periféricos, não só porque são encontrados maioritariamente no sistema imunitário, mas também porque a sua ativação é amplamente desprovida de efeitos psicotrópicos. Estão também presentes nas células da glia, condrócitos, osteócitos e fibroblastos – todas elas células com um papel relevante na inflamação que está presente nas doenças autoimunes. A ligação da canábis aos recetores canabinóides acarreta assim vários efeitos no sistema imunitário, diminuindo a ativação e migração das células imunitárias, através da inibição da mobilização das células imunitárias, da indução da apoptose e da supressão da transcrição de fatores e da inibição da libertação de citocinas. De notar que as células B são as células do sistema imunitário que expressam mais recetores canabinóides e, portanto, a ativação desses recetores pode diminuir a produção de anticorpos. Há também um impacto na linhagem de linfócitos T, com diminuição da infiltração e proliferação de células T. Para além disso, atuam diretamente sob a produção e a libertação de algumas citocinas pró-inflamatórias, levando à sua diminuição, nomeadamente a IL-6, IL-17, IL-2, IL-8 e TNF-alfa, e ainda a indução de algumas citocinas anti-inflamatórias.

CONCLUSÃO

A associação entre doenças psiquiátricas, particularmente perturbações por uso de substâncias, e doenças autoimunes e os mecanismos fisiopatológicos subjacentes tem sido objeto de estudo no campo da psiquiatria. Por um lado, o consumo de substâncias psicoativas pode constituir um fator causal/predisponente/desencadeante/exacerbador de doenças autoimunes. Por outro lado, a sua utilização pode ter como objetivo aliviar alguns dos sintomas dessas patologias.

Sendo temas que, apesar de pertinentes, ainda carecem de evidências, será necessário manter a investigação nessa área, com mais estudos e de maior escala, de forma a melhorar e aprofundar os conhecimentos científicos acerca desta associação, bem como no sentido de apurar a segurança e eficácia da utilização destas substâncias, onde se salienta a canábis, no tratamento sintomático destas patologias.

Caros amigos,

Estamos convictos de que estas jornadas vão mostrar que as unidades de saúde para as adições constituem um saber de enorme competência e que, apesar da erosão a que foram sujeitas durante os últimos anos, podem continuar a ser a grande referencia para as intervenções numa área de forte complexidade e de impacto na saúde dos cidadãos e na saúde pública como são os comportamentos aditivos. Momento de reflexão e debate sobre temas que julgamos importantes, num tempo de transformações económico/sociais, ambientais e culturais e por isso mesmo geradores de outros relacionamentos mediados muitas vezes por uma tecnologia assediadora. Somos favoráveis à integração dos vários saberes como forma de construção de novas ideias e modelos de intervenção o que obriga a uma procura de abordagens actualizadas e congruentes com o conhecimento científico do momento.

Sentimos um privilégio em contar com os prestigiados amigos e participantes que se disponibilizaram a estarem presentes neste nosso encontro com o seu saber apenas pela sua amizade e generosidade e por isso lhes estamos muito gratos.

Não podemos esquecer que também estas jornadas constituem um lugar de encontro e partilha de palavras e afectos, que fazem com que nos sintamos mais próximos e fortalecidos na nossa missão de cuidar das pessoas que padecem de problemas ligadas aos comportamentos aditivos.

Bem hajam

A Comissão Organizadora

Programa

Quinta-feira, 4 de maio de 2023

Workshops ***08h30 – 09h00***
Abertura de secretariado e receção de "boas-vindas"

09h00 – 13h00 **SALA ALMEDINA**
Treino de Aptidões Sociais

09h00 – 13h00 **SALA SOFIA**
Entrevista Motivacional

13h00 – 14h30 ***Pausa para almoço***

14h30 – 18h30 **SALA ALMEDINA**
Intervenções nos PLA em Cuidados de Saúde Primários

14h30 – 18h30 **SALA SOFIA**
Psicofarmacologia: terapêuticas de manutenção de substituição opióide

Sexta-feira, 5 de maio de 2023

08h30 – 09h00 **SECRETARIADO**
Receção e entrega de documentação

09h00 – 10h00 **SALA MONDEGO**
Conferência sobre epigenética nas adições

09h00 – 10h00 **SALA ALMEDINA**
Comunicações livres

10h00 – 10h30 **SALA MONDEGO**
Sessão de abertura

10h30 – 10h45 **Pausa**

10h45 – 12h00 **SALA MONDEGO**
Utilização da Cannabis: o que se devia regular?

10h45 – 12h00 **SALA ALMEDINA**
A influência das tecnologias na fase da adolescência

12h00 – 13h00 **SALA MONDEGO**
Simpósio

13h00 – 14h30 **Pausa para almoço**

14h30 – 16h00 **SALA MONDEGO**
Desenvolvimentos na medicina da adição: a investigação e as intervenções terapêuticas

14h30 – 16h00 **SALA ALMEDINA**
Abordagem interdisciplinar nas adições

16h00 – 16h30 **Pausa**

16h30 – 18h00 **SALA MONDEGO**
Hepatites víricas em populações de risco

16h30 – 18h00 **SALA ALMEDINA**
A prevenção e a importância das redes comunitárias

18h00 – 18h30 **SALA MONDEGO**
Sessão de encerramento e entrega do prémio de melhor póster

Informações e secretariado:
João Lourenço Telefone: 239008880
Email: congressoadicoes@gmail.com

Inscrições:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd3vxApms5neFhEasynEZSkJKddqJyqp0RbNVzBijp-Fzn-Q/viewform?usp=sf_link

Regulamento para submissão de abstracts:
https://docs.google.com/document/d/14T2eqgJSg6A50Eo7EEZZsCtJnissm0ao3icFZWaj-oE/edit?usp=sharing

PREVENIR ACIDENTES COM BICICLETAS E TROTINETAS

CHULC E AUTORIDADE NACIONAL DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA ASSINAM PROTOCOLO.

O Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central (CHULC) e a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) assinaram, dia 3 de fevereiro, um protocolo de cooperação, que visa melhorar a informação relativa aos acidentes envolvendo os utilizadores de velocípedes e equiparados, como as trotinetas com motor.

Com a assinatura deste protocolo, o CHULC compromete-se a fornecer informações como a idade, o género, a gravidade das lesões, os traumas sofridos, o local do acidente, os veículos envolvidos, entre outras. Dados que, em complemento com os que são recolhidos pelas forças de segurança, permitirão aprofundar o conhecimento sobre a sinistralidade associada a este tipo de veículos, de modo a desenvolver as medidas mais adequadas para tornar as cidades mais saudáveis e seguras.

Só no ano passado, foram admitidas 995 pessoas na Urgência Geral e Polivalente do CHULC-Hospital de São José devido a acidentes envolvendo trotinetas. E, no mesmo período, deram entrada 359 pessoas no Centro de Responsabilidade Integrado de Traumatologia Ortopédica (CRITO).

Rosa Valente de Matos, presidente do Conselho de Administração do CHULC

"Este protocolo vai permitir ter um conjunto de dados, trabalhá-los, analisá-los e, a partir daí, ter medidas muito concretas. Ligamos muito pouco àquilo que é a prevenção e, por isso, tivemos cerca de mil pessoas que acorreram à nossa urgência [com ferimentos provocados por trotinetas] durante o ano de 2022. Se calhar grande parte destas situações podiam ser evitadas."

João Varandas Fernandes, coordenador do CRITO do CHULC

"Temos de trabalhar, apresentar resultados e que esses resultados sejam encaminhados para que, de facto, a prevenção e as regras que venham a ser estabelecidas sejam eficazes. É esse o nosso contributo. Toda a comunidade médica deste centro hospitalar – o maior do país – está à disposição para colaborar, fornecer dados e, com rigor ético e científico, trabalhar em conjunto."

Rui Ribeiro, presidente da ANSR

"Este protocolo é um bom exemplo de cooperação interinstitucional com o objetivo claro de promover a saúde pública e, neste caso, a segurança rodoviária."

A AUTORIDADE NACIONAL DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA DIVULGA O RELATÓRIO DE SINISTRALIDADE A 24H, FISCALIZAÇÃO E CONTRAORDENAÇÕES DE OUTUBRO DE 2022

A ANSR divulgou no passado dia 8 de fevereiro o relatório de sinistralidade, fiscalização e contraordenações rodoviárias relativo aos primeiros dez meses de 2022.

Entre janeiro e outubro de 2022 registaram-se no Continente e nas Regiões Autónomas 28.456 acidentes de viação com vítimas, de que resultaram 399 vítimas mortais, 2.081 feridos graves e 33.369 feridos leves. Em relação a 2019, ano que a Comissão Europeia considerou como o ano base de referência para efeitos da avaliação da evolução da sinistralidade rodoviária durante a presente década, critério que também foi adotado em Portugal, registaram-se no Continente e nas Regiões Autónomas menos 2.459 acidentes (-8%), menos 41 vítimas mortais (-9,3%), menos 69 feridos graves (-3,2%) e menos 4.028 feridos leves (-10,8%)

Em relação ao Continente, nos primeiros dez meses de 2022 ocorreram 27.259 acidentes com vítimas, dos quais resultaram 392 vítimas mortais, 1.930 feridos graves e 32.009 feridos leves. Comparativamente a 2019, todos os principais indicadores de sinistralidade no Continente diminuíram: menos 2.376 acidentes (-8%), menos cinco nas vítimas mortais (-1,3%), menos 24 nos feridos graves (-1,2%) e menos 3.926 nos feridos leves (-10,9%).

Face ao período homólogo de 2021, ano em que ainda se verificaram quebras na circulação rodoviária face a 2019, num contexto de pandemia, observaram-se aumentos em todos os principais indicadores no Continente: mais 3.477 acidentes (+14,6%), mais 66 vítimas mortais (+20,2%), mais 209 feridos graves (+12,1%) e mais 4.204 feridos leves (+15,1%). De salientar que, relativamente a 2021, tem vindo a registar-se em 2022 um aumento da circulação rodoviária com o correspondente acréscimo no risco de acidente, como se pode concluir do aumento de 9,8% no consumo de combustível rodoviário até outubro, de acordo com dados da Direção-Geral de Energia e Geologia, do crescimento de 30% no tráfego das autoestradas registado no primeiro semestre (fonte APCAP).

A colisão foi a natureza de acidente mais frequente (52,3% dos acidentes), com 39,8% das vítimas mortais e 43,8% dos feridos graves. Os despistes, que representaram 35% do total de acidentes, corresponderam à principal natureza de acidente na origem das vítimas mortais (47,2%).

Apesar de 21,7% dos acidentes terem ocorrido fora das localidades, as vítimas mortais representaram 54,6% do total, um crescimento de 52,9% face ao período homólogo. O índice de gravidade dentro das localidades situou-se em 0,83 até outubro 2022 (0,98 no período homólogo de 2021), enquanto fora das localidades ascendeu a 3,62, com significativo agravamento face a 2,94 no ano anterior.

Quanto ao tipo de via, verificou-se que nos arruamentos (62,8% dos acidentes e 30,9% das vítimas mortais) as vítimas mortais aumentaram 13,1% e os feridos graves subiram 16% face ao período homólogo. Nas estradas nacionais, onde ocorreram 19,4% dos acidentes e 32,4% das vítimas mortais, registaram-se também aumentos nas vítimas mortais e feridos graves (+16,5% e +7,7%, respetivamente).

No que respeita à categoria de utente, considerando as vítimas mortais, 66,8% do total eram condutores, enquanto passageiros e peões corresponderam a 19,9% e 13,3%, respetivamente. Em termos de variação homóloga, nas vítimas mortais verificaram-se aumentos em todas as categorias de utentes, sobretudo nos passageiros (+52,9%), de 51 em 2021 para 78 em 2022. Relativamente ao número de feridos graves, o aumento mais significativo ocorreu também nos passageiros (+26,3%). Os peões registaram aumentos de 18,2% nas vítimas mortais e de 9,4% nos feridos graves.

Em relação à categoria de veículo interveniente nos acidentes, os automóveis ligeiros corresponderam a 71,1% do total, com um aumento de 14,3% relativamente ao período homólogo de 2021, sendo ainda de referir as subidas verificadas nos veículos pesados (+15,2%), ciclomotores e motociclos (+14,3%). Considerando as vítimas por categoria de veículo nos primeiros dez meses de 2022, verificou-se que 54,6% do total de vítimas deslocava-se num veículo ligeiro, enquanto 24,8% circulava em ciclomotores ou motociclos e 7,2% em velocípedes.

Entre janeiro e outubro de 2022, 51,3% do número de vítimas mortais registou-se na rede rodoviária sob a responsabilidade da Infraestruturas de Portugal (45,4%) e Brisa (5,9%). Quanto à fiscalização de veículos e condutores, bem como processos contraordenacionais, salienta-se:

Nos primeiros dez meses de 2022 foram fiscalizados 108,1 milhões de veículos, quer presencialmente, quer através de meios de fiscalização automática, tendo-se verificado um aumento de 8,5% em relação ao período homólogo de 2021. A GNR e a PSP registaram decréscimos de 13,4% e 13,0%, respetivamente. Salienta-se o crescimento de 11,3% no sistema de radares SINCRO gerido pela ANSR.

As infrações ascenderam a 983,6 mil, o que representa um acréscimo de 1,4% face ao ano anterior.

A taxa de infração (n.º de infrações/n.º de veículos fiscalizados) foi de 0,77%, uma redução de 15,8% face à taxa de 0,91% registada em 2021.

Relativamente à tipologia de infrações, 67,8% do total registado nos primeiros dez meses de 2022 foi referente a excesso de velocidade. Verificou-se diminuição em quase todas as tipologias de infrações, sendo de realçar a redução de 17,2% pela utilização do telemóvel, a diminuição de 14% pela não utilização de sistemas de retenção para crianças e diminuição de11,6% pela não utilização do cinto de segurança. Contudo, a condução sob efeito de álcool evidenciou um aumento expressivo (+37,7%), mas em grande medida como consequência da queda acentuada do ano anterior.

Quanto ao excesso de velocidade, a taxa de infração (n.º de infrações de velocidade/n.º de veículos fiscalizados) aumentou 3,6%, de 0,53% em 2021 para 0,55% em 2022.

No que diz respeito à condução sob o efeito do álcool, de janeiro a outubro de 2022, foram submetidos 1,2 milhão de condutores ao teste de pesquisa de álcool, o que representa um aumento de 10,1% comparativamente a 2021. A taxa de infração (n.º de infrações por álcool/n.º de testes efetuados) variou de 1,6% nos primeiros dez meses de 2021 para 2% no período homólogo de 2022.

A criminalidade rodoviária, medida em número total de detenções, aumentou 25,4% no período em análise por comparação com 2021, atingindo 26,1 mil condutores. Do total, 54,8% deveu-se à condução sob o efeito do álcool, seguindo-se 33,8% por falta de habilitação legal para conduzir.

O número de condutores que perderam pontos na carta de condução foi de 516,6 mil, até final de outubro de 2022.

Desde a entrada em vigor do sistema de carta por pontos, em junho de 2016, 2.328 condutores ficaram com o seu título de condução cassado. O relatório de sinistralidade e fiscalização rodoviária relativo aos dez primeiros meses do ano de 2022, divulgado pela ANSR, pode ser consultado no site da ANSR (www.ansr.pt)

CÂMARA MUNICIPAL DE MATOSINHOS DOA VIATURA À ASSOCIAÇÃO LOCAL ASSUS

A Câmara Municipal de Matosinhos cedeu uma viatura à Associação de Solidariedade Social da Urbanização do Seixo, reconhecendo o importante papel que a instituição desempenha no concelho. No ato, Luísa Salgueiro, autarca de Matosinhos, destacou a importância da realização de parcerias com instituições com forte implantação territorial que intervêm na área social e da inclusão.

Este é mais um ato que revela uma política inclusiva no município de Matosinhos. É com essa intenção que marcou presença?

Luísa Salgueiro – Sim, nós entregámos esta viatura à Associação de Solidariedade Social da Urbanização do Seixo porque é uma associação que tem um trabalho notável a favor da comunidade, que serve não só mas essencialmente este núcleo habitacional muito denso e entendemos que o trabalho social e a inclusão de que Matosinhos precisa deve ser feito com base nestas instituições, que têm uma forte implantação territorial. E nós não queremos substituir-nos às instituições. Pretendemos que sejam cada vez mais robustas e empoderadas para continuarem a servir a sociedade e, pontualmente, atribuímos estes apoios extraordinários, como é o caso desta carrinha que dotará a instituição de melhores meios materiais para servir os seus públicos.

Hoje, vemos aqui muitas crianças, o futuro de Matosinhos e do país... por outro lado, temos os idosos e, se hoje temos mais esperança de vida, nem sempre a mesma significa qualidade de vida. Que importância assume a autarquia quanto à inversão desta realidade?

LS – É um desígnio municipal e nacional. O país tem envelhecido muito rapidamente, não conseguimos alargar os dados da natalidade e, se ficamos satisfeitos face ao aumento da esperança de vida, precisamos de compensar isso com o nascimento de crianças. O país não é atrativo para as mulheres e é preciso garantir que haja acesso às creches, como agora que se estão a tornar gratuitas, é preciso conciliar a vida profissional com a familiar, é muito difícil ser mulher e ocupar funções de responsabilidade. Portanto, é cada vez mais duro conseguir essa conciliação e compete-nos também a nós fazê-lo e, quando não é possível conseguir a inversão da pirâmide etária, temos de dar respostas como fazemos. As populações mais velhas são cada vez mais dependentes e temos de permitir que as pessoas fiquem nas suas casas. A nossa rede de cuidadores, que só não é maior porque não temos mais profissionais para recrutar, tem de dar conforto às pessoas para que continuem até ao fim dos seus dias nas suas casas, com todos os cuidados. Isso implica investimento e despesa e as autarquias não têm financiamento para isso e é extraordinário que seja através dos seus próprios orçamentos que estão a garantir essa resposta. Em Matosinhos, não deixaremos de o fazer.

Sendo a governação de proximidade fundamental, será também esta a materialização da atribuição de competências aos municípios?

LS – Sim, nós conhecemos melhor a realidade das pessoas e dos territórios e, com os mesmos recursos, conseguiremos seguramente responder melhor. É isso que estamos a fazer, agora na área social em termos nacionais, Matosinhos já assumiu essas competências desde abril de 2022, assim como na área da educação. A população é a mais beneficiada com a descentralização. Não são os autarcas nem os governos. É conseguir que problemas que ainda estão por sanar possam finalmente ter uma resolução. É fácil perceber se for ao antigo edifício da Câmara Municipal, na rua Brito Capelo, vê as centenas de pessoas que já ali foram atendidas com resposta na hora. Não é preciso ficar a aguardar por uma decisão do centro distrital ou de Lisboa. A pessoa identifica uma necessidade, nós temos um orçamento próprio e decidimos no dia, o que se traduz num grande acréscimo de qualidade de serviço, o que é essencial na relação com as pessoas.

SECRETÁRIA DE ESTADO DESTACA IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO NA ÁREA DA ONCOLOGIA

A resposta na área da oncologia apresenta indicadores muito positivos em Portugal, mas ainda é preciso melhorar o circuito, desde a fase da prevenção da doença até ao acesso a medicamentos inovadores. A ideia foi partilhada pela Secretária de Estado da Promoção da Saúde, Margarida Tavares, que falava esta sexta-feira, dia 3 de fevereiro, numa sessão organizada pela Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, para assinalar a Comemoração do Dia Mundial de Luta Contra o Cancro.

Na sua intervenção, a Secretária de Estado reforçou que "temos excelentes programas e estratégias", reconhecendo, ainda assim, que é possível adaptar melhor a implementação do terreno às diferentes realidades nacionais. "Precisamos de reforçar a efetividade do programa e para isso precisamos de mais ferramentas, autonomia, capacidade de adaptação e abrangência", frisou.

Para Margarida Tavares, a área da Promoção da Saúde é crítica, com Portugal a precisar de "dar mais saúde à vida", já que a evolução da qualidade de vida não tem acompanhado a sobrevida em igual proporção. "Sem promoção da saúde não há serviço nem sistema que vá conseguir responder às necessidades dos doentes", asseverou.

A governante elencou alguns desafios para o futuro do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente a melhoria das respostas regionais para aumento da equidade da resposta. "Temos de ter uma rede inteligente e de qualidade", afirmou, sublinhando que "o desafio da Direção Executiva é levar o Serviço Nacional de Saúde de forma mais efetiva e igual a todo o território".

Sobre a área do medicamento, a Secretária de Estado disse que as novas terapêuticas são cruciais para melhorar os resultados em oncologia, mas lembrou que enfrentamos também o "desafio da sustentabilidade no tratamento" – considerando que esse desafio só pode ser ultrapassado com "a partilha de risco e com uma negociação com uma posição forte do SNS na defesa do interesse dos nossos doentes".

Margarida Tavares lembrou que a oncologia é uma área muito sensível e que merece uma atenção especial em todas as decisões. Neste contexto, defendeu a importância dos rastreios e comprometeu-se com o seu alargamento, testando, por exemplo, algumas soluções com projetos piloto, mas reforçou que é preciso cautela em alguns dossiers, em que o sofrimento trazido ao doente pode superar eventuais ganhos.

Na sessão foram apresentados os dados da atividade de 2021 e 2022 dos rastreios de base populacional já implementados em Portugal, e o "Relatório do Censos de Recursos em Oncologia 2021".

Os "Novos Rastreios Oncológicos de Base Populacional" (Cancro do Pulmão, Cancro do Estômago e Cancro da Próstata), preconizados na nova recomendação europeia emitida pelo Conselho da União Europeia em dezembro de 2022, em alinhamento com o Europe´s Beating Cancer Plan, foram outros dos temas da sessão.

O evento contou, ainda, com a participação da Agência de Investigação Clínica e Investigação Biomédica (AICIB), que fez uma apresentação sobre "Investigação em Oncologia".

ANGOLA E MOÇAMBIQUE ADEREM À INICIATIVA PARA ERRADICAR SIDA EM CRIANÇAS ATÉ 2030

© Unicef/Karin Schermbrucker

Phiona trabalha num posto de saúde em Uganda para treinar e apoiar mães a dar à luz bebês livres de VIH

Declaração de Dar-es-Salaam foi endossada, por unanimidade, durante reunião ministerial da Aliança Global para acabar com a doença em crianças; em 2021, 160 mil menores foram infetados com o VIH; 15% de todas as mortes foram de crianças.

Ministros e representantes de 12 países africanos fizeram um compromisso e traçaram planos para acabar com a Sida infantil até 2030. Na lista encontram-se Angola e Moçambique.

Atualmente, em todo o mundo, um menor morre de causas relacionadas à doença a cada cinco minutos.

© Unicef/Dejongh

Uma mulher grávida de 20 anos que nasceu com VIH toma medicamentos para prevenir a transmissão de mãe para filho.

Acesso a tratamento

A Declaração de Dar-es-Salaam sobre o fim da Sida em crianças foi endossada por unanimidade, na Tanzânia, na primeira reunião ministerial da Aliança Global para acabar com a Sida infantil.

A meta é garantir que todos os menores com VIH tenham acesso a tratamento e que as mães soropositivas tenham bebês sem VIH eliminando a chamada transmissão vertical.

Os países com alta carga de VIH que aderiram à aliança na primeira fase são: Angola, Camarões, Cote d'Ivoire ou Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Quênia, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

A Aliança, criada em julho de 2022, trabalhará para impulsionar o progresso nos próximos sete anos, para garantir que a meta de 2030 seja cumprida. Na reunião, parceiros internacionais definiram como apoiariam os países no cumprimento desses planos.

Unicef/Karin Schermbrucke

Atualmente, 38 milhões de pessoas vivem com o vírus da Sida.

Plano de ação

Em parceria com redes de pessoas vivendo com VIH e líderes comunitários, os ministros apresentaram seus planos de ação para ajudar a encontrar e fornecer testes a mais mulheres grávidas e encaminhá-las para tratamento. Os planos também envolvem encontrar e cuidar de bebês e crianças vivendo com VIH.

Apenas metade das crianças que vivem com VIH estão em tratamento para salvar vidas, muito atrás dos adultos, dos quais três quartos estão recebendo antirretrovirais.

Em 2021, 160 mil crianças adquiriram VIH. Elas representaram 15% de todas as mortes relacionadas à Aids, apesar do fato de que apenas 4% do número total de pessoas vivendo com VIH são crianças.

O trabalho será centrado em quatro pilares:

- Testes precoces e tratamento e cuidados ideais para bebês, crianças e adolescentes;
- Fechar a lacuna de tratamento para mulheres grávidas e lactantes vivendo com VIH, para eliminar a transmissão vertical;
- Prevenção de novas infeções por VIH entre adolescentes e mulheres grávidas e lactantes;
- Abordar os direitos, a igualdade de gênero e as barreiras sociais e estruturais que dificultam o acesso aos serviços.

A diretora executiva do Programa Conjunto da ONU sobre VIH/Sida, Unaids, disse que os líderes estabeleceram o compromisso com a ação necessária para corrigir a desigualdade das crianças que vivem com VIH.

Winnie Byanyima reforça que "nenhum bebê precisa nascer com VIH ou ser infectado durante a amamentação, e nenhuma criança vivendo com VIH precisa ficar sem tratamento".

Já o Fundo das Nações Unidas para Infância, Unicef, prometeu apoio. A diretora associada do Unicef, Anurita Bain declarou que "toda criança tem direito a um futuro saudável e promissor, mas para mais da metade das crianças que vivem com VIH, esse futuro está ameaçado".

Progressos

No mundo, 16 países e territórios já foram certificados para validação da eliminação da transmissão vertical do VIH e/ou sífilis.

No ano passado, Botswana foi o primeiro país africano com alta prevalência de VIH a ser validado como estando no caminho para eliminar a transmissão vertical do VIH.

Isso significa que o país teve menos de 500 novas infecções por VIH entre bebês por 100 mil nascimentos. A taxa de transmissão vertical no país era de 2% contra 10% há uma década.

TRANQ DOP
(NSP) UM SEDATIVO ANIMAL MISTURADO COM FENTANIL TRAZ NOVO TERROR PARA AS ZONAS DE DROGAS DOS EUA

UM TRANQUILIZANTE VETERINÁRIO CHAMADO XILAZINA ESTÁ A INFILTRAR-SE NAS DROGAS DE RUA, APROFUNDANDO O CONSUMO, CAUSANDO FERIMENTOS TÃO GRAVES QUE ALGUNS RESULTAM EM AMPUTAÇÃO.

Lokman Vural Elibol/Anadolu Agency via Getty Images

Segundo um artigo do New York Times, um sedativo animal está a infiltrar-se nas drogas de rua nos Estados Unidos, provocando o apodrecimento da pele dos consumidores

Depois do fentanil, o opiáceo responsável por cerca de 100 mil mortes nos Estados Unidos em 2022, há outra droga a alarmar as autoridades. Esta, para além de provocar um profundo estado de alienação, resulta na necrose da pele. Úlceras e abcessos irrompem na pele dos consumidores numa crosta escamosa que, se não for tratada, pode levar à amputação do membro afetado. "Agora há buracos nas minhas pernas e nos meus pés", conta Sam, de 28 anos à Sky News.

O "Tranq", como é conhecido nas ruas dos EUA, ou "anestesia de cavalo", em Porto Rico, é uma mistura de xilazina e fentanil. O propósito desta mistura injetável é o possível prolongamento dos efeitos sedativos. A xilazina, um tranquilizante veterinário utilizado em gado, afeta o sistema nervoso central causando sonolência, amnésia e uma baixa na frequência cardíaca e na pressão arterial. Já o fentanil é um analgésico, que, quando utilizado indevidamente, induz um estado de euforia. A toma de opiáceos em combinação com xilazina e outros depressores do sistema nervoso central, como o álcool ou antidepressivos, aumenta significativamente o risco de overdose.

Sam menciona ainda que os centros de reabilitação não estão a conseguir combater a crise provocada pelo consumo de xilazina: "Estes lugares não desintoxicam para o tranq porque não estão a conseguir acompanhar a evolução dos acontecimentos".

"Estive limpa durante oito anos. Depois tive uma recaída há dois anos. Estava a trabalhar num centro de reabilitação quando um cliente masculino, que era obcecado por mim, invadiu o meu apartamento e tentou matar-me", descreve Danielle ao site da estação britânica, que publicou recentemente uma grande reportagem sobre o tema.

"Eu preciso de ser preso ou colocado num centro de reabilitação bem longe de Kensington. Preciso apenas de sair daqui. Este lugar destrói tudo o que há de bom", relata, por seu lado, Zach, um veterano da Guerra no Iraque.

Kensington é considerado um dos bairros mais perigosos de Filadélfia. "Vêem-se aqui pessoas que são como uma concha. Estão a viver a sua vida dois minutos de cada vez porque é só isso que importa.", observa Sam. "Já fui ameaçada com facas no comboio. Ontem, estive a chorar o dia todo. Não tenho ideia do que fazer.", queixa-se Danielle.

O uso de xilazina nos Estados Unidos estava geralmente limitado a Porto Rico, porém, nos últimos anos, Filadélfia, no estado da Pensilvânia, é o epicentro do consumo desta substância – mais de 90% das substâncias ilegais testadas em 2021 continham o tranquilizante.

A utilização alargada da xilazina pode ter sido impulsionada, em parte, pelo seu baixo custo e pela fraca aplicação da lei, uma vez que não é uma substância controlada em humanos. Assim, é difícil de avaliar com certeza a amplitude do uso de xilazina ou o verdadeiro número de overdoses. O aparecimento da xilazina como droga recreativa nos Estados Unidos parece seguir o mesmo caminho que o fentanil, começando no nordeste, com alastramento ao sul, e só depois a oeste.

Médicos e investigadores afirmam ser necessária uma mudança de abordagem para responder à crescente prevalência da xilazina nas drogas de rua. Ainda não existem testes rápidos como as tiras de deteção do fentanil. Embora profissionais de saúde sublinhem que substâncias como a naloxona são eficazes para combater os opiáceos em overdoses de misturas de drogas, estas não revertem os efeitos da xilazina. Devido a isso, alguns especialistas advogam a criação locais de consumo supervisionado de forma a estudar o efeito da xilazina em humanos.

O abuso de álcool e drogas são grandes desafios de saúde pública nos Estados Unidos. Recentemente, contabilizaram-se mais de 2,7 milhões de cidadãos americanos que consomem drogas ilícitas ou usam medicamentos sujeitos a receita médica indevidamente.

Programa Provisório

XXXIII Encontro das Taipas – (Con)Tradição
Fundação Calouste Gulbenkian

Dia 13 de Abril de 2023

09h30 – 10h00 – Sessão de Abertura
Miguel Vasconcelos (Psiquiatra e Coordenador Técnico da UD/ Centro das Taipas, DICAD, ARSLVT)
Luís Pisco (Presidente da ARSLVT, IP) (a confirmar)
Manuel Pizarro (Ministro da Saúde) (a confirmar)

10h00 – 11h00 – Conferência 1: "Visitando la ciudad de las esquinas" - Jesús Cartelle (Psiquiatra Galego)
Moderadora: Teresa Sustelo (Psiquiatra e Presidente do Conselho Diretivo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)

11:00h – 11h30 – Intervalo

11h30 – 13h00 – Mesa 1: (Con)Tradições com Álcool
(palestrante a confirmar)
Rui Tato Marinho (Gastroenterologista e Hepatologista. Hospital Universitário de Santa Maria)
Moderador: Manuel Cardoso (Médico do SICAD)

13h00 – 14h30 – Almoço

14h30 – 15h30 – Mesa 2: (Con)Tradição de Género
Nelson Ramalho (Antropólogo)
Filipe Couto Gomes (Psiquiatra no Divergente)
Chiara Pussetti (Antropóloga e Filosofa)
Gabriela Oliveira (GAT Intendente)
Moderador: Filipe Couto Gomes (Psiquiatra no Divergente)

16h00 – 17h00 – Mesa 3: (Con)Tradições de Violência
Ângelo Fernandes (Psicólogo, Quebrar o Silêncio)
Henrique Barreto (Psicólogo, Chefe de Serviço de Psicologia do CHLO)
Moderadora: Patrícia Câmara (Psicóloga)

Dia 14 de Abril de 2023

09h30h – 10h30 – Conferência 2: "Buprenorfina de libertação prolongada, aplicações e interações" – Ana Henche
(Médica na Unidad de Conductas Adictivas de Toledo)
Moderador: Rodrigo Coutinho (Psiquiatra da ET Xabregas)

10h30h – 11h00 – Intervalo

11h00 – 13h00 – Mesa 4: (Con)Tradições Jovens
Elsa Belo (directora técnica da associação Ares do Pinhal)
(palestrante a confirmar)
Moderador: (palestrante a confirmar)

13h00 – 14h30 – Almoço

14h30 – 15h30 – Mesa 5: (Con)Tradições de Consumo Vigiado
Paulo Caldeira (Serviço de Apoio Integrado)
(palestrante a confirmar)
Moderador: (palestrante a confirmar)

15h30 – 17h00 – Con)Tradições da Cidade
Álvaro Domingues (Geógrafo)
Tiago Mota Saraiva (Arquiteto)
Moderadora: Helena Gonçalves Pinto (Investigadora, HTC-CFE)

17h00 – 17h30 – Sessão de Encerramento
João Goulão (Médico e Diretor Geral do SICAD)
Joaquim Fonseca (Psicólogo e Coordenador da DICAD, ARSLVT) (a confirmar)
Miguel Vasconcelos (Psiquiatra e Coordenador Técnico da UD / Centro das Taipas,DICAD, ARSLVT)

Comissão Organizadora:
Ana Margarida / Filipe Antunes / João Domingues / Maria Salgado / Miguel Vasconcelos / Nélia Gonçalves / Teresa Alcântara
UD/Centro das Taipas / DICAD - Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (ARSLVT)

Av.do Brasil nº 53 - Pavilhão 21 B - 1749-002 Lisboa / Tel: 211 119 200 Email:33encontrodastaipas@gmail.com