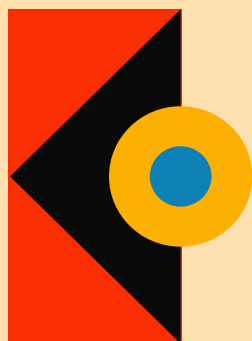


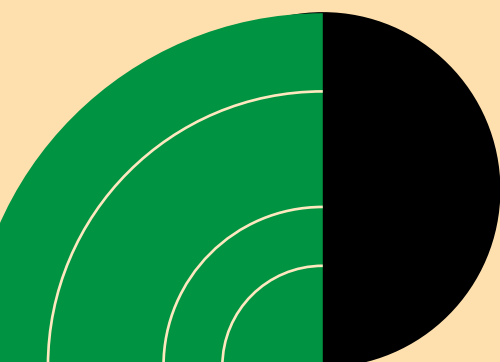
# dependências

---

## **ESTATUTOS E ORGANIZAÇÃO INTERNA DO ICAD IP APROVADOS**



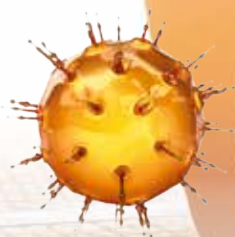
**LISBON ADDICTIONS 2024:  
ICAD LANÇA DESAFIO  
AOS INVESTIGADORES  
NACIONAIS NA ÁREA DOS CAD**



**FUNDAÇÃO PORTUGUESA A  
COMUNIDADE LUTA CONTRA A SAÍDA:  
PROJETO 3 I'S FAZ "ZOOM"  
RUMO À MICROELIMINAÇÃO  
DO VHC E VIH**



PORTUGAL ADERIU AO COMPROMISSO  
DA OMS PARA A **ELIMINAÇÃO DO VHC ATÉ 2030**<sup>1</sup>



A HEPATITE C  
PODE SER  
**CURADA**  
ATUE JÁ

**DIAGNOSTIQUE | REFERENCIE**

Dê o primeiro passo para a cura



1. Programa nacional para as hepatites virais 2019. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)  
OMS: Organização Mundial de Saúde; VHC: Vírus da Hepatite C.





# QUALQUER SEMELHANÇA DA PIDE/DGS COM O “MP” É PURA COINCIDÊNCIA

Sérgio Oliveira, director

Prender para investigar é um comportamento ignóbil. E faz-nos recordar os horrorosos tempos da ditadura fascista, que humilhava, despia, prendia, torturava e matava milhares de homens e mulheres indefesos que se opunham a um dos regimes mais tenebrosos que fomos obrigados a suportar.

Perseguições, escutas telefónicas e denúncias anónimas bastavam para enviar para a cadeia todos aqueles que se opunham a um pensamento único. Estamos a falar da PIDE/DGS, um grupo de energúmenos, ambiciosos e dementes justiceiros que dentro do Ministério do Interior (MI), tinha poderes para neutralizar qualquer cidadão considerado perigoso para o regime e enviá-lo para prisão sem culpa formada. Era o caos, a humilhação e o terror.

Hoje, apesar do regime democrático em que vivemos, apesar dos direitos, liberdades e garantias que a Constituição da República nos garante, estamos a viver um dos mais negros tempos da nossa história, perseguidos por uma “seita raivosa sedenta de vingança”.

Apesar de consagrado o direito de que ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanas, o Ministério Público vigia, escuta e viola a nossa liberdade, plasmando na praça pública toda a nossa vida e, mais grave ainda, sem que as vítimas dessas práticas tenham sido sujeitas ainda a qualquer julgamento. Já não podemos falar com os amigos, colegas, ou família sem sermos escutados. É a nossa vida nas mãos de um conjunto de seres incapazes, macambúzios e invejosos, que destroem a vida das pessoas sem responderem pelos seus ignóbeis atos.

Onde está a separação de poderes, a ética, a presunção de inocência, o direito à confidencialidade e à defesa, os valores da democracia e de uma justiça que continua a ser marcada por uns quantos senhores despeitados e rejeita-

dos da sociedade que, por ideologia e conveniência partidária, vaidades, egos inflamados e jogos de poder, insistem em vasculhar a vida das pessoas, denunciar e prender sem provas para alimentar o seu ego e ódio doentio...

Não sei se ainda estarão vivos alguns elementos da PIDE/DGS, mas sei que vivemos hoje momentos altamente preocupantes sobre a forma e conteúdos pidescos no nosso regime democrático que, mais que a devassa da vida privada de cada um de nós, está na forma eficaz como o MP substitui os tribunais pela comunicação social, acusando na praça pública todo e qualquer cidadão, sem qualquer condenação, nem o mínimo respeito pela presunção de inocência, direito universal e que, apesar de consagrado no nosso regime democrático, a verdade é que os nossos “justiceiros” se apresentam como os arautos da pureza intelectual, utilizando os mais básicos preconceitos e práticas, prendendo pessoas durante a noite, vasculhando as suas casas e locais de trabalho, apresentando as pessoas à comunicação social como culpados sem provas, num espetáculo humilhante e degradante.

Infelizmente, estes justiceiros continuam a viver na impunidade, não são julgados pela maledicência irresponsável e incompetente dos seus atos (?) de denuncia anónima (?) e abjeta causando perdas irreparáveis à pessoa e uma dor e angústia às suas famílias, que ficarão irremediavelmente manchadas na sua dignidade.

Se os justiceiros, que nada têm que ver com a justiça, continuam a “reinar” na impunidade dos seus malévolos atos, os tribunais não podem continuar a fingir a sua cegueira e, em nome da democracia, da liberdade e da justiça está na hora de julgar os culpados. Ninguém poderá ficar impune à justiça, mesmo os algozes justiceiros violadores da liberdade e da democracia. Haja Justiça para combatermos mais este “mistério” público

**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](http://www.dependencias.pt)**



# ICAD

Instituto para os Comportamentos  
Aditivos e as Dependências, I.P.



## Portaria n.º 6-A/2024 de 4 de janeiro

O Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, veio definir a missão, as atribuições e os traços estruturantes da organização do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P., abreviadamente designado ICAD, I. P., enquanto instituto público.

Com a criação do ICAD, I. P., pretende-se reforçar a capacidade do Estado no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências, através da integração das competências de planeamento, coordenação e intervenção, assim cumprindo um desígnio consagrado no Programa do XXIII Governo Constitucional.

Importa agora, no desenvolvimento do diploma orgânico do ICAD, I. P., determinar a sua organização interna através da aprovação dos respetivos estatutos, o que se revela necessário face ao início de atividade do ICAD, I. P., concomitante com a entrada em vigor da Lei do Orçamento do Estado para 2024.

Assim:

Ao abrigo do n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, que aprova a lei-quadro dos institutos públicos, na sua redação atual, e do artigo 10.º do anexo i ao Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, manda o Governo, pelo Ministro das Finanças, pela Secretária de Estado da Administração Pública e pela Secretária de Estado da Promoção da Saúde, o seguinte:

### Artigo 1.º

#### Objeto

São aprovados os Estatutos do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P., abreviadamente designado por ICAD, I. P., publicados em anexo à presente portaria e da qual fazem parte integrante.

### Artigo 2.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

### Artigo 2.º

#### Produção de efeitos

A presente portaria produz efeitos nos termos definidos no artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro.

O Ministro das Finanças, Fernando Medina Maciel Almeida Correia, em 29 de dezembro de 2023. - A Secretária de Estado da Administração Pública, Inês Pacheco Ramires Ferreira, em 3 de janeiro de 2024. - A Secretária de Estado da Promoção da Saúde, Margarida Fernandes Tavares, em 4 de janeiro de 2024.

#### ANEXO

**Estatutos do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.**

### Artigo 1.º

#### Sede e instalações

1 - O Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P., abreviadamente designado por ICAD, I. P., tem sede em Lisboa.

2 - Os núcleos de intervenção regional que venham a ser criados por deliberação do conselho diretivo do ICAD, I. P., são instalados em capitais de distrito.

3 - O local de instalação das unidades de intervenção local em comportamentos aditivos e dependências (UIL-CAD) é definido na deliberação do conselho diretivo do ICAD, I. P., que as cria.

### Artigo 2.º

Organização interna

1 - A organização interna do ICAD, I. P., é constituída por unidades orgânicas nucleares e unidades orgânicas flexíveis, nos seguintes termos:

- a) A nível central, são constituídos três departamentos e quatro gabinetes na dependência hierárquica do conselho diretivo do ICAD, I. P., podendo ainda ser criadas, modificadas ou extintas até seis unidades orgânicas flexíveis na dependência hierárquica dos departamentos;
- b) A nível regional, podem ser criados, por deliberação do conselho diretivo do ICAD, I. P., até cinco núcleos de intervenção regional, com a natureza de unidades orgânicas flexíveis, na dependência hierárquica do conselho diretivo do ICAD, I. P.;
- c) A nível local, integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), são constituídas até 34 UIL-CAD, unidades funcionais desconcentradas com a natureza de unidades orgânicas flexíveis, na dependência hierárquica do conselho diretivo do ICAD, I. P.

2 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, a nível central pode ainda ser criada, na dependência do conselho diretivo, uma unidade orgânica flexível, para, no âmbito do sistema de controlo interno, assegurar a implementação dos mecanismos de avaliação do respetivo programa de cumprimento normativo, nos termos do previsto no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

3 - Os departamentos são dirigidos por um diretor, cargo de direção intermédia de 1.º grau, os gabinetes e as unidades orgânicas flexíveis são dirigidas por coordenadores, cargos de direção intermédia de 2.º grau.

4 - Para efeitos do n.º 6 do artigo 2.º do anexo i do Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, aos coordenadores das UIL-CAD é atribuído o estatuto remuneratório equiparado a cargo de direção intermédia de 2.º grau, sem prejuízo de poderem optar pela respetiva remuneração base devida na situação jurídico-funcional de origem.

### **Artigo 3.º**

#### **Estrutura nuclear**

São unidades orgânicas nucleares:

- a) O Departamento de Intervenção Integrada;
- b) O Departamento de Investigação, Monitorização e Comunicação;
- c) O Departamento de Administração de Recursos;
- d) O Gabinete de Apoio à Gestão, Planeamento, Inovação e Qualidade;
- e) O Gabinete das Relações Internacionais e Cooperação;
- f) O Gabinete de Coordenação da Intervenção em Dissuasão;
- g) O Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação.

### **Artigo 4.º**

#### **Departamento de Intervenção Integrada**

1 - Ao Departamento de Intervenção Integrada, abreviadamente designado por DII, compete:

- a) Planear, promover e avaliar os programas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção social, no âmbito do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;

- b) Participar na definição e acompanhar a implementação das linhas de orientação técnica e normativa para a intervenção nas áreas dos comportamentos aditivos e das dependências;
- c) Planear, promover e desenvolver a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, designadamente através da implementação de uma rede de referência específica;
- d) Apoiar o conselho diretivo na articulação com a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.), e as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional, I. P. (CCDR, I. P.), tendo em vista o planeamento dos recursos necessários à prestação de cuidados de saúde no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências;
- e) Coordenar a atividade realizada pelas entidades parceiras responsáveis pela operacionalização das políticas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção social;
- f) Participar na elaboração de instrumentos de gestão do ICAD, I. P.;
- g) Promover a implementação de respostas integradas, no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), através de parcerias com instituições privadas;
- h) Propor medidas de prevenção ambiental e dissuasoras dos comportamentos aditivos e dependências, apoiando e acompanhando medidas legislativas e administrativas;
- i) Garantir os procedimentos necessários para estabelecer programas ou cartas de compromisso com as UIL-CAD, apoiando a articulação do conselho diretivo com a Administração Central dos Sistemas de Saúde, I. P., e com a DE-SNS, I. P.;
- j) Gerir os contratos de convenção com as unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das dependências e comportamentos aditivos;
- k) Apoiar a introdução de novos métodos de organização do trabalho, visando a partilha de conhecimento, a distribuição de responsabilidades e a colaboração interna e com parceiros externos;
- l) Colaborar na definição e implementação de indicadores de gestão e performance na sua área de intervenção;
- m) Elaborar, anualmente, o plano de ação e o relatório de atividades do DII.

2 - Podem funcionar na dependência hierárquica do DII até duas unidades orgânicas flexíveis, com competências nas áreas da intervenção terapêutica e da prevenção e intervenção comunitária, respetivamente.

### **Artigo 5.º**

#### **Departamento de Investigação, Monitorização e Comunicação**

1 - Ao Departamento de Investigação, Monitorização e Comunicação, abreviadamente designado por DIMC, compete:

- a) Desenvolver o sistema nacional de informação sobre substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências, com vista à identificação de padrões e tendências que sirvam de apoio à decisão e às intervenções nestes domínios;
- b) Assegurar a recolha, tratamento e divulgação dos dados e informação dos serviços públicos e das entidades privadas com

- intervenção no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;
- c) Desenvolver, promover e estimular a investigação no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, em articulação com a comunidade científica;
  - d) Elaborar relatórios anuais sobre a situação do país em matéria de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências;
  - e) Assegurar os procedimentos relativos às competências do ICAD, I. P., no âmbito do mercado lícito de drogas, designadamente as previstas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, e no Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro;
  - f) Apoiar o conselho diretivo do ICAD, I. P., no exercício das competências previstas no Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, na sua redação atual;
  - g) Promover, em articulação com o DAR, a normalização de conceitos e procedimentos, de modo a garantir a uniformidade do atendimento ao cidadão;
  - h) Assegurar o desenvolvimento e a gestão de todos os canais de atendimento e de denúncia, numa ótica integrada e de prestação de um serviço de qualidade;
  - i) Implementar estratégias, desenvolver e executar os planos de comunicação direcionados a parceiros internos e externos, incluindo os cidadãos;
  - j) Planear e dinamizar a representação institucional do ICAD, I. P., através da organização de eventos, da presença publicitária e do apoio a iniciativas relevantes;
  - k) Propor as linhas editoriais e normas gráficas dos instrumentos de informação e divulgação internos e externos, para todos os canais, e proceder à sua conceção e produção;
  - l) Promover o desenvolvimento dos modelos potenciadores da melhoria da imagem dos espaços e meios de comunicação do ICAD, I. P., e gerir os respetivos meios audiovisuais;
  - m) Colaborar na definição e implementação de indicadores de gestão e performance na sua área de intervenção;
  - n) Elaborar anualmente o plano de ação e o relatório de atividades do DIMC.

2 - Podem funcionar na dependência hierárquica do DIMC até duas unidades orgânicas flexíveis, com competências nas áreas da estatística e informação e da comunicação, respetivamente.

## **Artigo 6.º**

### **Departamento de Administração de Recursos**

1 - Ao Departamento de Administração de Recursos, abreviadamente designado por DAR, compete:

- a) Garantir a administração e gestão dos recursos internos, humanos, financeiros e patrimoniais;
- b) Contribuir para a definição da política e objetivos da gestão;
- c) Garantir ferramentas de apoio à decisão no âmbito operacional, orçamental, financeiro e patrimonial;
- d) Executar a política financeira e orçamental da instituição e preparar o orçamento anual, assegurando a sua gestão e o controlo periódico da sua execução;

- e) Assegurar a gestão administrativa dos procedimentos inerentes à realização da despesa pública, contratação com locação e aquisição de bens e serviços e empreitadas de obras públicas;
- f) Elaborar o plano anual de compras, de forma a efetuar a gestão previsional de bens consumíveis necessários às atividades do ICAD, I. P., em articulação com os respetivos serviços regionais e locais, assegurando a gestão de stocks dos bens necessários à sua atividade e procedendo à sua distribuição pelos serviços;
- g) Organizar, elaborar e manter os registos patrimoniais e contabilísticos;
- h) Assegurar a liquidação de receitas e a cobrança e o pagamento de despesas;
- i) Elaborar a conta de gerência, o relatório de gestão anual e análises económico-financeiras;
- j) Garantir a conservação e inventário dos bens, equipamentos, edifícios e instalações pertencentes à instituição ou que lhe estejam afetos;
- k) Apoiar o conselho diretivo na articulação com os municípios no âmbito das competências para estes transferidas no domínio da saúde, designadamente no que respeita à gestão, manutenção e conservação de viaturas, instalações e equipamentos afetos à UIL-CAD e à gestão de trabalhadores;
- l) Assegurar os processos de recrutamento e seleção, bem como os concursos para progressão nas carreiras dos trabalhadores do ICAD, I. P.;
- m) Assegurar a gestão administrativa dos recursos humanos, no cumprimento de princípios de equidade interna e na observância das disposições normativas internas e da legislação em vigor;
- n) Promover o bem-estar e a conciliação da vida profissional e pessoal e o desenvolvimento sociocultural dos trabalhadores;
- o) Desenvolver, dinamizar, coordenar e acompanhar planos de formação, nas áreas definidas como prioritárias, assegurando a qualificação, inovação e permanente capacitação dos profissionais;
- p) Assegurar a realização de inquéritos de levantamento de necessidades e avaliar anualmente o grau de satisfação na área da formação;
- q) Emitir pareceres sobre reclamações ou recursos administrativos que sejam dirigidos aos órgãos do ICAD, I. P., assegurar a instrução de processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares, bem como apoiar a instrução de processos de contraordenação previstos na lei;
- r) Acompanhar e assegurar a aplicação no ICAD, I. P., do sistema de avaliação do desempenho em vigor para os trabalhadores e dirigentes da administração pública;
- s) Elaborar anualmente o plano de ação e o relatório de atividades do DAR.

2 - Podem funcionar na dependência hierárquica do DAR até duas unidades orgânicas flexíveis, com competências nas áreas dos recursos humanos e dos recursos financeiros e patrimoniais, respetivamente.

## **Artigo 7.º**

### **Gabinete de Apoio, Planeamento, Inovação e Qualidade**

Ao Gabinete de Apoio, Planeamento, Inovação e Qualidade, abreviadamente designado por GAPIQ, compete:

- a) Apoiar o conselho diretivo na elaboração e avaliação da implementação do Plano Estratégico, garantindo anualmente o seu alinhamento com o Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR);
- b) Participar na elaboração de todos os instrumentos de gestão do ICAD, I. P., dinamizando o respetivo planeamento, coordenação e monitorização;
- c) Participar no planeamento regional dos recursos necessários à prestação de cuidados de saúde no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências, apoiando o conselho diretivo na articulação com a DE-SNS, I. P., e as CCDR, I. P.;
- d) Promover práticas inovadoras que respondam a novos desafios;
- e) Criar um Sistema de Gestão da Qualidade que permita, de forma integrada, avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo ICAD, I. P.;
- f) Desenvolver, em articulação com as restantes unidades orgânicas e as UIL-CAD, referenciais de qualidade de políticas e intervenções em comportamentos aditivos e dependências, normas, metodologias e requisitos a satisfazer;
- g) Promover a formação e capacitação no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências junto da comunidade;
- h) Dinamizar a articulação com o sistema de investigação científica e tecnológica, ordens profissionais e outras entidades de reconhecido mérito técnico-científico, assegurando uma bolsa de formadores na área dos comportamentos aditivos e dependências;
- i) Elaborar anualmente o plano de ação e o relatório de atividades do GAPIQ.

### **Artigo 8.º**

#### **Gabinete de Relações Internacionais e Cooperação**

Ao Gabinete de Relações Internacionais e Cooperação, abreviadamente designado por GRIC, compete:

- a) Acompanhar a política de relações internacionais e apoiar a representação nacional nas instâncias europeias, nas organizações internacionais e noutros fora de âmbito internacional;
- b) Participar na concertação da posição nacional com os demais serviços e organismos da Administração Pública e com outras entidades sobre matérias da competência do ICAD, I. P.;
- c) Contribuir para o cumprimento das obrigações do Estado Português, decorrentes de instrumentos internacionais no âmbito da Organização das Nações Unidas, do Conselho da Europa e da União Europeia, no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;
- d) Garantir a articulação permanente com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, nomeadamente o cumprimento das suas obrigações enquanto ponto focal nacional da Rede Europeia de Informação sobre a Droga e a Toxicode-

pendência e a execução do Acordo Anual de Subvenção REI-TOX;

- e) Desenvolver atividades de cooperação com entidades congéneres e analisar as implicações resultantes da participação de Portugal em acordos, protocolos e memorandos de entendimento e projetos de cooperação multilateral ou bilateral no domínio das competências e atribuições do ICAD, I. P.;
- f) Coordenar a participação e promover a implementação de programas/projetos de âmbito internacional no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;
- g) Promover a divulgação da política nacional em matéria de comportamentos aditivos e dependências, de projetos e boas práticas junto de entidades de outros países e de organizações internacionais, bem como noutros fora de âmbito internacional;
- h) Assegurar a resposta a solicitações provenientes de organizações internacionais e outras entidades internacionais nas matérias da competência do ICAD, I. P.;
- i) Planear conferências, seminários e reuniões de âmbito internacional;
- j) Elaborar anualmente o plano de ação e o relatório de atividades do GRIC.

### **Artigo 9.º**

#### **Gabinete de Coordenação da Intervenção em Dissuasão**

Ao Gabinete de Coordenação da Intervenção em Dissuasão, abreviadamente designado por GCID, compete:

- a) Apoiar o funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), designadamente mediante a criação de instrumentos de planeamento, monitorização e avaliação;
- b) Implementar uma metodologia de intervenção baseada no conhecimento técnico-científico que potencie as competências das equipas técnicas das CDT e harmonize práticas e procedimentos entre as CDT, contribuindo para uma efetiva dissuasão dos comportamentos aditivos e dependências;
- c) Elaborar orientações tendo em vista a harmonização técnico-normativa da intervenção em dissuasão e das práticas e procedimentos inerentes à atividade das CDT;
- d) Estabelecer, orientar e dinamizar circuitos de articulação institucional na área da dissuasão;
- e) Gerir o Sistema de Gestão e Informação Processual (SGIP) dos processos de contraordenação por consumo de drogas, ao abrigo da Portaria n.º 604/2001, de 12 de junho;
- f) Apoiar o conselho diretivo no exercício das competências relacionadas com o funcionamento das CDT que lhe forem delegadas ou subdelegadas pelo membro do Governo responsável pela área da saúde;
- g) Elaborar anualmente o plano de ação e o relatório de atividades do GCID.

### **Artigo 10.º**

#### **Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação**

Ao Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação abreviadamente designado por GTSI, compete:

- a) Gerir e integrar os sistemas de informação do ICAD, I. P., em articulação com os demais sistemas do SNS e soluções transversais da Administração Pública, nomeadamente os disponibilizados pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.;
- b) Definir os requisitos técnicos a que devem obedecer os sistemas e infraestruturas, propondo o desenvolvimento e a implementação de soluções informáticas de acordo com as necessidades do serviço;
- c) Otimizar os recursos e as infraestruturas tecnológicas existentes, garantindo, em articulação com o DAR, a seleção, aquisição, instalação, administração e manutenção de recursos aplicativos e de hardware, infraestruturas de redes de dados, voz e audiovisuais;
- d) Administrar o parque tecnológico do ICAD, I. P., promovendo a contínua melhoria para uma estrutura com elevada fiabilidade e adaptabilidade;
- e) Assegurar, no âmbito das suas competências, a segurança e privacidade da informação tratada nos sistemas do ICAD, I. P., propondo, mantendo e monitorizando as políticas de segurança e normas de acesso e de utilização aos sistemas de informação e tecnologias de comunicação, nos termos da legislação em vigor;
- f) Assegurar o apoio informático às demais estruturas internas;
- g) Elaborar anualmente o plano de ação e o relatório de atividades do GTSI.

### **Artigo 11.º**

#### **Núcleos de intervenção regional**

1 - As competências dos núcleos de intervenção regional são definidas na deliberação do conselho diretivo que as cria.

2 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, compete aos núcleos de intervenção regional:

- a) Apoiar o exercício das competências das unidades orgânicas nucleares do ICAD, I. P.;
- b) Estabelecer circuitos de comunicação e proximidade a nível regional, nomeadamente com as UIL-CAD, as restantes entidades e serviços do Ministério da Saúde, com os serviços das CCDR, I. P., e os serviços municipais;
- c) Avaliar as situações de ineficácia ou ineficiência dos objetivos estratégicos e operacionais definidos a nível central, reportando os resultados superiormente;
- d) Assegurar a execução de tarefas pontuais que lhe sejam cometidas no quadro hierárquico em que se integram.

### **Artigo 12.º**

#### **Unidades de Intervenção Local para os Comportamentos Aditivos e as Dependências**

1 - As UIL-CAD exercem a sua atividade nas áreas da prevenção, da redução de riscos e da minimização de danos, do tratamento e da reinserção social e obedecem às seguintes tipologias e número máximo:

- a) Centros de Respostas Integradas (CRI), até 24;
- b) Unidades de Desabituação (UD), até quatro;
- c) Comunidades Terapêuticas (CT), até três;
- d) Unidades de Alcoologia (UA), até três.

2 - As condições de funcionamento e a composição funcional das UIL-CAD são definidas por deliberação do conselho diretivo do ICAD, I. P.

3 - Compete às UIL-CAD, em geral:

- a) Assegurar a intervenção local programada e contratualizada nas áreas da prevenção, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção social, em articulação com os demais serviços de saúde da respetiva área, e outras respostas públicas e demais dispositivos da comunidade, tendo em conta os indicadores adotados;
- b) Acolher, cuidar, tratar ou referenciar para outras redes de cuidados de saúde do SNS, públicas ou convencionadas, os utentes do seu âmbito de intervenção, nos termos da legislação ou orientações técnicas aplicáveis;
- c) Participar nos sistemas locais de saúde, nos termos previstos no artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto;
- d) Organizar e manter os processos clínicos dos utentes do seu âmbito de intervenção, mantendo atualizados os registos nos sistemas de informação;
- e) Proporcionar formação, no seu âmbito de atuação;
- f) Emitir pareceres técnicos no seu âmbito de intervenção;
- g) Elaborar os diagnósticos, planos e relatórios anuais de atividades da UIL-CAD;
- h) Elaborar o manual de boas práticas da UIL-CAD e garantir a sua revisão e aplicação;
- i) Avaliar o grau de qualidade dos serviços prestados, o grau de satisfação dos seus utentes e dos profissionais da equipa.

### **Artigo 13.º**

#### **Centros de Respostas Integradas**

1 - Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, aos CRI compete, em especial:

- a) Garantir à população o acesso, em tempo útil, à prestação de cuidados integrados e globais a pessoas com comportamentos aditivos e dependências, segundo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista à prevenção, à redução de riscos e minimização de danos, ao tratamento, e à reinserção social, bem como à sua referência;
- b) Dar resposta às solicitações dos estabelecimentos e serviços de saúde da sua área geográfica de intervenção no respeitante ao atendimento e acompanhamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências;



- c) Planear a intervenção preventiva, no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, na sua área geográfica com as demais equipas do SNS;
- d) Participar no planeamento e intervenção nos cuidados de saúde mental sempre que solicitados, entre outras, pela equipa de proximidade de saúde mental;
- e) Dar resposta às solicitações das CDT que funcionem na área da sua intervenção no respeitante ao atendimento e acompanhamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências.

2 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, os CRI podem ainda disponibilizar programas ou consultas descentralizadas, nas diferentes áreas de intervenção, os quais constituem respostas de proximidade disponibilizadas em articulação com outros serviços de saúde.

#### **Artigo 14.º**

##### **Unidades de Desabilitação**

Para além do previsto no artigo 12.º, às UD compete, em especial:

- a) Realizar tratamentos de síndrome de privação em utentes dependentes de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, sob responsabilidade médica, em regime de internamento;
- b) Dar resposta às solicitações dos CRI da sua área geográfica de intervenção no respeitante ao tratamento, em regime de internamento, de pessoas com síndrome de privação de comportamentos aditivos e dependências;
- c) Participar na intervenção preventiva sempre que solicitados pela equipa do CRI da respetiva área geográfica.

#### **Artigo 15.º**

##### **Comunidades Terapêuticas**

Para além do previsto no artigo 12.º, às CT compete, em especial:

- a) Prestar cuidados a utentes com comportamentos aditivos e dependências que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, sob supervisão psiquiátrica;
- b) Dar resposta às solicitações dos CRI da sua área geográfica de intervenção no respeitante ao tratamento, em regime de internamento, de pessoas com síndrome de privação de comportamentos aditivos e dependências;
- c) Participar na intervenção preventiva sempre que solicitados pela equipa do CRI da respetiva área geográfica.

#### **Artigo 16.º**

##### **Unidades de Alcoologia**

Para além do disposto no artigo 12.º, às UA compete, em especial:

- a) Prestar cuidados integrados em regime de ambulatório ou de internamento, sob responsabilidade médica, a utentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, e apoiar a atividade de intervenção dos centros de respostas integradas na área de alcoologia, enquanto unidades especializadas;

- b) Dar resposta às solicitações dos CRI da sua área geográfica de intervenção no respeitante ao tratamento, em regime de internamento, de pessoas com síndrome de privação de comportamentos aditivos e dependências;
- c) Participar na intervenção preventiva sempre que solicitados pela equipa do CRI da respetiva área geográfica.

#### **Artigo 17.º**

##### **Coordenação nas Unidades de Intervenção Local para os Comportamentos Aditivos e as Dependências**

1 - Sem prejuízo do disposto anteriormente, aos coordenadores das UIL-CAD, compete em especial:

- a) Programar as atividades da unidade, elaborando o plano de ação anual e plurianual, em alinhamento com os objetivos contratualizados e os compromissos assumidos no SNS;
- b) Dar orientações técnicas às equipas que compõem as UIL-CAD e assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a cooperação com as diferentes estruturas funcionais do SNS;
- c) Propor ao conselho diretivo do ICAD, I. P.:
  - i) O regulamento interno da UIL-CAD;
  - ii) O horário de funcionamento da UIL-CAD;
  - iii) A nomeação dos médicos a quem compete a coordenação dos programas de terapias medicamentosas da UIL-CAD;
  - iv) A nomeação do responsável de enfermagem da UIL-CAD, preferencialmente de entre enfermeiros gestores ou enfermeiros especialistas.
- d) Emitir parecer sobre programas de consulta especializada no âmbito territorial da respetiva UIL-CAD;
- e) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas;
- f) Garantir a utilização adequada dos equipamentos e instalações da UIL-CAD, e, bem assim, a atualização dos sistemas de informação;
- g) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
- h) Dinamizar atividades de investigação e formação, sob a orientação das unidades orgânicas competentes;
- i) Assegurar a implementação da Carta para a Participação Pública em Saúde, na área dos comportamentos aditivos e das dependências;
- j) Elaborar o relatório anual de atividades;
- k) Exercer as demais competências que lhe sejam delegadas.

2 - Os coordenadores das UIL-CAD dependem diretamente, no âmbito clínico, do diretor clínico nacional.

#### **Artigo 18.º**

##### **Regulamento interno**

O conselho diretivo do ICAD, I. P., aprova o respetivo o regulamento interno no prazo máximo de 180 dias, regulando a organização e disciplina do trabalho e descrevendo os respetivos postos de trabalho.

# ESTUDO

## ÁLCOOL E ADOLESCÊNCIA – CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL E DO PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL, NUMA CONSULTA EXTERNA DE DEPENDÊNCIAS EM JOVENS ADOLESCENTES ADMITIDOS EM 2022 NA EQUIPA DE TRATAMENTO DE TORRES VEDRAS

### AUTORES



Rui Negrão - Assistente Saúde, Psicólogo Clínico, Terapeuta Familiar



Tiago Alves Negrão- Aluno 3º ano de Ciências Biomédicas da Universidade Católica

### RESUMO

O uso de álcool na adolescência está associado a uma série de comportamentos de risco, para além de aumentar a probabilidade de acidentes, violência sexual e decréscimo no desempenho académico, dificuldades de aprendizagem, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das competências sociais e emocionais do jovem. O consumo de álcool causa modificações neuro químicas, com prejuízos na memória, aprendizagem e controle dos impulsos. Os profissionais que lidam com adolescentes devem estar preparados para uma avaliação cuidada quanto ao possível uso abusivo ou dependência de álcool nesta faixa etária. Assim, é fundamental que os profissionais conheçam as características da adolescência e as particularidades da dependência química nesta faixa etária.

**Palavras-chave:** Bebidas alcoólicas; Saúde dos adolescentes; Transtornos relacionados com o uso do álcool; Abuso de substâncias.

### ABSTRACT

*Alcohol use in adolescence is associated with a series of risk behaviors, in addition to increasing the likelihood of accidents, sexual violence and a decrease in school performance, learning difficulties, impairment in the development and structuring of social and emotional skills in young people. Alcohol consumption causes neurochemical changes, with impairments in memory, learning and impulse control. Professionals who deal with adolescents should be prepared for a careful assessment of possible abuse or dependence on alcohol in this age group. Thus, it is essential that professionals know the characteristics of adolescence and the particularities of chemical dependency in this age group.*

**Keywords:** *Alcoholic beverages; Teen health; Substance-related disorders; Substance abuse*

### 1. INTRODUÇÃO

O álcool é a substância mais consumida entre os jovens, sendo que a idade de início de uso, tem sido cada vez menor, aumentando o risco de dependência futura em idade adulta.

O consumo de álcool em jovens e adolescentes é um problema de saúde global que deve requer atenção dos vários atores sociais.

O consumo de álcool por jovens e adolescentes está normalmente associado a exposição a comportamentos de risco e claramente a possíveis complicações de saúde, tais como práticas sexuais de risco, maiores índices de gravidez, aumento do risco de dependência de álcool, mortes acidentais e decréscimo no desempenho cognitivo e escolar. Assim, a discussão desse tema é de grande importância para a saúde pública.

### 2. MOTIVAÇÕES QUE PROMOVEM NOS JOVENS E ADOLESCENTES O CONSUMO DE ÁLCOOL

Um estudo realizado por Kuntsche, Emmanuel, et al. (2005), que avaliou o consumo de álcool numa amostra de jovens, com médias de idades de 15 anos, mostrou que o consumo de cerveja e de bebidas destiladas estava associado positivamente à procura de efeitos gratificantes (beber porque é bom para ficar descontraído ou para ficar embriagado).

Hendriks, Hanneke, et al (2020), mostrou que publicações relacionadas com o uso de álcool por influenciadores de redes sociais, também podem influenciar o consumo entre adolescentes e jovens adultos. A pesquisa mostrou que 63,5% dos influenciadores sociais avaliados efetuaram publicações sobre álcool nas suas redes sociais.

Russell, Alex M., et al. (2021), num outro estudo mais recente realizado na rede social "TikTok" mostrou que 98% dos vídeos identificados como mais populares evidenciavam "sentimentos pró-álcool", sendo que a maioria dos vídeos (72%) incluía bebidas alcoólicas. Isto é bastante preocupante, dado que os influenciadores digitais podem ter uma forte persuasão sobre os jovens, incluindo menores de idade, estimulando o consumo de álcool nessa faixa etária muito vulnerável.

### 3. CONSEQUÊNCIAS DA EXPOSIÇÃO PRECOZE AO ÁLCOOL

A idade de início do consumo de álcool é preocupante em diversos aspetos. Sabe-se que os menores de idade que fazem uso de bebidas alcoólicas tendem a expor-se a situações de risco como por exemplo, a prática de sexo sem contraceção adequada e com múltiplos parceiros sexuais. Além disso, quanto mais precoce a exposição ao consumo de álcool, maior o risco associado de desenvolver dependência al-

coólica na vida adulta. Os possíveis motivos que justificam essa associação vão desde prejuízos no julgamento crítico causados pelo álcool, escolha de pares, bem como envolvimento em situações de perigosidade e delinquência.

O uso e abuso de bebidas alcoólicas por menores de idade, está mais associado à morte, do que todas as substâncias psicoativas ilícitas em conjunto. Sabe-se, por exemplo, que os acidentes automobilísticos são a principal causa de morte entre jovens dos 16 aos 20 anos. Estima-se que 18% dos adolescentes norte-americanos com idade entre 16 e 20 anos conduzam alcoolizados, dado de extrema importância ao sabermos que os comportamentos de risco, como os que resultam em acidentes automobilísticos, respondem por 29% das mortes de adolescentes. Este comportamento é mais característico de adolescentes do que adultos, pois a prevalência de acidentes automobilísticos fatais associados com álcool, entre jovens de 16 a 20 anos, é mais do que o dobro da prevalência encontrada nos maiores de 21 anos.

São conhecidos alguns fatores de vulnerabilidade para o uso e abuso de bebidas alcoólicas, entre eles, encontram-se os padrões familiares: filhos de pais alcoólicos têm maior risco de consumir álcool excessivamente no futuro. Adolescentes com comportamento antissocial, baixa autoestima, baixo rendimento escolar, excluídos por pares ou família ou com amigos com consumos ilícitos, bem como adolescentes com comorbilidades como depressão, história de abuso físico ou Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, são mais vulneráveis

## 4. EFEITOS DO USO PRECOCE DO ÁLCOOL

Em termos gerais, os adolescentes, em comparação com os adultos, são mais sensíveis aos efeitos neuro tóxicos do consumo de álcool. O cérebro do adolescente, que apresenta bastante plasticidade, pode sofrer mudanças duradouras pelo uso de álcool e, conseqüentemente, provocar mudanças de comportamento.

Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. (2020), referem que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas em jovens e adolescentes promove um funcionamento cognitivo lentificado, assim como, alterações da memória, alterações no funcionamento visuo espacial, na destreza psicomotora, na atenção, no funcionamento executivo e maiores índices de impulsividade. Ao consumo de álcool durante a adolescência também está associado a diminuições da substância cinzenta, além de uma atividade neuronal anômala durante o funcionamento executivo, controle da atenção e tarefas de sensibilidade à recompensa. O estudo também relata que o impacto danoso do álcool sob o cérebro do jovem parece ser mais intenso entre raparigas, entre filhos de pais alcoólicos e entre aqueles jovens que já fazem consumo de outras drogas (cannabis, por exemplo).

O uso de álcool em adolescentes está associado a uma série de prejuízos neuropsicológicos, como modificações no sistema dopaminérgico, como nas vias do córtex pré-frontal e do sistema límbico. Alterações nestes sistemas acarretam efeitos significativos em termos comportamentais e emocionais em adolescentes. É importante destacar que, durante a adolescência, o córtex pré-frontal ainda está em desenvolvimento. Como o córtex pré-frontal pode ser afetado pelo abuso de álcool, uma série de competências que os adolescentes necessitam desenvolver e que são mediadas por este circuito, ficarão prejudicadas. O hipocampo, associado à memória e à aprendizagem, é afetado pelo uso de álcool por adolescentes, apresentando-se com menor volume em utilizadores de álcool do que em grupos de controlo e tendo a sua característica funcional afetada pela idade de início do uso de álcool e pela duração do transtorno.

## 5. PREVENÇÃO AO USO PRECOCE DE ÁLCOOL

O consumo excessivo de álcool por adolescentes e jovens adultos coloca este grupo sob risco de inúmeras conseqüências prejudiciais relacionadas ao seu bem-estar físico, mental e social. Assim, é importante promover programas de intervenção precoce que sejam eficazes para prevenir ou retardar o início do consumo de álcool.

Uma das abordagens é a “intervenção breve”, definida como conjunto de práticas que visam identificar um problema, real ou potencial, relacionado ao uso de bebidas alcoólicas. Através de diálogo com um profissional de saúde, procurando avaliar o consumo de álcool, padrões nocivos e conhecimento dos problemas associados ao seu uso, o objetivo desta abordagem é motivar a pessoa a reconhecer que existe um problema e a procurar ajuda especializada.

Tanner-Smith EE, Lipsey MW (2015), num estudo de revisão sistemática mostrou que os jovens que passaram por uma intervenção breve reduziram o seu consumo de álcool de 6 dias para 1 dia por mês e estes efeitos persistiram por cerca de um ano após a intervenção.

Bühler A, Thrul J. (2013), refere que cerca de 10% dos jovens que bebem bebidas alcoólicas conseguem essas bebidas por intermédio de algum membro da família. Assim, uma outra abordagem poderia ser as “intervenções dirigidas às famílias”, pois teria grande importância para a prevenção do consumo de álcool entre os adolescentes. Esta intervenção consiste em orientações aos pais ou responsáveis para que estes.

Com relação às “intervenções orientadas pelas escolas”, alguns programas implementados neste contexto são eficazes, enquanto outros poderão não o ser. Os que se mostram serem mais eficazes, são aqueles que tem como foco o desenvolvimento de competências socio emocionais,

Os prejuízos associados ao uso de álcool estendem-se ao longo da vida. Os seus efeitos repercutem na neuro química cerebral, no ajustamento social e no desenvolvimento das suas competências, já que um adolescente ainda está em desenvolvimento em termos biológicos, sociais, pessoais e emocionais,

### OBJETIVOS

Caracterizar o perfil e o padrão de consumo de álcool em jovens adolescentes, admitidos em 2022 na Equipa de Tratamento de Torres Vedras, na consulta externa de dependências.

### MÉTODOS

Estudo retrospectivo descritivo dos casos de adolescentes entre os 15 e 18 anos admitidos na consulta externa de dependências, com critérios de uso e abuso de bebidas alcoólicas.

### RESULTADOS

Foram admitidos 63 jovens adolescentes com diagnóstico de uso e abuso de bebidas alcoólicas, com idade média de 16 anos e maioritariamente do sexo masculino (33). O contexto dominante foi festivo, com colegas, preferindo as bebidas destiladas. O concelho de residência maioritário e o de Torres Vedras (43), Lourinhã (8), Mafra (7); Cadaval (2) e Peniche, Alenquer e Arruda dos Vinhos (1).

Dos dados sócios demográficos destacamos que 41 (casais) dos pais dos jovens estudados estão separados, sendo que, 22 (casais) estão casados ou vivem em união de fato.

Relativamente à escolaridade das mães, 45 tem entre o 1º e 3 ciclos de escolaridade, sendo que relativamente aos pais 52 tem entre o 1º e 2º ciclos de escolaridade.

Relativamente à taxa de empregabilidade 75% dos pais estão empregados e 80% das mães também estão empregadas. Os empregos são maioritários no sector terciário e secundário.

Relativamente à prevalência de consumos nos progenitores dos jovens estudados, 3 pais eram toxicodependentes, 3 mães também eram toxicodependentes e 4 pais identificados como alcoólicos.

Relativamente ainda aos pais 4 mães tinham diagnóstico de doença psiquiátrica e 2 pais também com doença psiquiátrica identificada. Ainda referência a 2 pais detidos por tráfico de drogas.

Estes jovens adolescentes são oriundos de fratrias de mais de um irmão, nomeadamente com 1 irmão (20); 2 irmãos (13); 3 irmãos (10). Apenas 3 não tem irmãos.

Relativamente à escolaridade da amostra estudada, 3 frequentam o 5º ano de escolaridade, 6 frequentam o 6º ano de escolaridade, 10 o 7º ano de escolaridade, 4 o 8º ano de escolaridade, 8 o 9º ano de escolaridade, 13 frequentem cursos profissionais com equivalência ao 9º de escolaridade, 8 frequentam o 9º ano de escolaridade, 8 o 10º ano de escolaridade, 3 o 11º ano de escolaridade.

Relativamente a dados de consumos de substâncias psicoativas, nomeadamente álcool, a média de início de consumos corresponde aos 13 anos de idade, sendo que, existe a prevalência de outros consumos de substâncias, nomeadamente cannabis com uma média de idades de início de consumos nos 14 anos de idade e consumo de tabaco com uma média de início de consumos de 13 anos de idade.

Ainda que relatos de consumos esporádicos a evidenciar consumos de opiáceos, MDMA, cocaína e BZD, por parte da amostra estudada, nomeadamente 2% da mesma.

Existem alguns sujeitos que relatam comorbilidades prévias nomeadamente PHDA 6 sujeitos; Perturbação de Pânico 5 sujeitos, Quadros depressivos 5 sujeitos, Alterações do sono 2 sujeitos anorexia 1 sujeito, intoxicações medicamentosas voluntárias 3 sujeitos, psicose canábica 1 sujeito, dependência de jogos 2 sujeitos e automutilações 7 sujeitos.

Relativamente a medidas terapêuticas 9 sujeitos encontram-se medicados com antidepressivos, 6 sujeitos com neurolépticos e 2 sujeitos com metilfenidato.

Estes jovens foram referenciados maioritariamente por Tribunal 11 sujeitos, CPCJ 18 sujeitos, Família 12 sujeitos, Escola 9 sujeitos, Hospital 12 sujeitos, Instituições Sociais 1 sujeito.

Dos sujeitos referenciados pelo tribunal ou CPCJ 5 foram devido a condução de veículo sem habilitação legal, 12 por tráfico de substâncias ilícitas, 10 por absentismo escolar e 2 por furtos.

## DISCUSSÃO:

Os consumos dos adolescentes admitidos no nosso serviço são continuados, em grupo, preocupando as altas taxas de alcoolemia e a exposição ao risco, nomeadamente acidentes.

No entanto, uma preocupante percentagem de adolescentes (20%) confessou ter consumido álcool na escola, levantando problemas em relação à vigilância nas escolas. Alguns admitiram terem consumido em casa ou com familiares, traduzindo a permissividade de algumas famílias face a esta problemática. Alertamos também para o consumo crescente de múltiplas bebidas com alto teor alcoólico, ("shots"),

que se tem divulgado entre os adolescentes. Este tipo de consumo conduz a elevadas taxas de alcoolemia que se instalam rapidamente, sem que o adolescente se aperceba, ficando mais vulnerável aos riscos, nomeadamente de acidentes.

Em termos familiares observa-se uma vulnerabilidade significativa, famílias numerosas, onde a maioria dos progenitores estão separados, com trabalhos pouco diferenciados, que exigem permanência de muitas horas fora de casa, não permitindo um acompanhamento regular aos jovens.

Estes jovens têm contato precoce com múltiplas substâncias, que são consumidas isoladamente ou associadas, com um perfil recreativo, mas continuado, e com tendência à escalada de consumos.

Existem comorbidades que tendencialmente apresentam agudização, pela prevalência de consumos e que traduzem um mau prognóstico evolutivo.

A escolaridade não é uma prioridade, com evidência de baixa escolaridade e fraco investimento no percurso escolar por parte destes jovens.

Um número significativo da dos jovens da amostra é acompanhada pelos tribunais ou pela CPCJ, pelo percurso errático evidente na conduta e no comportamento, com registo de delinquência no percurso de alguns destes jovens e que corrobora a tendência a exposição a comportamentos de risco.

## CONCLUSÃO

O álcool é uma substância de fácil acesso, apelativa e o seu uso é facilitado pelos padrões culturais permissivos face a esta problemática. No entanto, não devemos esquecer que a ingestão alcoólica está fortemente relacionada com acidentes na adolescência, bem como problemas escolares e psicológicos, causando múltiplos problemas nesta faixa etária. Os adolescentes são um grupo vulnerável ao consumo de álcool, pois não antecipam nem a doença, nem a morte, sentem-se imunes aos riscos, e são sujeitos à pressão dos colegas para se sentirem integrados nos grupos. O consumo de álcool nesta fase poderá condicionar e restringir todo o potencial de desenvolvimento destes jovens, interferindo na sua qualidade de vida. Assim, é de extrema importância abordar os consumos com os adolescentes em todas as oportunidades, quer em meio hospitalar, quer na comunidade, alertando para os seus riscos.

Em Portugal, nos últimos anos, têm sido adotadas algumas medidas legislativas com vista à redução dos problemas ligados ao consumo de álcool em jovens e adultos. Neste sentido, a monitorização do consumo de álcool é necessária como forma de avaliar a eficácia das medidas preventivas desenvolvidas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é considerada um período de especial preocupação quanto a questões do uso de substâncias. Os riscos do uso excessivo à saúde e desenvolvimento de dependências nos adolescentes colocam-se perante as políticas públicas de saúde e sociais em busca de intervenções que entendam os fatores associados a esse consumo.

Diante disso, a presente pesquisa buscou, ao se debruçar sobre as questões de qualidade de vida e uso de substâncias, em foco o consumo de álcool, ampliar o conhecimento sobre os fatores de influência para o comportamento de consumo e consumo excessivo pelos adolescentes e fatores relacionados.

# NÃO, NÃO TOME IBUPROFENO PARA UMA RESSACA



**Francisco Pascual**

Tomar um ibuprofeno ou paracetamol para combater a ressaca é algo que geralmente é feito. No entanto, os efeitos desses analgésicos podem ser contraproducentes nessas situações.

“Noites de libertinagem, manhãs de ibuprofeno”, diz. As pessoas que se costumam despedir do ano com muitos brindes são as mesmas que começam o novo com um analgésico. A ressaca leva a isso, mas é a coisa mais aconselhável a fazer? Serve mesmo para acabar com isso?

Para responder a essa pergunta, a primeira coisa que você precisa entender é por que ocorre uma ressaca, o que exatamente acontece no corpo. “O álcool que consumimos é metabolizado no organismo e gera uma substância intermediária antes de ser eliminado. Trata-se do acetaldeído, que causa sintomas de desconforto. Portanto, o que causa a ressaca não é o álcool em si, mas a substância intermediária até eliminá-la pela urina”, explica Francisco Pascual, presidente da Sociodrogalcohol.

O especialista explica que o acetaldeído afeta, entre outros órgãos, o sistema nervoso central. Portanto, a pessoa com um consumo excessivo de álcool e com um acúmulo dessa substância no corpo pode sofrer no dia seguinte náuseas, tonturas, dor de cabeça ou dor de estômago, vômitos ou cansaço.

Sobre se um analgésico eliminará esse desconforto generalizado, Pascual ressalta que, primeiro, seria necessário saber muito bem em que momento a medicação está sendo tomada, se é quando o álcool já está absorvido ou está sendo absorvido. “O BAC provavelmente não atingiu a dose máxima”, diz ele. Além disso, tomar um paracetamol ou ibuprofeno, antes ou depois dos sintomas, não evitará uma ressaca, porque «essa substância será produzida da mesma forma no corpo. Um analgésico pode aliviar a dor de cabeça, mas o restante dos sintomas será o mesmo», diz.

O especialista lembra ainda que o álcool irrita a mucosa gástrica, pelo que ingerir um analgésico anti-inflamatório significará “danos maiores no estômago do que poderiam ser evitados em princípio”, acrescenta Pascual, e alerta: «É também um risco porque o álcool no estômago pode interagir com a medicação que vai ser tomada».

## BEBER ÁGUA ENTRE AS BEBIDAS, SIM OU NÃO?

Há muitos que pensam que beber água entre as bebidas evitará uma ressaca no dia seguinte. “O que você está tentando fazer com isso é diluir o álcool e o que vai causar o desconforto é o quanto você bebeu, independentemente de beber água ou não. É o nível de álcool no sangue (gramas de álcool por litro de sangue) que determinará se você tem problemas mais tarde. O fato de beber mais ou menos água não vai diminuir”, esclarece Pascual.

Claro, outra coisa é beber durante uma ressaca, algo que o especialista vê como conveniente. O álcool é um oxidante que resseca principalmente as mucosas e uma das consequências disso é a desidratação. Assim, beber água ajuda a hidratar e promove a recuperação. Nesse sentido, o presidente da Sociodrogalcohol acrescenta que não só a água é útil nesses casos, mas também outras bebidas como sucos e, se tiverem vitamina D, como o tomate, atuam como restauradoras. No entanto, o especialista insiste: “Isso não significa que a ressaca vai desaparecer, mas os sintomas podem ser aliviados”.

Em relação às bebidas estimulantes, como café ou refrigerantes, Pascual diz que elas também podem servir para minimizar os sintomas ou, pelo menos, «ficar mais acordado ao tomar um depressivo como o álcool no dia anterior».

*Alicia Cruz Acal entrevista Francisco Pascual*



# PROJETO 3 I'S: UM "ZOOM" PERFEITO RUMO À MICROELIMINAÇÃO DO VIH E HEPATITES VIRAIS



O Projeto 3 I's – Indetetável Igual a Intransmissível, promovido e implementado pela Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a Sida, visa a microeliminação da infeção por VIH e Hepatites Virais Crónicas junto de populações mais vulneráveis. Através de uma equipa multidisciplinar, promove-se o diagnóstico de novos casos, mas igualmente a reintegração em tratamento de utentes que tenham abandonado o acompanhamento terapêutico, o diagnóstico e promoção da qualidade de vida das pessoas participantes e a participação cívica e cidadania numa lógica de empoderamento e capacitação alargada da comunidade alvo do projeto, como os migrantes, refugiados, pessoas deslocadas ou sem-abrigo, PV-VIH e comunidade em geral na região norte.

Prova da excelência deste projeto foi o reconhecimento da Gilead, que o distinguiu na 9ª edição do Programa Gilead Génese. À 9ª Edição do Programa Gilead Génese candidataram-se 71 projetos nacionais, tendo sido validados e avaliados 59, 40 de investigação e 19 de intervenção comunitária, submetidos por diversas entidades desde instituições de base científica e académica a grupos da sociedade civil. Foram selecionados 8 projetos de investigação e outros 5 de intervenção comunitária, entre os quais este 3 I's.

Em entrevista, Filomena Frazão de Aguiar, presidente da FPCCSIDA, Eunice Figueiroa, coordenadora do projeto e Catarina Monteiro, gestora de caso, dão-nos a conhecer o 3 I's...

## Em que consiste este projeto 3 I's?

**Filomena Aguiar (FA)** – O 3 I's – Indetetável Igual a Intransmissível, projeto que candidatámos à última edição do Gilead Génese, visa a realização de rastreios de VIH, Hepatite C e B e Sífilis à população migrante. Estes rastreios são feitos nos domicílios destas populações, na Fundação ou no Consultório Solidário. No caso dos sem-abrigo, tanto asseguramos a realização dos rastreios nestas estruturas como na rua, nos espaços que frequentam. O Consultório Solidário, além da localização privilegiada, na Praça dos Leões, assegura confidencialidade a quem adere aos nossos serviços, que além dos rastreios e consultas, assegura outros tipos de apoios, que vão desde o acompanhamento psicológico à

oferta de próteses dentárias totais, isto obviamente fora do âmbito do projeto.

## Falamos de uma população que não recorre tão frequentemente aos serviços de saúde...

**FA** – É verdade. Recorrem muito mais facilmente às ONG. E, neste contexto, uma das vias facilitadoras é o passa-a-palavra. São bem servidos, sentem-se confortáveis, aconselham outros e fidelizam-se.

## Quando iniciaram o projeto?

**FA** – Em dezembro de 2023, há um mês...

## Em suma, atuam numa ótica de proximidade, junto de populações vulneráveis e "escondidas"...

**FA** – A maior parte, sim... acabamos por contactar muitos imigrantes ilegais e populações que vivem em condições muito precárias e que revelam grandes carências e necessidades. E procuramos apoiá-los essencialmente na área da saúde mas igualmente noutras vertentes das duas vidas. Fazemos encaminhamentos, recorrendo a outros parceiros, oferecemos cabazes alimentares, vestuário, apoio logístico e jurídico, procuramos eliminar outras barreiras com que se defrontam, nomeadamente a linguística...

## Presumo que um trabalho tão vasto e diversificado obrigue a realização de parcerias com outras instituições...

**Eunice Figueiroa (EF)** – Sim, a intervenção em rede é também um fator-chave de sucesso e, por isso, celebrámos parcerias com autarquias e com outras ONG.

## De que recursos dispõe a instituição para chegar a estas populações?

**FA** – Temos uma equipa técnica constituída por psicólogos, temos enfermeiros...

## ... Atuam numa unidade móvel?

**FA** – Não temos unidade móvel. Temos espaços, nomeadamente a delegação no Porto ou o Consultório Solidário onde recebemos os utentes ou então, os nossos técnicos marcam com os nossos parceiros e fazemos os rastreios.

## Ou seja, também existem outras entidades que referenciam para a FPCCSIDA...

**EF** – Sim. Essencialmente face à disponibilidade que temos para realizarmos rastreios e posteriores encaminhamentos. E existe outro aspeto importante, relacionado com os utentes que se encontram em abandono terapêutico, essencialmente porque mudaram de país, cuja integração asseguramos.

E a resposta por parte dos serviços de saúde tem sido a desejável quando fazem esses reencaminhamentos?

FA – Aqui no norte temos tido essa sorte. Temos uma boa ligação com as instituições na área da saúde, sejam hospitais ou centros de saúde. Têm sido excelentes. Por outro lado, parte dos nossos enfermeiros também trabalham nesses hospitais e o seu conhecimento nesta área é muito específico sobre o VIH, o que nos facilita imenso. Depois, uma vez que temos um número verde em que disponibilizamos dois telemóveis, até de noite conseguimos responder a solicitações dos utentes e deslocar uma equipa constituída por psicólogo, mediador de caso e enfermeiro às suas casas para realizar rastreios. E, por diversas vezes, somos chamados a uma residência para realizar um rastreio e, ao chegar, deparamo-nos com vários migrantes que também pretendem fazê-lo.

#### **São bem-recebidos?**

FA – Sim, somos. Já nos conhecem e gostam da forma como os apoiamos e, por isso, algumas pessoas que saem de determinada casa deixam informação a referenciar a Fundação, outras que já estão connosco há bastante tempo também o fazem, também contamos com a colaboração de médicos especialistas nesta área e que nos ajudam no encaminhamento.

**Do ponto de vista de um mero observador, parece muito mais confortável para um utente fazer estes rastreios através de uma ONG e em casa...**

EF – Sem dúvida. Mais ainda, quando andamos completamente descharacterizados, sem coletes ou qualquer outra indumentária específica, o que também ajuda a evitar algum estigma que possa persistir. E depois também se sentem à vontade para nos pedirem até consultas noutras especialidades ou inscrições em centros de saúde, o que também asseguramos.

**Sendo este um projeto de microeliminação, pergunto-vos se constata a existência de uma taxa de incidência significativa nestas populações que servem, sobretudo os migrantes.**

FA – Sim, constatamos. Não só nos migrantes mas também nos sem-abrigo. De referir ainda que, apesar de no âmbito do projeto 3 I's estar apenas prevista a realização de rastreios ao VIH e Hepatites B e C, decidimos incluir também a Sífilis, precisamente por termos constatado que a incidência está a aumentar imensamente.

**Temos testemunhado muitas reclamações pelo país fora relativamente ao tempo de espera entre a sinalização de casos positivos, a referenciação para consulta e a admissão em terapêutica... como tem corrido neste projeto e na região norte?**

EF – Não temos tido esse problema. Se hoje detetarmos um caso positivo, imediatamente conseguimos encaminhá-lo para o hospital.

#### **E quando surge a primeira consulta?**

FA – Tem sido muito rápida.

#### **E o ingresso em terapêutica?**

FA – Embora no caso do VHC tenha algum tempo de espera, não pode ser considerado sequer significativo, não chegando a ameaçar sequer a desistência. Claro que, em conjunto, também motivamos o doente para que não saia da cidade.

**Sabendo que o projeto é ainda embrionário, tendo apenas um mês de aplicação, já têm resultados para apresentar?**

EF – Sim, num mês já fizemos cerca de 70 rastreios.

**Seria possível sem o apoio da indústria farmacêutica, neste caso da Gilead?**

FA – Muito dificilmente. Claro que temos outros parceiros, que nos ajudam através da cedência de espaços e da divulgação de projetos, mas

temos que pagar aos técnicos e assegurar o cumprimento de diversos compromissos. Apesar de contarmos com um grupo de voluntários excepcional, temos de contar igualmente com profissionais que, obrigatoriamente, terão de ser remunerados e, a esse nível, o apoio financeiro da indústria farmacêutica é fulcral.

#### **Quantas pessoas emprega a Fundação?**

FA – Cerca de 40, distribuídos por nove delegações.

**E com tão flagrante escassez de apoios, como conseguem suportar esta máquina?**

FA – É muito difícil. Gerir quando há pouco dinheiro, quando orçamentamos para um projeto e o financiamento representa menos de metade das despesas... é complicado. Esta população que servimos tem que ser prioritária aos olhos dos decisores políticos, o que, na verdade, não acontece. Não é fácil, hoje em dia, gerir uma ONG.

#### **O que seria para a presidente da Fundação uma vitória neste campo?**

FA – Vitória seria fazermos uma prevenção permanente e assertiva, algo que se encontra um pouco esquecido, e conseguir que todos os nossos doentes tenham o mesmo tipo de acesso à medicação e a todos os recursos necessários, independentemente da localização ou condição.



## **CATARINA MONTEIRO, GESTORA DE CASO DO PROJETO + RASTREIO = MAIS VIDA**

“Este é outro projeto da FPCCSIDA, dedicado à comunidade trans, a trabalhadores do sexo trans e aos clientes. Fazemos rastreios de infeções sexualmente transmissíveis ao domicílio e entrega de preservativos e lubrificantes. Depois, também temos a vertente da comunidade, em que qualquer pessoa pode vir fazer rastreios e beneficiar de apoio psicológico. Depois do rastreio, temos a possibilidade de realizar o encaminhamento para a consulta PREP, temos ainda a consulta de psicologia e o acompanhamento psicossocial. Basicamente, ajudamos no que precisam. Este projeto está no terreno há quatro anos e a adesão da população trans tem sido muito significativa, com uma fidelização ao programa e aos técnicos muito satisfatória. As principais infeções detetadas são o VIH, Sífilis, Hepatite B e C, as incidências não são muito altas mas os abandonos são e é aí que este projeto resulta numa grande mais-valia, possibilitando uma reintegração terapêutica”.

ENTREVISTA COM MIGUEL ÁNGEL ROYO:

# “ABRIR A PORTA AO MERCADO PARA UM PRODUTO VICIANTE PARECE-ME MUITO ARRISCADO. TEMOS QUE SER CAUTELOSOS.”



Miguel Ángel Royo é especialista em medicina preventiva e saúde pública, doutor em medicina pela Universidade Autónoma de Madrid e chefe de estudos da Escola Nacional de Saúde, onde dirige o mestrado em saúde pública, bem como professor da UNED. Seus campos de pesquisa giram em torno da avaliação de políticas alimentares, tais como a regulação da publicidade, preços (impostos e subsídios) ou rotulagem de alimentos, conflitos de interesse e captura corporativa de políticas públicas de saúde, conflitos éticos em saúde pública e epidemiologia e prevenção da obesidade infantil. Royo esteve no Congresso Internacional de Cannabis e seus Derivados, coorganizado pela Socidrogalcohol.

**Pergunta. O que aprendemos com as políticas de álcool em relação à saúde pública? E o tabaco?**

**Resposta.** O que mais destaque é a resistência que encontramos quando propomos políticas de prevenção de comportamentos não saudáveis em menores e adultos. As indústrias usam estratégias de captura corporativa para fazer isso: intelectual, social, cultural e material.

Todos respondem a ações intencionais. Por exemplo, com táticas para distorcer resultados científicos em detrimento da saúde pública, pagando pesquisadores para produzir estudos financiados pela indústria (captura intelectual). Inúmeras investigações têm mostrado que

os resultados desses estudos são tendenciosos em favor dos interesses das indústrias financiadoras. Outra tática de captação intelectual é controlar a formação dos profissionais, incluindo mensagens sobre o consumo moderado de produtos nocivos à saúde, como álcool ou bebidas açucaradas, e seus supostos benefícios, etc.

A captura social estaria relacionada à intensa e sofisticada propaganda de produtos nocivos à saúde, associados a emoções positivas e, por vezes, a uma aura saudável. Outra tática de captura social é a chamada responsabilidade social corporativa, por meio da qual certas empresas se esforçam para passar a impressão de que estão colaborando na solução de um problema para esconder que realmente fazem parte dele. Nessa linha, propõem-se a colaboração público-privada e medidas meramente educativas, apelando à responsabilidade individual das pessoas, ou à autorregulação que não sirva para resolver o problema, impedindo a implementação de políticas realmente eficazes. Com essas táticas, buscam colocar a sociedade do lado de seus interesses privados.

A captação de cultura e material consiste em todas as ações de influência e pressão que são exercidas sobre políticos ou altos funcionários responsáveis por políticas públicas de saúde, a fim de evitar a regulação de seus produtos ou conseguir uma regulação favorável aos seus interesses (por exemplo: que os preços não sejam tocados). Vimos no tabaco, com álcool, e começamos a ver na cannabis.

**P. Você também falou sobre bebidas açucaradas...**

**R.** Sim. A primeira diferença é a capacidade de dependência. A capacidade de dependência do tabaco é enorme. Para colocar tabaco, álcool e bebidas açucaradas. Em termos de saúde pública, ocorrem 8 milhões de mortes por ano em todo o mundo devido ao tabaco. O álcool também tem um impacto muito importante na saúde e na sociedade (violência, acidentes de trânsito, problemas familiares e de trabalho); e bebidas açucaradas, que fornecem calorias vazias, aumentam o risco de obesidade e doenças cardiovasculares, câncer devido à obesidade, etc.





**P. É necessário mudar a percepção de risco da população com a substância antes de definir linhas legislativas?**

R. Por exemplo, com o tabaco conseguimos uma percepção de risco muito elevada, não só porque é o assassino número um dos hábitos de consumo, ou o número dois se considerarmos também os fatores de risco metabólicos, apenas superados pela pressão arterial elevada, mas também porque não têm qualquer efeito benéfico para a saúde. Em outras palavras, não há como alguém atribuir algo positivo à saúde sobre o tabaco. Com o álcool, isso está em questão há muito tempo. Há muitos estudos e ainda há profissionais que atribuem certos benefícios a uma quantidade moderada de álcool, uma mensagem que faz muito mal à saúde pública, porque tudo se dilui e a mensagem central de saúde pública se perde, confundindo a população. Isso altera a percepção de risco e a capacidade de agir. A mesma estratégia de comunicação e marketing já está sendo usada para dizer que há benefícios dos derivados do uso da cannabis, por exemplo, consumo moderado, etc.

Com o tabaco, não há dúvida. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, ratificada por 177 países, é o primeiro tratado internacional vinculativo para proteger a saúde das pessoas em resposta à epidemia do tabaco. Muitos países estão se comprometendo com a estratégia endgame, que visa acabar com o uso de tabaco até 2040 (prevalência de tabaco abaixo de 5%) e garantir que as novas gerações estejam livres desse flagelo. Se abrirmos a porta à cannabis, estaremos ao mesmo tempo a abrir uma lacuna na luta contra o tabaco, porque mais de 90% dos consumidores de cannabis fumam-no misturado com tabaco.

**P. Seria um problema legislar sobre a cannabis?**

R. Seria um problema de saúde pública, pelo que significa normalizar o consumo e por facilitar o acesso a ele. Além disso, como referi anteriormente, é também um elemento disruptivo na luta contra o flagelo do tabaco, porque o objectivo que temos neste momento em matéria de saúde pública é avançar para o desaparecimento do tabagismo no mundo.

**P. São necessárias, mais provas científicas para poder legislar? Porque com o álcool e o tabaco as evidências são extensas, mas não tanto com a cannabis, ou nem tanto.**

R. A questão é que a legislação que está sendo proposta é para abrir as portas para a legalização do mercado de cannabis. Se for legalizado, teria que ser com precauções que não estão sendo levadas em consideração. Temos dados científicos mais do que suficientes para saber que a cannabis é prejudicial para a saúde, que tem efeitos graves a longo prazo e, especialmente nos jovens, temos dados científicos mais do que suficientes para aplicar o princípio da precaução.



Não há benefícios para o consumo de cannabis em pessoas saudáveis e existem sérios riscos para a saúde, particularmente para a saúde mental dos jovens. Outra coisa é o uso de derivados da cannabis em certas patologias e doenças. Mas este tem sua própria regulamentação, com seus medicamentos aprovados seguindo os critérios de qualquer outra intervenção, após a realização de estudos que demonstrem seus efeitos.

Abrir a porta ao mercado a um produto destes, uma droga muito viciante, que é consumida misturada com tabaco, e com efeitos nocivos para a saúde, alguns deles muito graves (especialmente nos jovens), parece-me muito arriscado e que temos de ser muito cautelosos com isso.

Antes de darmos esse passo, seria necessário que dispuséssemos de uma convenção internacional, como fizemos com o tabaco, para garantir que a indústria da cannabis não possa exercer qualquer influência na regulamentação do tabaco, que o processo seja controlado, que nenhuma porta seja aberta à publicidade direta ou indireta, que só seja acessível a adultos em ambientes de produção, distribuição e consumo controlados, sem fins lucrativos, sujeitos à informação de todos os seus efeitos, e que poderemos garantir que menores de idade não possam ter acesso. Muitas coisas teriam que ser amarradas para proteger efetivamente a saúde pública

*Entrevista De MIREIA PASCUAL*



## COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

### PROTOCOLO ENTRE A CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA E O ICAD, I.P.



Prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos são as áreas em destaque no Protocolo de Parceria para a cidade de Lisboa na área dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) celebrado entre a Câmara Municipal de Lisboa e o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, cuja assinatura ocorreu a 18 de dezembro, no município lisboeta.

João Goulão, na qualidade de presidente do ICAD, I.P., elogiou o trabalho dos parceiros no terreno: ONG, forças de segurança e institucionais, cujo papel classificou como inestimável, afirmando de seguida que o protocolo agora assinado corresponde às várias vertentes de intervenção previstas no Plano Nacional Horizonte 2030, e que estão sistematizadas nos pilares Empoderar, Cuidar e Proteger.

Considerando ser importante voltar a estabelecer os parâmetros de colaboração com a Câmara Municipal de Lisboa, que recordou ser já longa, deixou algumas notas quanto às áreas abrangidas. Muito caminho a percorrer na partilha da intervenção preventiva, maior agilidade e capacidade de resposta das unidades de intervenção local, e o muito trabalho a fazer quanto à reinserção.

Realçando a importância das questões relacionadas com os problemas ligados ao álcool, concluiu, elogiando o empenho exemplar do município na partilha de responsabilidades com o Estado central, e manifestando a sua certeza no aprofundamento desta relação “a bem da sociedade que pretendemos servir”.

Carlos Moedas, presidente da Câmara Municipal de Lisboa, considerou que os três pilares do novo Plano Nacional definem, também, a missão da autarquia que lidera. Afirmou que a perceção do agravamento do fenómeno na capital motivou a rápida realização deste protocolo, devido à urgência de atuação, que considerou difícil e só possível com o ICAD, I.P. Concluiu, destacando a importância de acompanhar a problemática, nunca desistindo para, desta forma, construir projetos de vida.

Prevenção através de projetos comunitários e sensibilização nas escolas, onde se inclui o programa “Eu e os Outros”, e aumento das unidades de consumo vigiado são algumas das medidas previstas.

## PROFISSIONAIS DO SICAD EM AÇÃO SOLIDÁRIA DE DÁDIVA DE SANGUE



Profissionais do SICAD desenvolveram a 20 de dezembro uma ação solidária de dádiva de sangue, ocorrida no Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa, do IPST, IP.

Esta ação, desenvolvida no âmbito da Comunicação Interna, e que procurou corresponder aos apelos do IPST, IP para a doação de sangue, reflete alguns dos valores do SICAD: Humanismo e Pragmatismo, e Confiança e Cooperação.



O Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST, IP) é, em Portugal, o organismo que tem por missão garantir a dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana.



## RELATÓRIO FINAL RELATIVO AO PROGRAMA DE CONSUMO VIGIADO DO MUNICÍPIO DO PORTO



Foi divulgado o relatório final do Programa de Consumo Vigiado do Município do Porto, cuja capacidade de lotação máxima foi ultrapassada no início do 3º trimestre, com uma ocupação média de 102%.

Desenvolvido entre 24 de agosto de 2022 e 31 de agosto de 2023, abrangeu um total de 1 931 utilizadores admitidos, 51 114 consumos realizados, maioritariamente por via fumada. Estes utilizadores são sobretudo do género masculino, quase todos de nacionalidade portuguesa e a maior parte na faixa etária entre os 40 e os 54 anos. Heroína + crack, foi o consumo que mais ocorreu.

O Programa de Consumo Vigiado do Porto resulta de um protocolo assinado entre o município do Porto, o SICAD, a ARS Norte e o Centro Distrital do Porto do Instituto de Segurança Social. O período abrangido por este documento refere-se ao primeiro ano de execução do programa, que constituiu uma fase experimental/ piloto.

## LISBON ADDICTIONS 2024. ICAD LANÇA DESAFIO AOS INVESTIGADORES NACIONAIS NA ÁREA DOS CAD

O Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD, I.P.) convida os investigadores nacionais que trabalham na área dos CAD a submeterem os seus abstracts para a Lisbon Addictions 2024, até 31 de janeiro.

Os investigadores que virem os seus abstracts aceites e incluídos no programa da Conferência, após análise pelo respetivo Comité Científico, terão a sua inscrição oferecida pelo ICAD, I.P. Os abstracts podem ser subordinados aos seguintes temas: Empowering the workforce; Prevention of risky and harmful behaviours; Alcohol: risks, clinical considerations, treatments and outcomes; Addiction and mental health; Hepatitis C, other infectious diseases and drug-related harms; Behavioural addictions; Drug policy: latest developments and new challenges. Existe, igualmente, a possibilidade de abstracts que não se enquadrem nas opções anteriores, mas que tenham como foco os CAD.

A Lisbon Addictions 2024, Conferência Europeia sobre Comportamentos Aditivos e Dependências, que voltará a reunir no Centro de Congressos de Lisboa, entre 23 e 25 de outubro, os principais especialistas internacionais da área dos CAD, será subordinada ao tema "Empowering the workforce of the future".

A Conferência apresentará a mais recente investigação científica no domínio das dependências e explorará os desafios relacionados com as substâncias ilícitas, o álcool, o tabaco, a dependência de ecrãs, o jogo e outros comportamentos aditivos e dependências constituindo-se, de novo, uma oportunidade única de networking para investigadores, profissionais e especialistas de todos os países e disciplinas. A língua de trabalho deste evento é o inglês.

A Lisbon Addictions 2024 é organizada, à semelhança dos anos anteriores, pelo Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD, I.P.), que sucede ao SICAD e visa reforçar a capacidade de resposta para reduzir os comportamentos aditivos e dependências; pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA); pelo Journal Addiction/Society for the Study of Addiction (Addiction/SSA); e pela International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE).

## ICAD E CÂMARA MUNICIPAL DAS CALDAS DA RAINHA PROMOVEM SAÚDE NO ÂMBITO DOS CAD, EM CONTEXTO LABORAL



O ICAD, I.P., no âmbito da sua intervenção em contexto laboral, iniciou a 3 de janeiro, o programa de promoção da saúde na área dos comportamentos aditivos e dependências, na autarquia das Caldas da Rainha.

Abrangerá perto de 600 trabalhadores e será desenvolvido em parceria com a Unidade de Intervenção Local do ICAD, I.P. (UIL do Oeste) e a Unidade de Saúde Familiar (USF) das Caldas da Rainha.

A planificação das ações e a intervenção contaram com a participação de todos os atores de organização com implicações nesta matéria, contando com a presença dos presidente e vice-presidente da Câmara Municipal, órgãos decisores, chefias intermédias e diretas, e Recursos Humanos.

Esta abordagem exige a implementação de um conjunto diversificado de ações suscetíveis de afetar positivamente a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores, entendidas como um todo, de forma interdependente e complementar, e será operacionalizada em ações concertadas e integradas pelas três entidades.

# RECEÇÃO A JOVENS MÉDICOS E FARMACÊUTICOS



Ministro da Saúde presidiu cerimónia de boas-vindas aos novos profissionais que o SNS irá formar.



A cerimónia oficial de receção aos novos médicos internos – formação geral e formação especializada – e aos farmacêuticos que iniciam a formação em Residência Farmacêutica, que decorreu na quarta-feira, dia 3 de janeiro, em Coimbra, foi presidida pelo Ministro da Saúde. Manuel Pizarro deu as boas-vindas aos jovens e salientou a importância que a formação tem tido na história do Serviço Nacional de Saúde, sendo garante da diferenciação técnica dos profissionais e de mais e melhores cuidados de saúde para as pessoas.



“Quero agradecer a vossa disponibilidade para ajudar a construir um SNS mais forte”, começou por dizer o Ministro da Saúde aos 139 farmacêuticos que começam agora a sua residência. Este é apenas o segundo programa de residência farmacêutica, criado há apenas um ano, e que ajudará a formar mais farmacêuticos em várias áreas de especialização desta profissão, fundamentais para cuidados de saúde mais diferenciados e com melhores resultados.

Manuel Pizarro salientou o percurso que o SNS tem tido nos seus quase 45 anos de história, para defender o caminho de modernização que tem sido feito e a importância de termos cada vez mais processos multidisciplinares. “Aspiramos a servir melhor as pessoas, os destinatários da nossa atividade. Com mais diferenciação podemos melhorar a qualidade e a duração das suas vidas”, defendeu.

O governante insistiu que “não é possível trabalhar na saúde no século XXI sem o envolvimento ativo de equipas”, aproveitando a ocasião para agradecer aos jovens que se juntam à “equipa do SNS”. O Ministro da Saúde sublinhou o “enorme esforço de valorização da profissão” que tem sido feito, com 280 farmacêuticos admitidos em apenas dois anos para completarem a sua formação.

A este propósito, Manuel Pizarro frisou a centralidade que o medicamento representa enquanto tecnologia ao serviço das pessoas, lembrando também o desafio que representa a gestão da sua utilização – com 1800 milhões de euros de despesa só nos hospitais no ano passado. Também áreas como o combate à resistência antimicrobiana podem beneficiar do trabalho dos farmacêuticos, acrescentou. “Precisamos do vosso contributo, energia e espírito de iniciativa na investigação e aumento do conhecimento”, concluiu.

Depois, o Ministro da Saúde deu as boas-vindas aos 1941 médicos internos que iniciam a sua formação geral e aos 1836 médicos internos que começam a formação especializada. “Esta é uma escolha decisiva para a vida de cada um de vós e quero agradecer o vosso empenho e dedicação”, afirmou Manuel Pizarro, destacando a “capacidade de trabalho e resistência a adversidades” que é necessária para responder numa área que todos os dias lida com o sofrimento dos doentes e seus familiares.

“Nada dá mais felicidade a um médico do que salvar vidas e confortar, hoje com mais tecnologia capacidade de intervenção, mas comandados pelo humanismo”, ressaltou o Ministro da Saúde.

O governante reconheceu que o SNS, tal como todos os sistemas de saúde, está hoje confrontado com algumas dificuldades, mas contrapôs que na área da formação médica tem sido possível encontrar respostas e dialogar com a Ordem dos Médicos no sentido de encontrar capacidades formativas com qualidade e que respondam às necessidades das pessoas. Manuel Pizarro lembrou que é preciso combinar a necessidade de obtenção de formação especializada com as capacidades dos serviços e até com a casuística.

“Não podemos prescindir da qualidade da formação, nem podemos ficar presos a modelos que não respondem a uma exigência maior”, defendeu. A este propósito, o Ministro aproveitou a cerimónia de Coimbra para elencar várias medidas que estão em curso para que o SNS responda mais e melhor às pessoas, enquanto se torna mais atrativo para os seus profissionais.

Da organização de todo o SNS em Unidades Locais de Saúde à generalização das Unidades de Saúde Familiar com pagamento associado ao desempenho, passando pela reforma do sistema de urgência, foram vários os exemplos avançados, com o Ministro a terminar com um agradecimento à disponibilidade dos jovens médicos para ajudarem a repensar o sistema de saúde em favor dos portugueses.

## NOVA FASE DA ORGANIZAÇÃO DO SNS

**ULS e USF são cruciais para garantir cuidados de saúde atempados e de qualidade à população.**

O primeiro dia de 2024 fica assinalado pelo arranque de uma nova fase da reforma organizativa do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente pelo alargamento a todo o território nacional das Unidades Locais de Saúde (ULS) e pela generalização das Unidades de Saúde Familiar (USF) de modelo B.

O alargamento das ULS a todo o país, alicerçando o SNS neste modelo organizativo, facilita o percurso das pessoas no sistema de saúde ao integrar numa única gestão os centros hospitalares, os hospitais, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados de uma determinada área geográfica.

Esta integração constitui uma qualificação da resposta do SNS, simplificando os processos, incrementando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados, aumentando a autonomia de gestão, maximizando o acesso e a eficiência do SNS.

No âmbito da reestruturação do SNS, são criadas 31 novas ULS, a somar às 8 existentes, e é preparada a extinção de mais de meia centena de entidades, cujas atribuições passam agora para as ULS.

As ULS permitem responder às necessidades dos cidadãos, privilegiando a proximidade, a otimização de recursos, a continuidade e a integração de cuidados, no domínio da prevenção, no plano assistencial, no tratamento e prestação de cuidados e na recuperação e reabilitação.

A visão das ULS permite olhar para a Saúde além das “fronteiras” do hospital, valorizando os Cuidados de Saúde Primários e integrando outras instituições da sociedade local, nomeadamente municípios, juntas de freguesia, escolas e instituições particulares de solidariedade social, dando sentido à ideia de que a Saúde é um bem de todos e para todos, construindo uma comunidade sustentável.

Simultaneamente, na senda das medidas para aumentar e melhorar o acesso à saúde, no campo dos Cuidados de Saúde Primários, a generalização das USF alarga o número de pessoas com médico de família e valoriza os profissionais destas unidades de saúde.

Serão agora criadas 222 novas USF, permitindo a 51 concelhos terem, pela primeira vez, uma USF-B. No total serão 570 USF- B em funciona-

mento, em 154 dos 278 concelhos do continente, alcançando-se um marco histórico na reforma dos Cuidados de Saúde Primários iniciada em 2006.

Transformam-se em USF-B um total de 212 USF-A e 10 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – centros de saúde tradicionais – que passam ao novo modelo, com potencial para atribuir médico de família a mais 300 mil utentes e impacto remuneratório para mais de 3.500 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros e secretários clínicos, que passam a receber incentivos associados ao desempenho das suas equipas no acompanhamento dos utentes.

A medida representa um importante avanço na reforma dos Cuidados de Saúde Primários do SNS e reforça o caminho de universalização de um modelo que garante uma resposta moderna e de proximidade aos utentes.

Ainda em 2024, seguir-se-á a passagem ao modelo B das USF-A remanescentes, com efeitos retroativos a janeiro, considerando uma classificação global de desempenho igual ou superior a 60% na avaliação do exercício de 2023.

O aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença, assim como às suas crescentes exigências e expectativas, exige que o SNS continue a aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde fomentando modelos organizacionais que promovam a gestão integrada de Cuidados Primários e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas.

O alargamento das ULS e a generalização das USF é um caminho crucial para a requalificação do SNS e para garantir cuidados de saúde atempados e de qualidade à população, sempre com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde e bem-estar no país.

## DÍVIDA DO SNS COM O VALOR MAIS BAIXO DA ÚLTIMA DÉCADA

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), no final de 2023, apresentou o melhor resultado da última década em termos de pagamentos aos seus fornecedores.

Mantendo a trajetória de consolidação orçamental que visa a reversão do ciclo de endividamento crónico e de contínuo reforço orçamental do SNS, o Governo efetuou pagamentos no final de 2023, num montante superior a 1.200 milhões de euros, contribuindo para o equilíbrio das contas e para a sustentabilidade da prestação pública de cuidados de saúde.

Em resultado destes pagamentos, o valor da dívida total reduziu para 1.087 milhões de euros, o valor mais baixo registado na última década, e a dívida vencida ficou em 443 milhões de euros, o que representa uma redução para cerca de metade do valor registado em 2015.

Os pagamentos efetuados contribuem, de modo decisivo, para uma gestão eficaz e eficiente dos recursos afetos ao serviço público de saúde, assegurando melhores condições de liquidez, gestão e responsabilidade orçamental para as instituições do SNS.

O Orçamento do Estado para 2024 prevê para o SNS uma receita de impostos que ascende a 13,5 mil milhões de euros, mais 1.000 milhões de euros face a 2023, o que representa um crescimento de 72% face a 2015 e que projeta um exercício de equilíbrio orçamental para este ano.

# MAIS DE 18.000 PROFISSIONAIS DE SAÚDE FORMADOS PARA RESPONDER A CASOS DE VIOLÊNCIA



Mais de 18.000 profissionais de saúde fizeram formação relacionada com a prevenção da violência no local de trabalho nos últimos dois anos, e até ao fim do primeiro semestre de 2023, e 65% das instituições do Serviço Nacional de Saúde têm estruturas de apoio jurídico.

Os dados vão ser apresentados hoje no webinar “PAPVSS: após dois anos, novos desafios, novas estratégias”, pelo Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde - PAPVSS da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Em 2023, foram notificados pelos profissionais de saúde 1.036 episódios de violência contra profissionais de Saúde na plataforma Notifica da DGS, o que representa uma diminuição de 37% face a 2022, ano em que se registaram 1.632 ocorrências. Um valor abaixo do número de casos acompanhados pelas instituições de saúde - 3.024 casos - entre o início de 2022 e junho de 2023.

A maioria das vítimas dos episódios de agressão registados em 2023 são enfermeiros (35%), 28% são médicos, 23% assistentes técnicos e 10% assistentes operacionais. A violência psicológica (67%) é a que mais se evidencia nos dados dos episódios de violência notificados, seguindo-se a violência física (14%) e o assédio moral (5%).

Desde 2022 e até ao fim do primeiro semestre de 2023, 302 situações foram denunciadas criminalmente, e abertos 62 processos de inquérito/disciplinares e 458 processos por acidente em serviço. Foram, igualmente, contabilizados 4.040 dias de ausência ao trabalho em consequência de episódios de violência.

Para responder a esta realidade, a rede de apoio psicológico a profissionais de Saúde vítimas de violência no local de trabalho está pre-

sente em 81% das instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo apoiado, desde o início de 2022 até junho de 2023, 864 profissionais de Saúde. A rede de apoio jurídico existe em 65% das instituições do SNS, que, no mesmo período, apoiou 245 profissionais de saúde. No mesmo sentido, estão a ser criados gabinetes de mediação de conflitos que asseguram intervenções individuais e treino de competências pessoais e sociais em equipa fundamentais para a gestão de conflitos.

Das 753 sessões de capacitação realizadas em 2023, 292 ações de prevenção de violência foram ministradas por elementos da PSP/GNR a 6.724 profissionais da Saúde. Paralelamente, foi efetuado o reforço das atividades de literacia e sensibilização com 46 campanhas de âmbito nacional.

A violência sobre os profissionais de saúde é um fenómeno que o Ministério da Saúde e, em particular, a DGS, acompanham com elevada preocupação. O Inquérito de Segurança de 2022 evidencia a preocupação das instituições do SNS em reforçar as condições de segurança e mitigar os fatores que potenciem fenómenos de violência.

Portugal tem um Plano de abordagem da violência no setor da Saúde inovador, e tem conseguido resultados sustentados, reconhecidos internacionalmente. Os grandes objetivos continuam a ser prevenir a violência no setor da Saúde, abordar adequadamente os episódios de violência, apoiar as profissionais vítimas de violência e mitigar as suas consequências.

# OMS: CONSUMO DE TABACO DIMINUIU EM QUASE TODO O MUNDO



© Unsplash/Andres Siimon

Novo relatório da Organização Mundial da Saúde aponta que globalmente, há 1,25 bilhão de consumidores da substância; últimos dados apontam que cerca de um em cada cinco adultos em todo o mundo consome tabaco, em comparação com um terço em 2000; Brasil obteve redução de 35% desde 2010.

De acordo com as últimas estimativas do novo relatório da Organização Mundial da Saúde, OMS, divulgado nesta terça-feira, o consumo da substância segue em queda em todo o mundo.

Acompanhando a tendência global, o Brasil obteve uma redução relativa de 35% desde 2010. Globalmente, há 1,25 bilhão de usuários adultos de tabaco, com as tendências em 2022 apontando um declínio contínuo de consumidores.

## CONSUMIDORES

Os últimos dados apontam que cerca de um em cada cinco adultos em todo o mundo consome tabaco, em comparação com um em cada três em 2000.

O relatório mostra que 150 países estão reduzindo com sucesso o consumo de tabaco. Além do Brasil, a Holanda também teve sucesso na implementação de medidas de controle de tabaco, reduzindo o consumo em quase 30%.

A OMS pede que os países continuem implementando políticas de controle e continuem a lutar contra a interferência da indústria do tabaco.

Atualmente, a região do Sudeste Asiático da OMS tem a maior percentagem de população que usa tabaco, 26,5%, e a região Europeia não fica muito atrás, com 25,3%.

O relatório mostra que, até 2030, a Europa deverá ter as taxas mais altas do mundo, com uma prevalência de pouco mais de 23%. As taxas de consumo de tabaco entre as mulheres europeias são mais do que o dobro da média global e estão diminuindo muito mais lentamente do que em todas as outras regiões.

## META GLOBAL

Embora os números tenham diminuído constantemente ao longo dos anos, o mundo chegará a uma redução relativa de 25% no consumo de tabaco até 2025, perdendo a meta global voluntária de 30% de redução em relação à linha de base de 2010. Apenas 56 países em todo o mundo atingirão essa meta, uma redução de quatro países desde o último relatório em 2021.

A prevalência do uso do tabaco mudou pouco desde 2010 em alguns países, enquanto seis países ainda estão vendo o aumento do uso do tabaco: Congo, Egito, Indonésia, Jordânia, Omã e Moldávia.

## CUIDADOS COM O FUTURO

A OMS pede aos países que acelerem os esforços para o controle do tabaco, pois ainda há muito trabalho a ser feito. Estudos mostram que os esforços para proteger a política de saúde contra o aumento da interferência da indústria do tabaco se deterioraram em todo o mundo.

Pesquisas nacionais mostram consistentemente que crianças de 13 a 15 anos na maioria dos países estão usando produtos de tabaco e nicotina. Para proteger as gerações futuras e garantir que o consumo de tabaco continue a diminuir, a OMS dedicará o Dia Mundial sem Tabaco deste ano à proteção das crianças contra a interferência da indústria do tabaco.

## TABACO AQUECIDO EQUIPARADO AOS CIGARROS CONVENCIONAIS

As novas normas entram em vigor esta terça-feira dia 16 de janeiro com mensagens chocantes nas embalagens, à semelhança do que acontece no cigarro tradicional, além da proibição de aromas.

O tabaco aquecido passa a ser equiparado aos cigarros tradicionais graças à entrada em vigor das novas normas a partir desta terça-feira, que determinam o uso de mensagens chocantes nas embalagens, além da proibição de aromas.

“Cada embalagem individual e cada embalagem exterior de produtos do tabaco para fumar, incluindo cigarros, tabaco de enrolar, tabaco para cachimbo de água e produtos de tabaco aquecido, na medida em que sejam produtos de tabaco para fumar, deve apresentar advertências de saúde combinadas, que incluem uma das advertências de texto e uma correspondente fotografia a cores”, pode ler-se na legislação.

Recorde-se que no início do mês o Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa promulgou o decreto do Parlamento que transpõe a diretiva da União Europeia (UE) relativa à retirada de certas isenções aplicáveis aos produtos de tabaco aquecido, de modo a prevenir e controlar o tabagismo.

De resto, o grupo de trabalho do tabaco criado no Parlamento já tinha aprovado em 28 de novembro a transposição para a legislação portuguesa desta mesma diretiva europeia, sendo que o país corria o risco de ficar em incumprimento ao deixar de fora da equação questões relacionadas com a promoção da saúde e a venda de tabaco.

# INTERVENÇÃO BREVE PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL TEM-SE MOSTRADO EFICAZ EM IDOSOS

Estudo realizado por pesquisadores da USP de Ribeirão Preto observou redução do consumo de risco de álcool em idosos a partir do protocolo de intervenção breve.

O uso nocivo de álcool entre a população idosa traz sérias complicações de saúde e pode até mesmo levar a morte. Sabe-se que o álcool é o 7º maior fator de risco para a carga total de doenças entre indivíduos de 50 a 69 anos e o 10º para indivíduos maiores de 70 anos.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a intervenção breve (IB) é uma das medidas com melhor custo-benefício para o tratamento do uso nocivo de álcool. Essa abordagem terapêutica, muito utilizada para o tratamento do alcoolismo, pode ser aplicada também a outros transtornos de saúde mental. Ela consiste em um conjunto de práticas que visam identificar um problema, real ou potencial, relacionado ao uso do álcool, e motivar a pessoa a fazer algo a esse respeito.

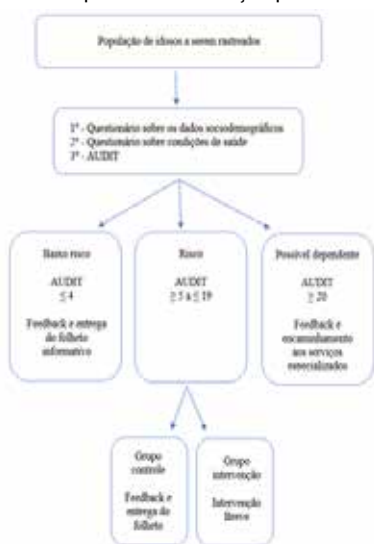
Pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), de Ribeirão Preto, avaliaram a efetividade da intervenção breve na redução do consumo de risco de álcool em idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde. O estudo, realizado na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, envolveu indivíduos com 60 anos ou mais que relataram o uso de álcool, classificados com escore  $\geq 5$  e  $\leq 19$  no Audit (figura 1). A maioria dos participantes era do sexo masculino, casado, com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos, sendo parte deste grupo aposentados, com escolaridade entre 1 a 4 anos de estudo. Segundo o autor da pesquisa, as características da IB em idosos podem incluir o fornecimento de informações sobre comportamentos de saúde e os riscos associados ao nível de consumo; interpretação dos resultados da triagem e discussão sobre os motivos para beber e suas possíveis consequências, conhecendo suas redes de apoio e negociando um plano de mudanças para reduzir o consumo de álcool.

Os resultados sociodemográficos da pesquisa mostraram que 46,5% (n=234) dos participantes apresentaram consumo de baixo risco; 44,5% (n=224) tinham padrão de consumo de risco de álcool e 9,1% (n=46) eram possíveis dependentes. Para os indivíduos que apresentaram o padrão de consumo de risco, o estudo avaliou o protocolo de intervenção breve, analisando o padrão de consumo de álcool, a quantidade de doses, a frequência e o comportamento de binge drinking nesses indivíduos antes e após serem submetidos a intervenção ou a entrega de folhetos informativos (grupo controle).

Como principal desfecho, o estudo mostrou uma redução significativa no padrão de consumo de álcool no grupo em que foi aplicada a intervenção breve, ao longo do tempo (entre 3 a 6 meses). Além disso, foi observada uma diminuição no consumo habitual e no comportamento binge drinking. Assim, o estudo conclui com a recomendação do protocolo de intervenção breve para idosos em consumo de risco de álcool assistidos pela Atenção Primária à Saúde.

O álcool é um dos principais fatores de risco para a carga global de doenças em pessoas com 50 anos ou mais e as consequências do consumo nocivo de álcool durante esta fase incluem desde déficits no funcionamento cognitivo e intelectual à recorrência de outros problemas de saúde relacionados à idade. Por isso, um acompanhamento por profissionais da saúde dirigido para esta população é essencial para compreender este comportamento e seus desdobramentos para que, posteriormente, orientações e tratamentos adequados sejam elaborados para o melhor cuidado da saúde do idoso.

(CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool)



Fonte: Substâncias Alcool and Mental Health Services Administration (SAMHSA), adaptado por Lima (2018).

Figura 1. Fluxograma da triagem dos idosos de álcool





# “O MELHOR PRESENTE É ESTAR PRESENTE”



## BALANÇO DE NATAL E ANO NOVO: MAIS TRÊS VÍTIMAS MORTAIS E MAIS SEIS FERIDOS GRAVES

No período de Natal e do fim de ano, entre 15 de dezembro de 2023 e 2 de janeiro de 2024, registaram-se nas estradas de Portugal 7.072 acidentes (menos 689 que no período homólogo anterior), dos quais resultaram 26 vítimas mortais (mais três do que em igual período do ano passado), 125 feridos graves (mais 6) e 2.049 feridos leves (mais 184). Face ao período homólogo 2022/2023, a sinistralidade rodoviária registada traduziu-se num crescimento de 13,0% no número de vítimas mortais e de 6% no número de feridos graves, não obstante a diminuição de 8,9% no número de acidentes. As 26 vítimas mortais resultaram de 23 acidentes nos distritos de Beja (4 vítimas mortais), Coimbra (3 vítimas mortais), Portalegre (3 vítimas mortais), Aveiro (2 vítimas mortais), Castelo Branco (2 vítimas mortais), Lisboa (2 vítimas mortais), Setúbal (2 vítimas mortais) e Braga, Évora, Leiria, Porto, Santarém, Vila Real, Viseu e Região Autónoma dos Açores, cada um com uma vítima mortal. Nos restantes distritos do Continente - Bragança, Viana do Castelo, Guarda e Faro, bem como na Região Autónoma da Madeira, o objetivo de zero mortos nas estradas portuguesas foi atingido. Cerca de 69% das vítimas mortais decorreram de acidentes na Rede Rodoviária Nacional (18 vítimas mortais): 10 em Estradas Nacionais, 6 em Autoestradas e 2 no Itinerário Principal nº 2 em Portalegre. Na Rede Municipal registaram-se 7 vítimas mortais (30%): 6 em arruamentos e 1 na Estrada Municipal nº 1061 em Portalegre. Na rede de estradas dos Açores, em Santa Cruz das Flores, registou-se também 1 vítima mortal. Nos acidentes com vítimas mortais predominaram as colisões (11), que originaram 14 vítimas mortais (56% do total) e envolveram 13 veículos ligeiros, 4 veículos pesados, 3 motociclos e 2 velocípedes. Houve ainda 10 despistes, que originaram 10 vítimas mortais e envolveram 8 veículos ligeiros e 2 motociclos, bem como 2 atropelamentos em arruamentos, com duas vítimas mortais com idades acima dos 80 anos. As 26 vítimas mortais, 21 do sexo masculino, tinham idades compreendidas entre os 22 e os 87 anos. 11,5 milhões de veículos fiscalizados: um aumento de 57% face ao período homólogo. No período de 15 de dezembro de 2023 a 2 de janeiro de 2024, foram fiscalizados 11,5 milhões de veículos, quer presencialmente, pela Guarda Nacional Republicana (GNR) e pela Polícia de Segurança Pública (PSP), quer através de controlo por radar, pela GNR, pela PSP e pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), o que representou um aumento de 57% face ao período homólogo em que foram fiscalizados 7,3 milhões de veículos.



Do total dos veículos fiscalizados, foram registadas 78,6 mil infrações, distribuídas conforme quadro abaixo, resultando numa taxa de infração (nº total de infrações/nº total de veículos fiscalizados) de 0,68%, 28% abaixo da taxa de infração registada no período homólogo 2022/2023 (0,87%).

## TOTAL DE INFRAÇÕES

ANSR: 33 393

GNR: 33 175

PSP: 12 028

**TOTAL PORTUGAL 78 596**



Relativamente à velocidade, foram fiscalizados 11,3 milhões de veículos, dos quais 10,7 milhões pelo SINCRO - Sistema Nacional de Controlo de Velocidade (94,7% do total), da responsabilidade da ANSR. Dos veículos fiscalizados por radar de velocidade, 45,4 mil circulavam com excesso de velocidade, dos quais 12,0 mil foram detetados pelos radares da GNR e da PSP e 33,4 mil pelos da ANSR, resultando numa taxa de infração (nº total de infrações/nº total de veículos fiscalizados) de 0,40%, inferior à registada no período homólogo (0,41%). No que diz respeito à condução sob o efeito do álcool, foram submetidos ao teste de pesquisa de álcool 140,9 mil condutores, tendo 2.509 apresentado uma taxa de alcoolemia superior à máxima permitida, do que resultou um total de 1.260 detenções (taxa de álcool no sangue

igual ou superior a 1,2g/l) e 1.249 contraordenações rodoviárias (taxa de álcool no sangue abaixo de 1,2 g/l). A taxa de infração (nº total de infrações/nº total de testes de pesquisa de álcool realizados) foi de 1,78%, acima da taxa verificada no período homólogo anterior (1,56%). Relativamente às restantes tipologias de infração (contraordenacionais e criminais), abaixo quadro resumo:

## Tipo de Infração

Velocidade	45 387
Álcool	2 509
Seguro	1 239
Inspeção periódica obrigatória	3 728
Telemóve	1 014
Cinto de segurança	1 043
Sistemas de retenção para crianças	133
Capacete	20
Habilitação Legal	643
Outras	22 880
<b>TOTAL PORTUGAL</b>	<b>78 596</b>



## 500 MILHÕES DE VISUALIZAÇÕES/CONTACTOS COM A CAMPANHA "O MELHOR PRESENTE É ESTAR PRESENTE" DA ANSR

A campanha de Natal e Ano Novo "O Melhor Presente é estar Presente", contou com a parceria de mais de 270 entidades públicas e privadas, incluindo o Governo da Região Autónoma dos Açores, que se associaram na divulgação das mensagens da campanha, através dos seus sites institucionais e redes sociais próprias, rádios locais, regionais e nacionais, redes de publicidade exterior em várias cidades, através de cartazes, entre outros. Para além dos meios dos parceiros, a campanha também esteve presente noutros formatos, designadamente TV, rádios - nacionais e regionais - imprensa regional, redes sociais, Waze, rede Multibanco, painéis Led Box da rede nacional de Estações de Serviço e Painéis de Mensagem Variável nas estradas portuguesas. O número estimado de visualizações/contactos da campanha é de 500 milhões (resultados ainda provisórios). Nesta época, milhares de famílias estiveram envolvidas em acidentes rodoviários. Por essa razão, muitos não estiveram presentes no momento de reunião e de celebração do Natal e do Ano Novo. A sinistralidade rodoviária é um fenómeno com elevado impacto social, que se reflete, de forma dramática, na vida das pessoas. É também um fenómeno com graves consequências económicas para a sociedade. As consequências da sinistralidade rodoviária são evitáveis. Com o contributo de todos, podemos evitar as consequências dramáticas da sinistralidade rodoviária. É para este objetivo que todos trabalhamos, todos os dias!

## SEGUNDO MÊS CONSECUTIVO: ANSR FOI A MARCA COM MELHOR ÍNDICE DE SATISFAÇÃO NO PORTAL DA QUEIXA

A Marca ANSR obteve, em dezembro, o melhor índice de satisfação no Portal da Queixa, na categoria "Administração Pública", com uma pontuação de 88,4% (índice máximo de 100%).

Já em novembro de 2023, a ANSR tinha obtido este melhor índice na categoria da "Administração Pública, feito que repetiu novamente em dezembro de 2023.

A atribuição do Selo Marca do Mês teve em consideração cinco fatores: a taxa de resposta, o tempo médio de resposta, a taxa de solução, a média das avaliações e a taxa de retenção de clientes.

Este resultado reflete o esforço que a ANSR tem efetuado no desenvolvimento de uma maior ligação ao cidadão, sendo um processo de melhoria contínua aplicado diariamente, com vista ao aumento da qualidade dos serviços prestados.

# ANSR APRESENTOU ESTRATÉGIA VISÃO ZERO 2030 NA ORDEM DOS ENGENHEIROS

A estratégia de segurança rodoviária Visão Zero 2030 foi apresentada pela Vice-Presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) na sessão dedicada à Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária Visão Zero 2030, organizada pela Comissão de Especialização em Transportes e Vias de Comunicação (CETVC), que decorreu no dia 10 de janeiro de 2024, na Ordem dos Engenheiros, em Lisboa.

Na sua apresentação, Ana Tomaz apresentou as linhas gerais da Visão Zero 2030, a qual adota a abordagem do Sistema Seguro, em linha com as boas práticas internacionais, tendo como objetivo recolocar Portugal numa trajetória de diminuição acentuada da sinistralidade rodoviária aproximando o nosso país da União Europeia.

Refira-se que, a abordagem do Sistema Seguro tem como premissa a inevitabilidade do erro humano e a necessidade de garantir a melhoria proativa dos níveis de segurança de todos os elementos intervenientes no sistema rodoviário, nomeadamente nos cinco elementos do Sistema Seguro: utilizadores seguros, infraestruturas seguras, veículos seguros, velocidades seguras e melhor resposta pós-acidente.

Este encontro contou na sua sessão de abertura com a presença do Presidente da ANSR, Rui Ribeiro, do Coordenador da CETVC, António Macedo e do Vice-Presidente da Ordem dos Engenheiros, Jorge Liça.

A Secretária de Estado da Proteção Civil, Patrícia Gaspar, fez o encerramento da sessão, sublinhando a importância da Visão Zero 2030 e evidenciou o papel preponderante da ANSR na concretização desta “estratégia ambiciosa”.



## ANSR SENSIBILIZA CERCA DE 200 ALUNOS DO 9.º ANO E PROFESSORES DE SINTRA

A Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) dinamizou uma ação de sensibilização sobre prevenção e segurança rodoviárias para cerca de 200 alunos do 9.º ano e professores da Escola D. Carlos I, em Sintra. Esta iniciativa, que teve lugar nos dias 11 e 12 de janeiro, realizou-se no âmbito da disciplina de Físico-Química.

Tratou-se de uma atividade que teve como objetivos promover a mudança de comportamentos nos mais jovens e alertar para as consequências nefastas da condução sob o efeito de álcool e substâncias psicotrópicas.

A ação contou com uma pequena contextualização introdutória sobre a missão da ANSR, sinistralidade rodoviária e comportamentos de risco, com destaque para o consumo de álcool e substâncias psicotrópicas durante a condução.

Os alunos tiveram também a oportunidade de experimentar, em ambiente seguro, óculos simuladores dos efeitos do álcool e de substâncias psicotrópicas na condução.





# Sabe quais destas pessoas têm Hepatite C?

## QUEM VÊ CARAS NÃO VÊ INFEÇÕES

Muitos estão infetados e não o sabem.<sup>1,2</sup>

A Hepatite C pode evoluir para doença grave, mas tem cura\*.<sup>3</sup>

**Testar é fundamental**

1. McGowan CE, et al. *Liver Int* 2012;32:151-156.  
2. Grebely J, et al. *J Infect Dis* 2013; 207(S1):S19-S25.  
3. Asselah T, et al. *Liver Int* 2018; 38 (Suppl 1).

PT-VHC-220039  
Data de preparação: 12/2023

\*Cura = resposta virológica sustentada (RVS12), definida como sendo o ARN VHC não quantificável ou indetetável 12 semanas após o tratamento

