

Casa de Saúde S. João de Deus do Funchal promove formação e partilha de experiências

A Casa de Saúde S. João de Deus Funchal organizou a IIª Convenção de Comportamentos Aditivos e Dependências da Madeira, que teve lugar nos dias 06 e 07 de Outubro de 2016, no Teatro Municipal Baltazar Dias, no centro da cidade do Funchal. O evento, que contou com cerca de 500 participantes, marca a continuidade de um trabalho de formação, reflexão e partilha de experiências há muito trilhada pela instituição na continuada intervenção, pesquisa, investigação e procura de respostas de excelência técnica e científica, conducentes às melhores práticas, segurança e qualidade assistencial que desenvolve.

A sessão de abertura das Jornadas foi presidida pela Secretária Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, Rubina Branco Leal, em representação do Presidente do Governo Regional da Madeira, Miguel Filipe Machado de Albuquerque.

Dependência marcou presença no evento e recolheu depoimentos de Rubina Branco Leal, Luís Filipe, Director Clínico do Instituto S. João de Deus e do médico espanhol Fernando Mora.



RUBINA BRANCO LEAL, SECRETÁRIA REGIONAL DA INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS

**“Os jovens
consomem
cedo e muito”**

“Gostaria de começar por agradecer à Casa de Saúde S. João de Deus e a todos os seus profissionais que dedicam grande parte do seu tempo

a populações e indivíduos em situação vulnerável e tantas vezes de difícil solução, como são as dependências e os comportamentos aditivos. De facto, vejo aqui caras que há muitos anos estão nestas andanças. Eu própria, estou nesta área há mais de 25 com o Dr. Luís Filipe, onde elencámos vários projectos no âmbito da prevenção das toxicod dependências. E é interessante verificar que todos vós continuam com o mesmo empenho e dedicação e não desistem porque este é, de facto, um trabalho em que não pode haver qualquer resistência da parte da comunidade técnica. Uma palavra de apreço à Comunidade dos Irmãos de São João de Deus pelos 93 anos de um trabalho em prol da saúde mental na Região Autónoma da Madeira. Não queria ser técnica mas, porque temos que olhar para os estudos, gostaria de deixar-vos alguns indicadores que me levam muitas vezes à reflexão. Um estudo nacional recente sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências revela que, em Portugal, os jovens consomem cedo e muito. Acho que temos aqui

a prova de que é da maior relevância a adopção de instrumentos e mecanismos que veiculem junto dos nossos jovens um conjunto de informações que promovam a capacitação e conhecimentos dos riscos associados aos diferentes consumos, tendo em vista a adopção de comportamentos e atitudes preventivas. O Dr. Luís Filipe já aqui anunciou e ninguém tem dúvidas: a prevenção é a melhor arma ao nosso alcance. Conhecemos os riscos colaterais que advêm do consumo, nomeadamente das bebidas alcoólicas e dos custos que isso traz para a saúde. Portanto, o que temos que fazer cada vez mais e sempre é, de facto, apostar na prevenção. E, neste sentido, a secretaria da minha tutela, com o indispensável apoio da Secretaria Regional da Saúde, através da Unidade Operacional de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (OCAD), tem no terreno um conjunto de projectos e programas relativos à prevenção dos riscos no âmbito das adições. Permitam-me que vos dê conta do mais recente desses projectos, que conta com o apoio técnico-científico, formativo e monitorização da OCAD. O Programa de Prevenção em Contextos Sociais Vulneráveis situa-se no eixo da prevenção selectiva, dado que as intervenções se dirigem a subgrupos ou segmentos da população com características ou comportamentos específicos. Está presente em seis concelhos da nossa região, através de 29 estruturas da comunidade, numa intervenção que se desenvolve, por exemplo, em cinco bairros sociais mas não só porque temos consciência de que existem populações que são efectivamente mais vulneráveis e é por aí que temos que começar. O objectivo passa por capacitar crianças, jovens e famílias, envolvendo-as numa acção efectiva, reduzindo os factores de risco e potenciando os factores de protecção. Para tal, procuramos desenvolver, junto de crianças e jovens, competências pessoais e sociais, a vinculação social e escolar e o conhecimento dos riscos associados às substâncias psicoactivas. E procuramos auxiliar os pais e apoiar os filhos na concretização de objectivos de desenvolvimento específicos para cada idade, nomeadamente ao nível do controlo dos impulsos. Replicámos neste programa modelos de intervenção já existentes e que se revelam como boas práticas preventivas nos grupos definidos e planificámos novas respostas baseadas nas necessidades dos grupos e dos contextos sinalizados e intervencionados. Julgo também que a criação das equipas de saúde concelhias e multidisciplinares, que futuramente estarão no terreno da Secretaria Regional da Saúde, constituirão uma mais-valia para os doentes, para as famílias e para o trabalho em rede.

Quando falo em danos colaterais, existem dados que devemos tomar em atenção: as dependências estão presentes em 57 dos 79 novos casos de violência doméstica na nossa região. Isto significa que 62,2 por cento dos agressores apresentam algum tipo de dependência, sendo o álcool o mais relevante. Isto sem falar no número de casos de sinistralidade ou de reclusos associados a comportamentos aditivos.



Permitam-me também falar em algo que tem a ver com a literacia da saúde e a aposta na promoção da mesma. Estimular a literacia em saúde dos mais jovens é incrementar as suas competências e conhecimentos para acederem, compreenderem, avaliar e utilizarem informação sobre saúde. Essas competências e conhecimentos em CAD permitir-lhe-á tomar decisões, prevenir consumos e promover uma vida saudável. Este é um desafio que pode e deve ser assumido, fazendo uso de ferramentas e meios que cada vez mais fazem parte do quotidiano dos nossos jovens.

Queria terminar respondendo às palavras do Sr. Director da Casa de Saúde... De facto, não pode haver parentes pobres na medicina porque também não podem existir doentes de primeira e doentes de segunda. Esse terá que ser sempre o nosso trabalho: abordar, intervir e tentar desmistificar o que é um doente e esta área da saúde mental, algo que infelizmente ainda não acontece.

Finalmente, tenho a expectativa de que, no próximo ano, à semelhança do que acontece com o contrato programa existente entre a Secretaria Regional da Saúde, que esta possa realizar um acordo de cooperação, no sentido de podermos contar com esta casa de saúde para mais uma parceria no apoio aos doentes com patologia demencial e de Alzheimer, bem como noutras áreas”.



LUÍS FILIPE, DIRECTOR DO ISJD

“Não podem existir instituições fechadas”

Que balanço faz desta II Convenção de Comportamentos Aditivos e Dependências da Madeira?

Luís Filipe (LF) – Penso que poderemos fazer um balanço positivo face à qualidade das comunicações mas também pela adesão que tivemos dos profissionais de saúde, da comunidade educativa e do público em geral que, de alguma forma, também integra os nossos objectivos no que concerne ao alerta para o exigente direito de cidadania, que pretendemos ver de uma forma cada vez mais participativa. Por outro lado, o evento possibilitou ainda que passássemos alguns conhecimentos actuais que os possam auxiliar nesta mudança de comportamento, não só daqueles que por qualquer razão são vítimas de um



problema de adição mas também aqueles que, não sendo vítimas directas, acabam por sofrer essas consequências e também têm um papel activo neste processo de prevenção e de reabilitação destes doentes.

Que barreiras se colocam hoje no combate ao uso nocivo do álcool?

LF – Desde logo, a cultura... Continuamos a viver numa sociedade em que, quando visitamos alguém, a primeira frase que ouvimos é “o que queres beber?”... Provavelmente, ainda não teremos encontrado outras formas de iniciar uma conversa amena, nem que seja entre amigos. Por outro lado, temos o tempo que demoram a surgir as medidas em termos de prevenção e a “guerra” e o poder baseado no lucro dos agentes económicos.

Que vantagens representa uma certificação da qualidade para uma unidade de saúde mental?

LF – Os processos de qualidade são hoje uma mais-valia. Penso que estamos no início e temos que continuar a esforçar-nos, sobretudo numa altura em que a escassez de recursos é uma realidade. São os mesmos recursos que, para além de tratar, têm que fazer os processos de qualidade e penso que é nesse meio-termo, entre encontrarmos o que é bom nesses processos de qualidade e, aquilo que eventualmente, havendo essa escassez de recursos, é menos bom porque nos pode tirar tempo para estarmos com os nossos doentes. Existem alguns dados que se podem aferir em termos de qualidade e se podem revestir de importância ao nível da gestão para reivindicarmos o nosso trabalho e outros apoios. Também me parece importante a participação dos doentes neste processo, que lhes permite constatar a sua evolução. Estávamos habituados a funcionar com base no que nos parecia e no nosso senso e hoje conseguimos objectivar o nosso trabalho, as perspectivas dos doentes quando iniciam um tratamento e perceber se as suas expectativas foram concretizadas no final. E adaptar o nosso trabalho e os planos de actividade das nossas unidades às expectativas conseguidas ou não que os nossos doentes nos transmitiram.

Mais do que uma discussão em torno da estigmatização em torno da doença mental, trouxe para este evento dois temas importantes: a investigação científica e as neoplasias associadas ao consumo do álcool. Porquê estas duas linhas?

LF – Uma vez que organizamos este evento de dois em dois anos, pretendemos alargar o espectro das comunicações e das capacidades técnicas e científicas dos nossos palestrantes. Em



relação à investigação, é um tema que me é muito grato, até porque o conhecimento em psiquiatria é de meia dúzia de anos, sendo que vão acontecendo diariamente coisas novas. Nestas regulações do prazer, que são coisas relativamente recentes, em que já sabíamos alguns porquês mas conseguimos hoje objectivar, isso ajuda-nos a criar algumas ferramentas em termos de prevenção. Se utilizar o que consigo demonstrar cientificamente e não aquilo que penso, é eventualmente mais fácil em termos de prevenção passar esse tipo de mensagem. Tanto mais que o nosso esforço ao nível da prevenção tem a ver com os adolescentes e jovens, que estão muito no porquê. Não basta dizer que é o psiquiatra que o defende... Se explicarmos cientificamente e sem margem para dúvidas, provavelmente a mensagem passará muito melhor. Por um lado, elegemos essa vertente do conhecimento e, por outro, até que ponto o mesmo nos pode ajudar em termos de prevenção. E também outro tema em que começo a pensar e que será provavelmente falado daqui a uns tempos: se começo a admitir que existe uma “causa biológica” para a minha incapacidade de parar, provavelmente muitas das “anormalidades jurídicas” acabam por não ter a imputabilidade que teriam se não houvesse esta organicidade. Em relação às neoplasias... enquanto pessoas, achamos que são coisas que só acontecem aos outros e que, provavelmente, será melhor não pensarmos nelas... Como se sabe, existe por um exemplo uma grande associação do cancro do esófago ao consumo de álcool e de tabaco. Não sendo um conhecimento actual é sempre importante alertarmos as pessoas.

A prestação de cuidados continuados em saúde mental tem sido envolta em muitas incertezas. A verdade porém, diz-nos que esta população precisa que se continuem a prestar cuidados, mesmo após a alta...

LF – Gostava de referir duas coisas que nos estão a dar muito prazer fazer: por um lado, no âmbito da qualidade, estamos a fa-

zer a avaliação dos nossos doentes em tratamento ao final de um mês, aos seis meses e a um ano. E questionamos a sua abstinência... O que a maior parte dos centros faz é questionar de forma indirecta. E estamos a fazer outra análise, o CDP, em que correlacionamos o que nos dizem os doentes com uma confirmação desses consumos. Obtivemos uma diferença entre os 10 a 12 por cento entre as confirmações biológicas e a verbalizada da abstinência. E como temos a sorte, de alguma forma, de vivermos numa ilha pequena, em que as pessoas se conhecem mutuamente, todos os nossos doentes, para além de levar a nota de alta, também enviamos essa nota para os serviços de psicologia dos centros de saúde comunitários. Essa continuação dos cuidados está a ser feita directamente da instituição de tratamento para os cuidados primários e, quando vêm ao follow-up, na maioria dos casos já sabemos o que estão a fazer, dada essa relação de proximidade.

Como materializam o apelo à participação da família no pós alta do doente?

LF – No plano individual de cuidados que, inicialmente, era só do doente e em que com este discutíamos o plano e as suas expectativas em relação ao tratamento, desde Janeiro deste ano que estamos a englobar nesse plano e nas expectativas do tratamento a própria família.

A que se referia em concreto na sua comunicação quando mencionou as “capelinhas”?

LF – Vivemos numa altura em que todos gostam de falar no papel das equipas e que trabalhamos todos em equipa mas, na verdade, temos alguma dificuldade em partilhar o conhecimento. E acho que não há equipa nenhuma que funcione se qualquer profissional não tiver a capacidade de partilhar esse conhecimento. Só assim se consegue funcionar em equipa. E depois temos hos-





pitais gerais, hospitais psiquiátricos e a comunidade e a informação não flui. O médico de família trata, tal como o faz o psiquiatra no hospital mas, depois, a máquina não estará suficientemente oleada para que a informação corra. Quando se fala na centralidade do doente, a nossa atenção tem que se centrar verdadeiramente no mesmo que, em determinadas alturas do seu processo de adoecimento, vai precisando de cuidados mais ou menos diferenciados. Agora, qualquer um tem que saber o que o outro está a fazer e de que modo pode também participar. Não podem existir instituições fechadas. Só com a partilha e abertura o tratamento será centralizado no doente e, no caso das dependências, também na família. Infelizmente, temos um serviço de saúde e outros órgãos governamentais que não olham o doente como um todo...

Em que medida continua o doente mental a ser marginalizado?

LF – Essa é uma questão de resposta muito complicada... Não vou dizer que não existe estigma porque o mesmo continua a manifestar-se mas, depois, temos outra camada que está “destigmatizada” de mais. Vivemos numa sociedade de consumo, do bem-disposto e do alegre e quase se está a retirar à pessoa a possibilidade de chorar e de estar triste. E isto também se torna um estigma. Portanto, se era um estigma tratar “à margem” um psicótico ou qualquer doença mental, também começa a ser estigma psiquiatrizar excessivamente algumas situações que, às tantas, não são psiquiatrizáveis, nomeadamente se tiver uma qualquer intercorrência na minha vida que me provoque tristeza e dor. Penso que os padrões normais da tristeza estão a diminuir e começa a tratar-se por vezes de ânimo leve alguns episódios ansiosos ou depressivos.



**FERNANDO MORA,
MÉDICO PSIQUIATRA**
**“O consumo de
psicofármacos
aumentou”**

Que importância assume a abordagem farmacológica no tratamento alcoólico?

Fernando Mora (FM) – Na minha opinião, é mais uma ajuda, um apoio e uma ferramenta para tratar o alcoolismo. Tem que ser acompanhada

por outros tipos de terapias porque a abordagem apenas farmacológica não é suficiente mas claro que ajuda a fazermos um tratamento integral do paciente com transtorno por uso de álcool.

O fármaco é metabolizado por todos da mesma forma ou existem especificidades?

FM – Não, o medicamento não é igual para todos... Existem curvas populacionais e, efectivamente, existem diferenças entre homens e mulheres, inclusivamente algumas enzimas que vão perdendo eficácia com a idade, daí que tenhamos por vezes que ajustar doses. Em suma, sexo e idade ditam algumas diferenças entre pacientes.

Em Portugal, têm sido registados indicadores preocupantes no consumo de psicofármacos sem receita médica. Como está a situação em Espanha?

FM – Em Espanha, o consumo de psicofármacos aumentou. Não de forma assim tão descontrolada porque não se vendem sem receita médica mas porque parece haver uma mudança no uso de psicofármacos.

Também relativamente aos demais fármacos, existe uma tendência para a automedicação e para o seguimento de conselhos provenientes dos mais idosos...

FM – Bom... entendo que isso se aplica actualmente de uma forma geral... Mesmo de boa-fé, quando alguém sente que ficou melhor graças à toma de determinado medicamento tem muitas vezes a tentação de o recomendar a alguém. Entendo que os fármacos têm que ser muito bem controlados porque, como me questionava, nem todos os metabolizamos da mesma forma e, como tal, não nos servem a todos da mesma forma. Tem que ser uma decisão sujeita a prescrição médica.



ferramenta para tratar o alcoolismo. Tem que ser acompanhada