dependências

Junho 2008

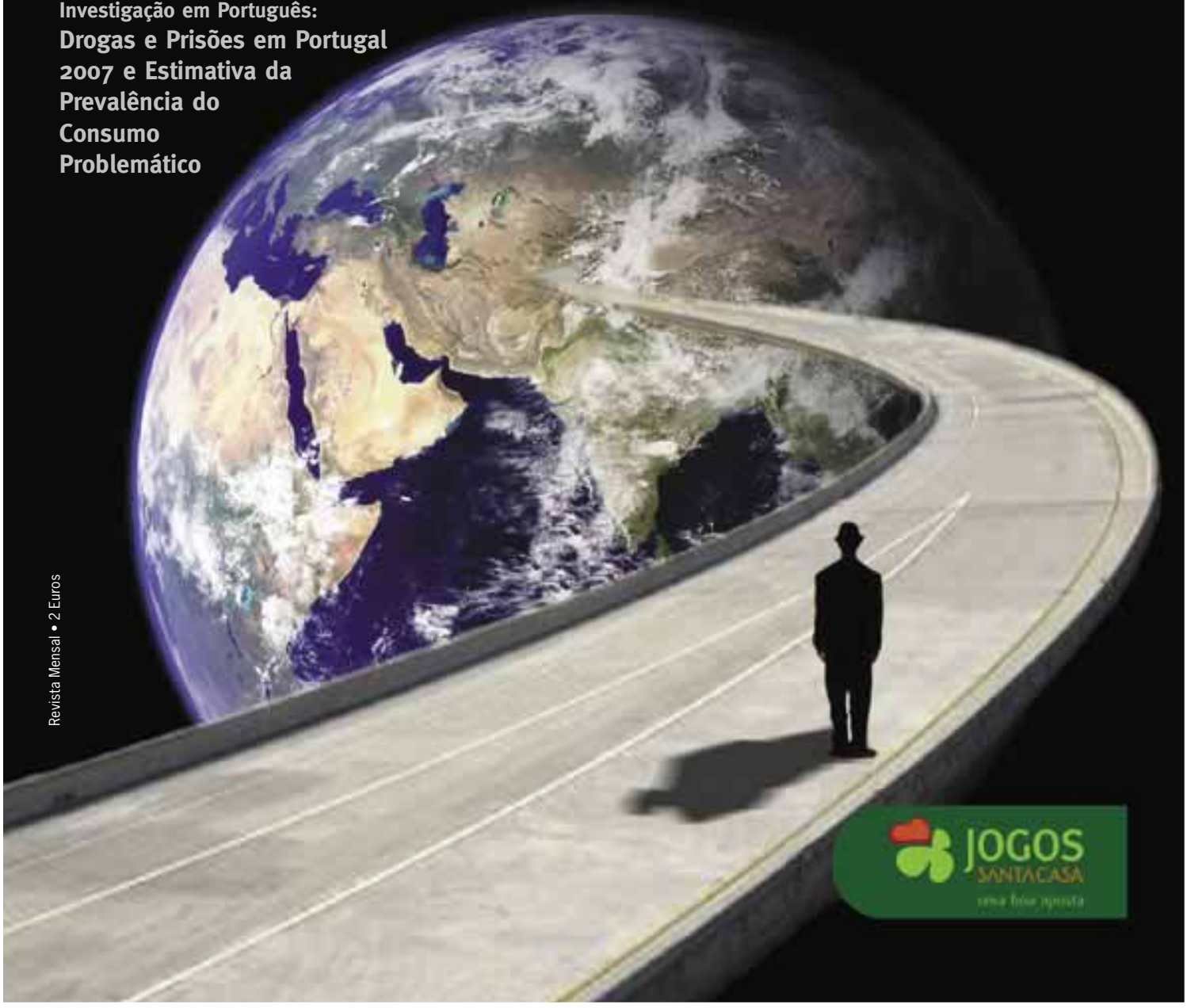
SÓ PARA PROFISSIONAIS

IV Congresso Luso-Galaico:
Uma Ponte em torno da Qualidade

Primeiros contratos já foram assinados:
7 milhões de financiamentos anunciados para PRI

Fórum Mensal com responsáveis pelas 4 áreas de missão do IDT:
A quadratura das Respostas Integradas

Investigação em Português:
Drogas e Prisões em Portugal 2007 e Estimativa da Prevalência do Consumo Problemático



Revista Mensal • 2 Euros

Editorial

Estratégia nacional para a minimização dos efeitos nocivos do álcool

No passado dia 25 de Junho, o IDT organizou o Fórum Nacional sobre o Álcool, um encontro que se submetia ao emergente desígnio de "pôr a dialogar os diferentes parceiros nacionais e lançar pistas para traçar um plano nacional de combate aos efeitos nocivos do consumo do álcool". Durante esse dia, inserido num vasto programa interno e externo de formação que o IDT leva a cabo durante os próximos tempos como resposta lógica da integração do álcool no âmbito das áreas de intervenção do Instituto, discutiu-se, como nesta edição revelamos, em torno de temas como os efeitos nocivos que o consumo de álcool produz em grupos e contextos específicos, a estratégia europeia que visa apoiar os Estados-Membros a minimizar os efeitos nocivos do álcool e a estratégia nacional para a minimização dos efeitos nocivos do álcool, mobilidade e sinistralidade rodoviárias ligadas ao álcool.

Denominadores comuns à estratégia e plano nacional referente às drogas ilícitas: minimizar efeitos nocivos, ou seja, uma abordagem que privilegia a centralidade no indivíduo e não na substância e que, obviamente, admite a existência da liberdade individual, do direito à escolha, do direito ao consumo porque é de consumo de álcool que falamos e neste não imperam as mesmas políticas proibicionistas que desconfiam da responsabilidade individual dos cidadãos para gerirem os prazeres e os riscos proporcionados por algumas substâncias e do seu livre arbítrio para, sem prejuízo de terceiros como em tudo na vida, fazerem da sua saúde o que bem entenderem. Significará isto, por si, educar para o consumo, logo, reduzir riscos. Talvez um dia se prove que tal abordagem fará todo o sentido, independentemente de a substância ser ou não lícita... Talvez um dia se fale, definitivamente em substâncias ou em designações apenas, sem que o rótulo seja invariavelmente limitado a duas escolhas – lícitas ou ilícitas, porque também assim não acontece em relação ao sal, ao açúcar, ao café ou aos jogos. Outro denominador comum: grupos e contextos específicos: novamente, centralidade no cidadão, uma intervenção que privilegia contextos em vez da ambiguidade e inadequação às especificidades presentes nas estratégias mais universais. Com todas as vantagens inerentes a uma intervenção mais orientada, mais passível de ser segmentada, focalizada e potenciadora do aproveitamento de sinergias, e posterior faculdade de monitorização e avaliação, logo, racionalização e aperfeiçoamento de práticas e recursos.

No encontro falou-se ainda da necessidade de envolver todos os agentes ligados ao álcool, com particular ênfase para os produtores, comerciantes e promotores do sector. Uma inovação para muitos... Confesso que me soou a algo... Designadamente, equipas de rua, de RR, que, durante ou após a sinalização de determinado território como oportunidade de intervenção, elevam sentidos pragmáticos e dialogam com traficantes e populações envolventes, também no sentido de que a sua missão, mensagem e intervenção sejam entendidas e aceites. E, por que não, se efectuem, cada um à sua medida porque ainda se fala de lícito e ilícito, parcerias... quer na intervenção para minimizar os efeitos nocivos do álcool, quer na intervenção para reduzir riscos e minimizar danos associados ao consumo abusivo de drogas...

Finalmente, e porque falo de denominadores comuns às duas estratégias, a dissuasão. No intuito de discutir um plano que confere igualmente espaços integradores de intervenções em áreas como a prevenção, o tratamento e a reinserção, falou-se, no Fórum Nacional sobre o Álcool realizado em Coimbra, de morbilidade e sinistralidade rodoviárias ligadas ao álcool e da necessidade de regulamentar e punir para dissuadir. No caso dos consumos lesivos para terceiros, acho muito bem que se puna como crime. Conduzir sob o efeito do álcool não corresponde a uma decisão livre mas a uma postura ou atitude extremamente limitadora das liberdades individuais. Como tal, deve ser, primeiro, entendida e, depois, castigada. Já o seu consumo, ainda que abusivo mas desde que limitador ou nocivo exclusivamente para o consumidor, não é, diria que obviamente, punido. Excepto em idades em que se considera que a maturidade ainda não é suficiente para que a escolha, altamente prejudicial para quem o faz em tenras idades, seja realizada em plena liberdade. E não é punido, entre outros factores, porque é entendido no seio de múltiplos factores, entre os quais um de peso, o cultural. Da mesma forma que não se proíbem alguns árabes ou muçulmanos de consumir determinadas substâncias psicoactivas mas se castiga severamente o consumo de álcool.

Seja como for, e ao contrário do que certas mentes talvez iluminadas pelos notáveis resultados que as políticas proibicionistas ao serviço da guerra às drogas e, por que não nalguns países ainda, aos consumidores, defendem, faz todo o sentido que não se venha agora proibir ou limitar liberdades de escolha. A dissuasão faz sentido em determinados contextos mas, como qualquer outro instrumento, tem limites.

Perfeita seria a sociedade em que o único instrumento de dissuasão fosse a recordação passada da toxicodependência como uma manifestação muitas vezes crónica e factor de risco e potenciação de várias doenças que limitavam e diminuíam a qualidade de vida(s) e que destruíam outras... Mas tal é ainda utópico...

Índice

Editorial 3

Actualidade |
Dia Internacional Contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Droga 4

Actualidade |
Bike Tour 6

Actualidade |
IV Congresso Luso-Galaico 12

Investigação em Português |
Jorge Negreiros 22
Anália Torres 23

Fórum Mensal |
A quadratura das respostas integradas 24

Actualidade |
Fórum Nacional sobre o Álcool 35

Actualidade |
Inauguração Extensão Freamunde 38

Agenda |
Região Centro "avalia" Klotho . 41

Actualidade |
Toxicodependência na Minha Escola 42

Agenda |
Clat V 44

FICHA TÉCNICA: Propriedade, Redacção e Direcção: News-Coop - Informação e Comunicação, CRL • Rua António Ramalho, 600E - 4460-240 Senhora da Hora Matosinhos
Publicação periódica mensal registada no ICS com o nº 124 854. Tiragem: 12 000 exemplares • Contactos: 22 9537144 • 91 6899539 • info@dependencias.pt
www.dependencias.pt • Director: Sérgio Oliveira • Editor: António Sérgio • Produção Gráfica: Ana Oliveira • Impressão: Artes Gráficas Diumaró

Manuel Pizarro

Gostaria de destacar dois princípios que estão consolidados no Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012, os princípios do humanismo e do pragmatismo. Do humanismo porque nós encaramos o toxicodependente como um doente e não como um criminoso. E parece aleatório repetir isto mas, perante manifestações de continuado conservadorismo, julgo que temos mesmo que o ir repetindo vezes sem conta. O toxicodependente é um doente e precisa de tratamento. E precisa que o Estado manifeste abertura para o tratar. O toxicodependente é um cidadão como nós, porventura por vezes diminuído na sua capacidade de participação mas isso deve impelir-nos a uma atitude de proximidade e de humanidade. Esse é um princípio do qual não abdicamos, o do humanismo. O segundo princípio é o do pragmatismo. Hoje, todos nós gostaríamos que os resultados, por si já positivos, evidenciados pelos recentes estudos, os inquéritos ao consumo em meio escolar e à população em geral, fossem ainda mais positivos. Eu, que tutelo o IDT no Governo, gostaria até que não fosse necessário existir um instituto para lidar com as drogas e as toxicodependências. Julgo que todos temos a visão exacta de que a realidade do consumo de drogas é algo que não podemos ignorar ou esconder, é uma realidade que está presente nos nossos dias, todos nós conhecemos pessoas que são vítimas desse fenómeno, pessoas que são profundamente atingidas pelo mesmo e o conjunto de problemas de natureza social que esse fenómeno traduz e que exige, da nossa parte, uma atitude pragmática. Uma atitude que tem a ver com a capacidade de fazermos o possível no domínio da prevenção, uma área muito difícil, sobre a qual há menos certezas científicas do que noutras; Termos um mecanismo de dissuasão eficaz, termos espaços de tratamento que promovam, de facto, acessibilidade a todos – e hoje estamos em condições de oferecer essa resposta – mas também termos a atitude de perceber que algumas pessoas que são vítimas desta doença estão de tal forma desestruturadas na sua dignidade pessoal e na sua ligação com a comunidade, que só com respostas ao nível da minimização de danos poderemos aproximar dessas pessoas o nosso sistema de saúde e permitir abrir as portas do sistema de saúde para que possam vir até nós. Esta é uma atitude de pragmatismo e estes dois princípios, que estão consolidados na Estratégia que temos, constituem algo de que não abdicamos: o humanismo e o pragmatismo. É de acordo com estes princípios que se insere o esforço que o Governo, através do IDT, está agora a fazer, no sentido de desenvolver, numa fortíssima articulação com a sociedade civil e com as autarquias locais, respostas integradas no âmbito do PORI. Este é um esforço financeiro muito significativo. Os contratos assinados aqui hoje representam um investimento na melhoria da sociedade e, portanto, em desenvolvimento, de 1,8 milhões de euros mas o conjunto dos programas – e vão ser assinados durante as próximas semanas e meses novos contratos – representam um investimento de 7 milhões de euros. Julgo que todos temos a noção das dificuldades de natureza orçamental e financeira por que passa o País, o que nos permite definir e conduzir com maior rigor este significativo esforço. E, mais ainda, o Estado Central decidiu não fazer esse esforço exclusivamente através do aparelho central. O IDT decidiu fazer tudo isto em grande consonância com a participação das instituições locais e nomeadamente das autarquias e instituições da sociedade civil. E fê-lo com a profunda convicção de que esta é a melhor forma de intervir nas comunidades, num problema que é difícil. Se fosse fácil, já estaria resolvido em todo o lado e a verdade é que não está resolvido em lado nenhum. É um problema que exige uma intervenção muito persistente e atenta aos sinais que vão ocorrendo nas comunidades e, por isso, reportamos de tão importante esta participação das instituições locais. Deixem-me até dizer que, sobre este domínio da toxicodependência, só existe uma coisa em relação à qual tenho absoluta certeza: a de que não existem certezas. E os que julgam tê-las dão rapidamente sinal dessa ilusão em que viviam quando, na esquina seguinte, se defrontam com a negação daquilo que afirmavam anteriormente. Temos que adoptar uma atitude de tenacidade mas também de ter a capacidade de auscultar o que se passa na realidade e de ir aferindo as nossas estratégias conforme aquilo que a realidade nos mostra. O que também não nos deve fazer excluir os dados positivos que temos. O IDT tem feito um enorme esforço na realização de estudos, credibilizados por entidades universitárias de grande crédito científico, que permitem avaliar a evolução ao longo do tempo deste fenómeno no nosso País, e temos finalmente dados muito positivos e recentes, nomeadamente ao nível da redução do consumo de substâncias ilícitas nos mais jovens, nos estudantes do terceiro ciclo do ensino básico e do secundário. Esse é um dado positivo e com o qual devemos estar satisfeitos. Não devemos dormir sobre o mesmo. Existem igualmente sinais da difusão de alguns comportamentos que também são preocupantes... Temos que os acompanhar. Mas temos que olhar igualmente os dados positivos. Há uma acentuada diminuição da propagação das doenças infecto-contagiosas entre os toxicodependentes. É um dado positivo e iniludível, o qual credibiliza as políticas de redução de danos que temos vindo a seguir. Há também uma redução dos consumidores por via injectável e nesses a redução da partilha de material de injecção. E esses são dados que devemos olhar com satisfação porque indicam que estamos a melhorar a situação e manter inteiro o nosso dispositivo para lidar com o fenómeno porque, como já afirmei, existem problemas que estão longe de estarem resolvidos. Temos que continuar com grade abertura, recolhendo informação, debatendo e continuar, em colaboração com as vossas instituições, a quem quero, de modo muito particular, agradecer a participação neste nobre esforço de construção destes planos, este esforço de resposta aos problemas da droga e da toxicodependência na nossa sociedade. As minhas últimas palavras serão para referir a minha satisfação pessoal pelo facto de esta iniciativa se realizar no Porto, onde temos uma panorâmica em que a resposta a algumas situações é ainda insuficiente. Temos nalguns bairros na zona oriental do Porto, na zona histórica da cidade com menos acuidade e nalguns bairros da zona ocidental da cidade, em particular em alguns bairros de Lordelo do Ouro, uma situação lamentável do ponto de vista da ausência de mecanismos de apoio a populações toxicodependentes, num cenário que, noutros territórios do País em que a situação era até à partida pior se encontra melhorado, realidade que ali não se verifica. Gostaria de elogiar o esforço que algumas instituições dessas áreas realizaram, em particular o Senhor Presidente da Junta de Freguesia de Lordelo do Ouro, que está aqui presente, que tem evidenciado esse grande esforço e cuja participação saúdo. Temos que unir, de facto, as mãos para que, em conjunto com o Estado, o Ministério da Saúde, o IDT, as autarquias locais e instituições da comunidade, possamos dar resposta a essas situações, muito lamentáveis e que continuam a merecer o abandono por parte das instituições públicas. E quero aqui dar o público testemunho da disponibilidade do Estado Português para colaborar activamente nesse processo. Num dia como o de hoje, em que se assinala o Dia Internacional Contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Droga, é muito significativo e traduz um sinal de esperança que estejamos aqui, num grande envolvimento entre o Estado e sociedade civil, para dar mais um passo no sentido de operacionalizar o mecanismo de resposta a este fenómeno no nosso País.

Governo Civil do Porto acolheu cerimónia que marca arranque da operacionalização dos PRI

16 PRI assinados no Dia Internacional Contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Droga

Numa iniciativa inserida nas comemorações do Dia Internacional Contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Droga, foram assinados, no passado dia 26, no Governo Civil do Porto, 16 protocolos entre instituições particulares de solidariedade social e ONG e o IDT para a execução de Programas de Respostas Integradas nas regiões Norte, Centro e Sul. A selecção destes primeiros projectos para implementação prende-se com a anterior realização de um diagnóstico no âmbito do PORI, do qual emanam territórios e eixos prioritários de intervenção, tendo sido celebrados, a Norte, um total de cinco projectos na área da Redução de Riscos, quatro de Reinserção e um de Prevenção, divididos entre Guimarães, Braga e Porto – zona histórica, baixa, Porto Oriental, Ocidental e zona industrial, e que representam um investimento de 1,8 milhões de euros. Brevemente, serão ainda assinados novos projectos para o eixo da Prevenção nas zonas histórica, Ocidental, Oriental e industrial do Porto, em Braga e Famalicão, recebendo este último território mais dois projectos, um no eixo da RR e outro na Reinserção. No Centro, mais concretamente no âmbito do PRI de Aveiro, foram celebrados os protocolos para a implementação de quatro projectos, dois no eixo da Prevenção, os quais serão desenvolvidos em duas áreas consideradas lacunares: meio escolar e comunitária, um de RR e outro de Reinserção, os quais representam um investimento total de aproximadamente 319 mil euros. No Sul, em Vila Franca de Xira, foram assinados os protocolos para a implementação de dois projectos, um no eixo da prevenção e outro no eixo do tratamento, representando um investimento de cerca de 294 mil euros. De referir ainda que as entidades promotoras dos projectos têm 60 dias para os implementar, ou seja, até ao próximo dia 24 de Agosto, os mesmos terão que estar no terreno. Brevemente serão conhecidos e celebrados novos protocolos que definirão intervenções noutros territórios, eixos e áreas lacunares, num conjunto de contratos que representam um investimento total de 7 milhões de euros.

A cerimónia contou com a presença de João Goulão, presidente do IDT, do Secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro, da Governadora Civil do Distrito do Porto, Isabel Oneto, de representantes das direcções regionais do IDT e dos diferentes núcleos do Instituto e de várias instituições e associações de solidariedade social. Dependências registou a intervenção de Manuel Pizarro, que deixou uma palavra de apreço e confiança pelo trabalho desenvolvido pelo IDT.

Bike Tour espalha energia por Lisboa e dirige-se para o Porto

Depois de Lisboa, como é hábito, o Porto... E, em breve, Madrid e São Paulo. Sinais expectáveis, diga-se, de uma iniciativa que, em três anos apenas, se traduziu em pleno sucesso no que à adesão respeita e que vai fomentando, prova após prova, a adesão a estilos ou práticas de vida saudáveis. Dependências acompanhou a pedalada e, antes do evento, registou os testemunhos de alguns dos seus habituais patrocinadores ou apoiantes, deixando igualmente o registo fotográfico de uma mensagem veiculada pela sociedade civil, onde imperam a boa disposição, a saúde, a cor e... a energia positiva!

O ciclismo é uma prática desportiva que se adequa perfeitamente ao objectivo da prevenção e combate das dependências.

É com muito gosto que me associo à iniciativa Bike Tour, proposta e organizada pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência e pela Sportis, porque ela promove o desporto como prática de vida saudável e como factor de coesão social. ao promover um maior equilíbrio físico, psíquico individual e uma sociedade mais rica e harmoniosa, ela contribui, também para a prevenção e combate às várias formas de dependências

O ciclismo é uma prática desportiva que se adequa perfeitamente ao objectivo da prevenção e combate das dependências, uma vez que nele se conjugam o usufruto da paisagem e do ambiente e um exercício exigente da própria vontade individual, numa saudável interacção com o ambiente natural e humano.

É por isso que esta iniciativa merece o meu sincero aplauso. Aplauso aos que a promoveram e tornaram possível, mas os que tudo a todos os que, nela participando, evidenciam, de forma expressiva e exemplar, a necessidade de promover boas práticas de vida saudável na construção de uma sociedade melhor.

A todos, os meus parabéns

José Sócrates, Primeiro-Ministro

Actividade física saudável rima sobretudo com alegria

Desde há três anos que o Bike Tour consegue juntar pais e filhos, amigos e colegas num objectivo comum: atravessar de bicicleta percursos normalmente inacessíveis a este meio de transporte e contactar mais de perto com locais únicos, como o estuário do Tejo. Por algumas horas, as pontes Vasco da Gama, em Lisboa, e a da Arrábida, no Porto, recebem milhares de pessoas que, com muita energia, atestam o sucesso desta iniciativa e demonstram que a prática de uma actividade física saudável rima sobretudo com alegria. Apoio esta iniciativa que, com a parceria do Instituto da Droga de Toxicodependência, desperta em todos o prazer de uma vida mais saudável. Pedalando sobre o Rio, sentimos a energia que nos pode levar mais além.

Ana Jorge, Ministra da Saúde

Saúdo todos os participantes e a organização desta iniciativa, cujos princípios promovem a prática desportiva saudável aliada à coesão familiar e social. Temos a consciência de que o futuro se constrói com atitudes saudáveis, onde impera a solidariedade, a amizade e a preocupação com o próximo. Por isso, temos sido sensíveis a tudo que permita o aumento da qualidade de vida da população e nesse sentido, não poupamos esforços na promoção e apoio às instituições/organizações que se dedicam a causas tão importantes como o combate à droga. Participar no Bike Tour é viver uma experiência onde, para além da prática desportiva, é defendida uma causa que a todos nós diz respeito. A toxicodependência é um fenómeno muito preocupante e tudo o que pudermos fazer para sensibilizar e alertar para os seus perigos é pouco. Por todas as razões, devemos empenharmo-nos para ajudar a minimizar um grande e grave flagelo que não só atinge alguns, mas que acaba por envolver e responsabilizar toda a sociedade. Aplaudo, desde já, todos os que "pedalam...só com a sua energia", podendo, ao mesmo tempo desfrutar, no final do percurso, de uma paisagem ribeirinha pertencente ao Concelho de Loures. Boas pedaladas,

Carlos Teixeira, Presidente da Câmara Municipal de Loures

Atravessar a PONTE, um desafio para Todos!

Desde 2007, ano em que se comemorou o Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos, que a iniciativa Bike Tour integra nas suas corridas de Lisboa e do Porto pessoas com deficiências e incapacidades.

Esta abordagem inclusiva e integradora de vários públicos demonstra que vivemos numa sociedade que cada vez mais respeita a diferença e por isso mesmo potencia espaços de participação para todos!

Atravessar pontes em bicicleta, é demonstrativo das nossas capacidades.

É unificador das nossas vontades e é potenciador de um bem-estar que nas sociedades modernas e contemporâneas ganhou um destaque fundamental.

A integração social, por intermédio de uma actividade desportiva, também concorre para esse objectivo.

O Bem-estar e a qualidade de vida assumem hoje a grande prioridade de todas as famílias, incluindo aquelas que são compostas por pessoas com deficiências e incapacidades.

O desafio dos próximos anos em matéria de politicas para a deficiência deve atender a este princípio inclusivo, que aqui fica tão bem demonstrado na 3ª edição do Bike Tour.

Planear, programar, projectar e desenhar projectos e medidas à semelhança deste devem obedecer à ideia de que as pessoas com deficiência têm o direito de participar em igual circunstância em qualquer actividade da nossa sociedade.

Basta para isso que consigamos inovar, criando condições acessíveis às capacidades de todos e de cada um de nós.

Parabéns à SPORTIS e ao Instituto da Droga e da Toxicodependência pela ousadia, pela imaginação e pela responsabilidade social que demonstram ao consideraram que esta edição do Bike Tour não pode prescindir, uma vez mais, de uma participação alargada e efectivamente universal.

Idália Moniz, Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação

Congratulo-me com a realização da Bike Tour nas cidades de Lisboa e Porto, e saúdo todos os participantes.

O Bike Tour, pelo terceiro ano consecutivo, contribui decisivamente para a promoção do Desporto para Todo, capaz de garantir a igualdade de acesso sem discriminações sociais, físicas ou de género. É uma iniciativa que merece louvor por saber interpretar a função social do Desporto, como actividade decisiva na formação da identidade, na coesão social e na aproximação das pessoas. Foi esta orientação de Serviço Público para o Desporto que o Governo consignou no seu Programa, e que temos vindo a promover e apoiar com determinação e empenho. A escolha dos percursos, pelas emblemáticas travessias dos rios Tejo e Douro, permite associar o desporto à imagem de Portugal como um destino turístico de eleição a nível internacional, e de um país que proporciona a todos os que o visitam um Património cultural, histórico e ambiental de enorme valor. Agradeço ao Instituto da Droga e da Toxicodependência e á Sportis por mais este importante contributo, desejando o maior sucesso para a Bike Tour 2008.
A todos em nome do Governo, uma calorosa mensagem de felicitações.

Laurentino Dias, Secretário de Estado da Juventude e do Desporto

O Bike Tour é um desafio para todos e que nos conscienciali-za para a importância do exercício físico

O Ministério da Agricultura não podia deixar de apoiar uma iniciativa que nos convida à prática de hábitos saudáveis. Sob o lema "Pedalar por uma vida saudável", o Bike Tour é um desafio para todos e que nos conscienciali-za para a importância do exercício físico como fonte de maior qualidade de vida.
Aliando a mensagem de práticas saudáveis, o Ministério da Agricultura junta-se ao Bike Tour com um alerta aos consumidores de bebidas alcoólicas. Seja responsável, beba com moderação. Esta é uma ideia que deve vingar na sociedade, em especial junto dos jovens consumidores. Só assim poderemos prevenir o consumo abusivo do álcool continuando a poder apreciar a excelência dos nossos vinhos..
E já agora não se esqueça:
se beber não conduza. Mesmo que seja de bicicleta.

Jaime Silva, Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas

Na qualidade de Presidente do Município de Lisboa quero cumprimentar todos aqueles que, repetindo o sucesso de anos anteriores, participam na Bike Tour 2008, pintando o tabuleiro da Ponte Vasco da Gama e o Parque das Nações de cor, alegria e saúde. É com entusiasmo que a cidade de Lisboa acolhe esta importante iniciativa que tendo como objectivo a sensibilização da população para a prática de uma vida saudável, não deixa de ser uma demonstração das vantagens da utilização da bicicleta como um meio de transporte rápido, cuja utilização apresenta vantagens ambientais e económicas significativas. O evento deste ano coincide, aliás, com o momento em que a Câmara Municipal aprovou dar inicio ao procedimento para instalação de uma rede de bicicletas de uso partilhado, complementar à Rede de Transportes Públicos de Lisboa, à semelhança do que já é feito, com grande sucesso, noutras cidades da Europa. A Bike Tour 2008 será um momento de grande exigência para todos quantos nela estão empenhados, em especial para o Instituto da Droga e da Toxicodependência e para a Sportis - a quem reservo uma saudação muito especial - que já comprovaram em momentos anteriores a sua grande capacidade organizativa. A todos, participantes e organizadores, felicito pelo entusiasmo que demonstram, esperando que os objectivos propostos sejam plenamente alcançados.

António Costa, Presidente da Câmara Municipal de Lisboa

Ousar saber.

Uma das mais conhecidas ideias de Kant tem aplicação total na capacidade revelada pelos portugueses que, há quinhentos anos, ultrapassaram fronteiras, mares e perigos, e ousaram querer saber, querer conhecer, querer investir nas suas capacidades e nas suas ambições.
Esta foi, sempre, a ideia que trouxe o Bike Tour até vós: uma ideia de partilha, de comunhão, de gosto pelas coisas boas da vida; a ideia, afinal, que nos uniu ao Instituto da Droga e Toxicodependência, para organizar um evento que nos unisse em torno da prática de desporto saudável.
Porque, ao pensar o Conceito Bike Tour, a Sportis e o IDT propuseram, tão-só, que uníssemos o gosto pela natureza, o desafio por propostas simples, mas de execução complexa, e o prazer de ver realizada uma iniciativa única, cada vez mais marcante, cada vez mais estimulante...
O Bike Tour, como agora o revemos e reconhecemos, é, em Lisboa, no Porto, e, num futuro próximo, em Madrid e em São Paulo, um imenso desafio estrutural para a organização, mas o fruto de um trabalho continuado e de uma aposta renovada de todos os parceiros que se nos juntam: essa é uma palavra incontornável. Todos os que estão connosco, desde as grandes empresas portuguesas aos amigos e colaboradores que se reúnem em torno deste projecto, merecem uma palavra de profundo agradecimento, cientes, como estamos, de que, sem eles, seria impossível levar milhares, muitos milhares de pessoas a pedalar em Lisboa, atravessando o Tejo, ao Porto, em volta do Douro e, num futuro breve, parar a Castelhana e a Avenida Paulista para gritarmos, em uníssono, não à droga, sim à prática de desporto saudável!...
Reunimos mais de mil pessoas em trabalho contínuo na noite que antecede cada evento; 38 camiões TIR transportam as bicicletas que vão servir de meio de transporte aos que se inscrevem no Bike Tour; entendemos que era importante criar a nossa própria linha de montagem de bicicletas, agilizando processos e melhorando recursos. Por isso, apenas com os eventos de Lisboa e do Porto, somos responsáveis, neste momento, por dez por cento da quota de produção de bicicletas em Portugal.
Mas os nossos horizontes alargam-se nesta altura: pensamos em Madrid e em São Paulo e, com estas duas cidades que muito dizem aos portugueses, pensamos, também, no efeito global que a mensagem do Bike Tour deverá ter, a breve prazo. Ao criarmos, de resto, o portal biketour.sapo.pt, alicerçado numa parceria tecnológica que nos permitirá ir mais longe e chegar a mais gente, temos a consciência de que o projecto Bike Tour está cada vez mais na memória colectiva, e, sobretudo, preenche o imaginário de milhares de pessoas.

Deixo, como é óbvio, uma palavra especial ao Instituto da Droga e Toxicodependência. A sua parceria, como co-organizador destes eventos, exemplifica o envolvimento que uma instituição pública pode (e deve...) ter, ombro a ombro com uma empresa privada, para a difusão do essencial da sua comunicação: dizer não à droga, combater todas as dependências, potenciar a qualidade de vida, trazer mais gente para esta causa, e unir-se com a sociedade civil para que tenhamos sucesso neste combate.
Boas pedaladas a todos!

Diamantino Nunes, Presidente
da Comissão Organizadora do Lisboa Bike Tour

Com que impressões ficou do Bike Tour, sabendo-se que em Setembro a prova será replicada, pela primeira vez, em Madrid?
C.M. – De facto, vim para perceber como é a experiência portuguesa no que concerne a este evento e parece-me magnífico. Ser capaz de mobilizar toda esta quantidade de gente em torno de uma actividade que protege a saúde, mais ainda com esta mensagem de que é possível desfrutar-se plenamente a vida com energias próprias, sem que seja necessário acrescentar-se outro tipo de energias... Parece-me muito interessante mesmo!

Curiosamente, trata-se de uma acção que pode ser classificada como preventiva mas em que não existe qualquer menção directa ao termo droga...

C.M. – Sim, existe no entanto uma mensagem que é subliminar e através da qual se pretende estimular as energias próprias do indivíduo e as capacidades que cada pessoa possui, com um enfoque especial para os mais jovens. Insisto, o que mais positivo constato aqui é o facto de ver tanta gente unida em torno de uma postura positiva que nos diz que para desfrutar não é necessário mais do que a nossa própria vida, a nossa própria energia.

Considera o Bike Tour um modelo replicável em Espanha?
C.M. – É um bom modelo. Sobretudo porque consegue estimular a participação de muitas pessoas, desde os mais jovens aos mais velhos, famílias... Trata-se de uma actividade desportiva mas, fundamentalmente, lúdica. Depois, o facto de cada um dos participantes ter o direito de levar consigo uma bicicleta também promove a continuidade da actividade física para além da mera realização da prova. E a actividade física é, por natureza, um protector da saúde a muitos níveis.

O que poderemos esperar do Madrid Bike Tour?
C.M. – Bom, a ver vamos se seremos todos capazes de replicar um evento como este que se realizou aqui em Lisboa... É um bom desafio para nós...

Carmen Moya, Delegada do Governo Espanhol para
o Plano Nacional sobre Drogas

É já no próximo dia 20 que a prova raínha do IDT chega ao Porto

Porto e Bike Tour: a perfeita união...

Pelo segundo ano consecutivo, vai realizar-se no dia 20 de Julho o "Porto Bike Tour". Conta, mais uma vez, com a entusiástica adesão de participantes, que se traduz no facto de as inscrições terem esgotado rapidamente após o seu anúncio.

Trata-se de um passeio que consiste na travessia das Pontes da Arrábida e Dom Luís em bicicleta, passando pelas duas margens do rio Douro, com a particularidade de os participantes só terem de trazer consigo a sua própria energia... sem "aditivos", bem como a vontade de desenvolver hábitos de vida saudáveis. De facto, todo o restante material (incluindo a bicicleta) é fornecido pela Organização. Pretende-se que este passeio seja um incentivo à continuidade da prática desportiva ao longo de todo o ano, juntando famílias e grupos de amigos em torno de uma actividade saudável, já que no final os participantes levam consigo todo o equipamento.

O lema desta iniciativa é, mais uma vez, "Pedalada...só com a tua energia", numa alusão ao facto de não ser necessário recorrer a substâncias pretensamente geradoras de energia para usufruir do prazer que a actividade física e outras actividades de lazer podem proporcionar. Esta realização integra-se nas actividades de sensibilização e de prevenção inespecífica dos consumos de substâncias psicoactivas promovidas pelo IDT, e a sua realização só é possível graças à Sportis, que se ocupa, com enorme profissionalismo, de todos os complexos aspectos operacionais.

Para além da adesão dos participantes, refira-se o entusiástico apoio de numerosas empresas e entidades que ajudam a suportar esta realização nas suas vertentes financeira, logística e mediática; a todas elas aqui fica o mais que merecido agradecimento.

O êxito do projecto "Bike Tour" foi tal, logo no primeiro ano (2006), com a primeira edição do evento em Lisboa, que conduziu ao "Porto Bike Tour" em 2007; também este foi um êxito, tal como o terceiro "Lisboa Bike Tour", que há menos de um mês voltou a reunir mais de oito mil pessoas na Capital.

A todos os participantes, votos de boas pedaladas!

João Goulão

Tive a oportunidade de testemunhar o entusiasmo que esta iniciativa despertou na população do Distrito do Porto e na qual tivemos o prazer de colaborar, uma vez que alia o desporto e os hábitos de uma vida saudável à prevenção do consumo de substâncias psicoactivas, preocupação que partilhamos à qual nos associamos.

Estou convicta que o sucesso das políticas públicas de dissuasão dos consumos deste tipo de substâncias passa fundamentalmente pela dinamização e promoção de campanhas de prevenção de comportamentos de risco, onde o desporto tem um papel primordial devido ao seu factor mobilizador.

Devido ao sucesso alcançado na passada edição do Porto Bike Tour, este ano o evento irá reflectir uma clara aposta no seu crescimento. Com efeito, para além de reunir participantes de vários concelhos do Distrito, este ano a iniciativa apresenta um novo percurso abrangendo três municípios ao mesmo tempo que o número de inscrições registou um aumento significativo.

Pedalar com a nossa energia serve de lema a esta iniciativa e deverá servir de lema para a vida pelo que, tal como no ano transacto, gostaria de transmitir a todos os participantes, minha felicitações, desejando a todos "boas pedaladas" no sentido de uma vida saudável e sem dependências.

Isabel Oneto, Governadora Civil do Porto

A Porto Bike Tour é um prova de prestígio e de grande visibilidade, pelo que Gaia tem acarinhado e apoiado este evento sem reservas. Para além do espectáculo desportivo e mediático, a Porto Bike Tour é uma mega-realização que atrai milhares de jovens em prol de uma vida mais saudável. Mais do que campanhas de marketing muitas vezes sem sentido, são mensagens como esta que nos alertam e cativam para graves problemas com que se debate a nossa juventude. À cabeça está a droga. A Porto Bike Tour é, portanto, uma prova desportiva que promove a sensibilização para a prática do desporto e para a vida ao ar livre, para além de alertar para os perigos em que uma juventude menos informada pode tropeçar. Por isso, a Câmara de Gaia não podia deixar de estar de corpo e alma com uma realização desta grandeza e com este escopo. Que a Porto Bike Tour seja mais uma vez um exemplo e um êxito é o que, como Presidente da Câmara, mais desejo.

Lu s ilipe Menezes, Presidente da Câmara Municipal de Gaia

Matosinhos orgulha-se, desde há séculos, de ser um porto de abrigo. Um porto de abrigo privilegiado e concorrido. Com efeito, aqui, nas antigas margens do bucólico e convidativo rio Leça ou, nos últimos cem anos, nos cais do porto de Leixões, muita gente se recolheu de tempestades, escapou de infortúnios, fugiu à perseguição e à desgraça. Aqui, em Matosinhos, encontrou um ancoradouro seguro e convidativo. Um povoado feito, também, de mareantes, marinheiros e pescadores. E é, assim, há mais de dois mil anos. Mas este porto de abrigo não é só fluvial e marítimo. Na realidade também por terra aqui tem desaguado muita gente. A construção do porto de Leixões no final do século XIX, ou a industrialização, particularmente do sector conserveiro, arrastou milhares de pessoas para Matosinhos. E, sintomaticamente, na actualidade um grande número dos jovens casais da Grande Área Metropolitana do Porto elege Matosinhos como o local preferido para ancorar o seu Futuro. Na busca da esperança e de melhores dias. Terra de encruzilhadas marítimas, a povoação tornou-se igualmente num importante cruzamento de vi(d)as terrestres, reforçadas pela chegada, primeiro, do caminho de ferro e, depois, pelas estradas estruturantes que nas últimas décadas passaram a servir Matosinhos, o Aeroporto vizinho ou o Terminal dos TIR – transportes rodoviários internacionais. E se Matosinhos é um porto de abrigo para quem aqui chega de barco, avião, comboio, automóvel ou camião, porque não ser, também, um porto seguro para quem para aqui ruma em bicicleta, ainda por cima num combate à toxicodependência? A Autarquia de Matosinhos não poderia, portanto, ficar indiferente ao desafio da Bike Tour 2008. E, por isso mesmo, desde a primeira hora nos associamos a esta iniciativa. Num combate feroz à droga. Certos de que, só todos juntos, estaremos em condições de pedalar em direcção a um porto de abrigo seguro.

Guilherme Pinto, Presidente da Câmara Municipal de Matosinhos

O Porto Bike Tour, apresentado no passado dia 9, promete: 8.500 ciclistas estrearão um magnífico percurso, enchendo as duas margens do Douro de energia e acompanhando-o pela Foz desde a Ponte da Arrábida até ao Castelo do Queijo.
E será ainda este ano que o Bike Tour atravessará fronteiras: Madrid e São Paulo são as metas que se seguem...

IV Encontro Luso-Galaico solidifica cooperação entre Norte de Portugal e Galiza e já lança novos desafios

Quando o tema (já) é a Qualidade de cuidados...

A cidade do Porto acolheu, nos dias 5 e 6 de Junho, o IV Congresso Luso-Galaico, evento este ano subordinado ao tema Qualidade de cuidados nas dependências.

Este Congresso representa uma das actividades conjuntas levadas a cabo pela Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. e a Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, com os apoios do Programa INTERREG III (Cooperação Transfronteiriça Portugal – Espanha) e elege como objectivos a formação, o intercâmbio e a partilha de experiências por parte de todos os técnicos que têm interesse e desempenham a sua actividade profissional na área das dependências, no sentido da melhoria contínua dos serviços prestados às populações.

Cerca de 400 profissionais das redes de prevenção e tratamento de toxicodependências e alcoolismo de Portugal, Galiza, Astúrias e Castela-Leão estiveram reunidos na Fundação Eng. António de Almeida, no Porto, estabelecendo assim mais uma ponte entre o Norte de Portugal e a Galiza.

Dependências esteve presente no evento e apresenta o resumo de algumas das exposições realizadas e entrevistou alguns dos mentores e participantes na iniciativa.

Adelino Vale Ferreira

Em última instância, em que medida beneficiará a realização deste congresso os prestadores e os utilizadores dos serviços ligados à toxicodependência?
AVF – Por definição, quando pretendemos melhorar a qualidade, para que tal aconteça, terão que se verificar as duas vertentes. Necessariamente, terão que ser melhoradas as condições de trabalho dos técnicos, não apenas em termos materiais, da logística, das ferramentas, dos espaços, das instalações mas igualmente ao nível do conhecimento e das técnicas. E esta partilha de experiências, quando organizamos um congresso que visa essa partilha que é já de exemplos confirmados de boas práticas a partir de uma avaliação – estamos portanto a falar da evidência e da intervenção centrada na evidência – resulta, de facto, uma segurança grande. Depois, a qualidade tem outra dimensão importante, que tem a ver com a dignidade. Na área da toxicodependência, em que trabalhamos com populações mais desfavorecidas, penso que é um grande salto que estamos a dar em termos de qualidade, de um passado em que, muitas vezes, esses utentes, até pelo tipo de características, eram um pouco rejeitados e havia até um julgamento moral pesado e, como eram criminosos, fazia parte do castigo serem maltratados, privados... Se recuarmos 20 ou 30 anos, encontramos casos de instituições em que essa privação estava muito presente. Penso que a recuperação da dignidade do ser humano que é o cidadão toxicodependente, para além dos cuidados em si mesmos, também corresponde à afirmação de um valor essencial. Em suma, a partilha de experiências, a possibilidade de rentabilizar esforços conjuntos e de, com menos custos, garantir também essa qualidade e esta possibilidade de usarmos recursos mesmo a nível europeu, só possível em cooperação, para podermos garantir que esta evolução se mantenha.

Estamos perante um evento que é organizado entre o Norte de Portugal e a Galiza mas que alargou o seu âmbito, em termos de presenças, a outras regiões dos dois países e não só a organismos públicos mas também a entidades privadas...
AVF – Penso que isso reflecte, por um lado, a qualidade do próprio evento em si. Aliás, eu próprio testemunhei várias pessoas, de vários pontos dos dois países, que me vieram dar os parabéns pela qualidade científica do encontro. Penso que os temas também eram extremamente aliciantes porque traziam a possibilidade de as pessoas não só reflectirem como também levarem ferramentas concretas para usarem no seu trabalho. Por outro lado, o Norte de Portugal e a Galiza constituem em Portugal e, se calhar, também em Espanha, o exemplo mais bem conseguido de cooperação, embora haja a esse nível exemplos já antigos protagonizados pelo Algarve e pelo Centro. Desta forma sistemática, entrosada, com a possibilidade de termos equipamentos que são já conjuntos, a partilha de experiências e de know how, parece-me a experiência mais bem conseguida. Também essa procura virá um pouco no sentido de outras regiões perceberem um pouco como nós funcionamos e como conseguimos chegar até aqui, e também poderem replicar esta experiência. E aí também temos que dar uma palavra especial aos nossos colegas galegos, incansáveis no sentido da partilha, da disponibilidade do seu conhecimento e num esforço que tem sido conjunto.

Fala-se em qualidade dos serviços... Sabendo-se que a avaliação é um dos vectores essenciais da estratégia portuguesa, em que medida será também mais fácil e justa essa avaliação se os serviços forem certificados?
AVF – Sim... Agora fez-me lembrar o Edgar Morin que, a partir da análise dos sistemas, dizia que quanto maior é a simplicidade, maior é a complexidade. De facto, quanto mais conseguimos simplificar os processos menos gastos de energia há e mais sobra para podermos fazer outras coisas. E a mais-valia vem, no meu entender, daí. De conseguirmos que a qualidade aumente para que exista mais energia disponível para que possamos melhorar. E a certificação da qualidade ajuda nesse sentido, em termos de processos. Mas a qualidade dos processos só faz sentido se contribuir para a melhoria dos resultados. Este é um primeiro passo mas temos que ser mais ambiciosos e não ficar por aqui. Temos que avançar depois para a efectiva acreditação, no sentido em que esse incremento se traduza em resultados. Na saúde temos que ir mais longe. Não chega que o utente venha à consulta e seja atendido quase mal chega. É igualmente necessário que seja tratado e saia satisfeito. E a partir de algumas conversas ainda um pouco informais com empresas certificadoras da qualidade, cremos que será esse o passo seguinte, o de atentarmos essencialmente aos resultados.

A partir de um diagnóstico apresentado neste congresso foi possível constatar que, no Norte do país, a intervenção em RR se resume praticamente ao litoral. Está nos horizontes da DRN reforçar a intervenção no interior?
AVF – Também é no litoral que se verificam mais problemas, portanto, é mais evidente a necessidade de equipas de rua do que no interior. Em Viana do Castelo temos uma equipa que dará apoio a freguesias mais interiores, no distrito de Bragança está negociada, no âmbito de uma candidatura ao Interreg com Castilla-León, a aquisição de uma unidade móvel e a constituição de uma equipa que terá várias funções, entre as quais percorrer o espaço de fronteira e trabalhar com as populações jovens migrantes em espaços recreativos e a ter nalguns locais a redução de danos, mesmo com alguns programas de baixo limiar e a RR em contextos festivos. Portanto, as estruturas existem já e, constatando-se a necessidade, com certeza que serão ampliadas. Neste momento, também priorizámos as intervenções até porque não temos capacidade de avançar com tudo ao mesmo tempo mas também por forma a permitir que as instituições e parceiros se vão adaptando e integrando respostas para que a construção deste programa seja sustentada.

Outro indicador que sobressai, relativamente à caracterização dos UD's assistidos pelas equipas de rua, revela que 70 por cento desses utentes já passou pelo tratamento. A alteração que ditou a extinção dos CAT e o surgimento dos CRI visa responder também a dados como estes?
AVF – Sim, a ideia das respostas integradas visa precisamente a prossecução desse objectivo. Nós vimos num passado inicial, quando os serviços foram criados em Portugal e em toda a Europa ou nos EUA, em que nós "tratávamos a droga"... É evidente que muitas vezes resolvíamos o problema que a pessoa tinha com a droga mas depois persistiam os problemas que tinham de natureza social, os problemas de saúde mental ou de saúde física graves. Neste momento, o que procuramos nas respostas integradas é precisamente podermos articular também interinstitucionalmente, no sentido de podermos dar uma resposta global. Existem inclusivamente negociações com a saúde mental e podemos vir, numa primeira fase, a avançar com duas unidades piloto que tenham as três valências: drogas ilícitas, álcool e saúde mental. E também estamos em negociações com a Segurança Social no sentido de integrarmos as respostas sociais no nosso trabalho e assim, quando actuamos globalmente, junto do indivíduo e do seu meio envolvente, podemos reduzir significativamente as possibilidades de recaídas. Muitas vezes, não se pode falar propriamente em insucesso porque muitos desses indivíduos, a determinada altura, até evidenciaram sucesso no seu tratamento mas, por outras falhas que podem ser múltiplas, recaem... O objectivo é conseguirmos construir um esquema de referenciação em que o utente é identificado, seja pela Segurança Social, seja pelo Centro de Saúde, pelo IDT, por uma equipa de rua, etc., em que há um circuito, em que o utente pode circular e não ser agora o utente da Segurança Social e amanhã o utente do IDT...

Ontem ouvimos Joana Coutinho apresentar um novo projecto de intervenção em meio académico, sobretudo no ensino superior... Pode falar-se na emergência de um novo paradigma de intervenção também ao nível da prevenção?
AVF – Diria que a tentativa de chegar a um grupo alvo que, se calhar até por algum desconhecimento, esteve um pouco à margem. Supostamente, há 20 ou 30 anos, os universitários eram aquelas pessoas direitinhas e os toxicodependentes e os marginais seriam aqueles que teriam problemas. Até porque vimos de uma cultura de educação no nosso país em que o grande medidor do equilíbrio

do crescimento de um jovem é o resultado escolar. Hoje sabemos que, apesar de constituir um indicador importante, está longe de ser o único. Portanto, creio que corresponde, por um lado, a este aumento do conhecimento, é também hoje a maior visibilidade dos consumos no meio universitário e a necessidade de olhar para este público como potencial de recurso, no sentido de se fazer chegar informação, de se poder também trabalhar com outros jovens, o que é muito importante num registo de um paradigma que não é novo e que se designava na educação pelos pares que poderá resultar num efeito bola de neve. Estamos a caminhar para um projecto mais global, que envolva todo o meio universitário e os jovens com esse duplo objectivo: por um lado, intervir junto deles enquanto população de rico e, por outro, utilizar todo esse potencial. Sabemos que existem muitos recursos, nas áreas da saúde, nas áreas das ciências sociais e humanas, etc., em que, como alunos, têm já muitos conhecimentos que podem ser potenciados. Não terá sido há toa que, já há 20 ou 30 anos, nos tempos em que éramos estudantes, também nos vinham buscar às faculdades, na altura para passar inquéritos e fazer este tipo de trabalhos, já reconhecendo mais-valias adquiridas, num olhar de que o estudante universitário, não sendo um técnico, não é propriamente um leigo.

Que principais prioridades elege actualmente a DRN?
AVF – Existem duas que mantenho desde o início e espero, quando terminar o meu mandato, ter contribuído para a sua concretização: que os técnicos consigam melhores condições de trabalho e os nossos utentes consigam melhor acessibilidade e melhor qualidade no tratamento.

Quando fala em tratamento refere-se igualmente a todas as outras vertentes de intervenção?
AVF – Sim, aliás quando falo em utentes, não é só o tratamento mas igualmente a prevenção, a reinserção e a redução de danos. E penso que se conseguir isso, já terei feito um trabalho importante. Prioridades... Tirando esta visão mais alargada... resolver os problemas de pessoal. Regularizar a situação do pessoal que temos a trabalhar em condições difíceis, em que dão muito mais do que aquilo que, muitas vezes, pagamos para que possamos cumprir os prazos e manter as estruturas a funcionar. Outra prioridade é a conclusão do PORI, e conseguirmos manter um plano estruturado que cubra as necessidades essenciais e, especificamente, para a cidade do Porto, é prioritário conseguirmos um plano mais global, mais articulado e que possa dar uma resposta global e integrada à cidade. A ideia corresponde àquilo que dizia há poço: construir um circuito de referenciação que engloba os vários parceiros, articulados, sem prejuízo de algumas instituições particulares de solidariedade social que trabalham nesta área, que são várias e envolvem, entre outras, Segurança Social, cuidados de saúde primários, saúde pública, saúde mental, o IDT com as suas unidades locais, as autarquias, as autoridades. Conseguirmos desenhar um circuito de referenciação é essencial.

Isso passa pela criação de linhas de orientação?
AVF – Existe mesmo um manual de referenciação que é disponibilizado a cada instituição e que contém os vários procedimentos, os contactos, entre outro tipo de informação e que permite diminuir o tempo de resposta e aumentar a possibilidade de dar à pessoa o que ela necessita, em termos globais, e com custos muito menores. Um determinado utente está referenciado, independentemente do equipamento que o referencia, ele é encaminhado e seguido. Neste momento, existem equipas que referenciam e ainda têm que o levar ao hospital marcar a consulta... Penso que não é nada de novo e as instituições entenderão perfeitamente este discurso. Existe uma terceira prioridade, a qual não depende exclusivamente de nós, que é conseguimos abrir as novas instalações da Unidade de Alcoologia e redimensioná-las para podermos equipar esse espaço e rentabilizá-lo com outros serviços que nos fazem falta. Outra prioridade prende-se com projectos que temos, nomeadamente de intervenção junto de grupos de risco de menores e materno-infantis. Falamos também de prevenção indicada, de áreas lacunares que conseguimos integrar num PRI que permita ter uma resposta articulada e avaliada.

Fala-se finalmente em avaliar prevenção...
AVF – Eu diria que finalmente se faz! Porque falar... O problema do nosso país tem sido esse: ao nível do conhecimento estamos ao nível dos melhores do mundo...

Está fora dos horizontes tentar chamar a saúde mental para esta intervenção?
AVF – Não! Estamos a fazê-lo. Aliás, a toxicodependência é, claramente, também um problema de saúde mental...

...Mas a ideia será integrar as dependências na saúde mental ou integrar a saúde mental na abordagem e intervenção em dependências?
AVF – É definitivamente integrar a saúde mental na abordagem às dependências. Neste momento temos já negociações com a saúde mental que têm sido importantes, algo que não era hábito fazer. Como referi, estamos a pensar avançar com a unidade piloto que integra as várias valências e, a partir daí, podermos dar uma resposta mais adequada, sobretudo ao nível da prevenção e do tratamento. Uma integração das questões da toxicodependência na saúde mental, do ponto de vista teórico, não é chocante mas, do ponto de vista prático, é complicado porque, embora os toxicodependentes possam ter sempre necessidades de intervenção ao nível da saúde

mental, pegando no exemplo do IDT, as suas atribuições vão muito para além dos aspectos ligados ao tratamento e à prevenção. Nós temos compromissos com a comunidade, compromissos internacionais, articulações várias que tornariam o funcionamento mais difícil. E aquilo que é hoje a exigência da comunidade não se compadece com um serviço que apenas faz consultas e interna pessoas. Do ponto de vista técnico e prático creio que não faria sentido...

Os actuais prazos de execução e financiamento dos projectos delegados pelo IDT, que entretanto aumentaram de um para dois anos, são os desejáveis ou os possíveis?
AVF – Creio que são os adequados. Um ano é muito pouco, três anos ou mais, para já, também me parece exagerado... Também temos que ver que é um projecto que está a começar e que temos que monitorizar e avaliar. Penso que, neste momento, dois anos corresponderá a uma escolha equilibrada, o que não quer dizer que daqui por meia dúzia de anos, não esteja a dizer que cinco anos é que estaria bem no sentido de garantir a continuidade. Mas neste momento em que estamos a começar, em que está a ser pedido um grande esforço aos técnicos e aos serviços no sentido da adequação, é importante que tenhamos algum espaço para podermos ajustar e corrigir. É preferível que daqui a dois anos tenhamos mais algum trabalho e fazermos um esforço no sentido de uma nova contratualização mas nessa altura também já poderemos ajustar o programa e as respostas de acordo com aquilo que queremos do que dar já uma com uma margem grande e depois querermos ajustar e não termos margem legal. Creio que também se verifica uma mudança de paradigma para uma lógica mais pró-activa, em que pedimos mais à comunidade que nos ajude a fazer o trabalho que é necessário do que propriamente apoiarmos ideias. Que o IDT não seja apenas um controlador do processo, avaliando o cumprimento das tarefas para as quais as entidades se candidataram e decidir financiamentos mediante a avaliação dos relatórios mas faça uma avaliação no terreno. Estou actualmente a preparar as nossas equipas de apoio técnico para depois acompanharem e monitorizarem no terreno as actividades, passarem um dia ou outro com as equipas...

E poderão os hiatos nos financiamentos - correspondentes ao período de avaliação de um projecto, no caso da decisão pela continuidade ou renovação do financiamento ao mesmo projecto por mais dois anos – vir a diminuir?
AVF – Em teoria sim... Na prática, não sabemos até porque estamos sujeitos a um Orçamento Geral do Estado... Não sabemos como estará o País amanhã... Temos que estar atentos... não temos um orçamento fixo...

Ainda existem muitos toxicodependentes sem abrigo espalhados pelo Porto. Temos a Casa de Vila Nova que, naturalmente, não chega para resolver os problemas... Está nos horizontes da DRN criar uma estrutura, como uma casa de abrigo, ainda que temporário para que estas pessoas não continuem a viver na rua?
AVF – Estivemos a trabalhar sobre isso e concluímos que a cidade precisa de 50 camas, um número que equilibrará a situação. Embora sejam mais que 50 pessoas, também é uma população muito oscilante. A nossa ideia é conseguir a Oriente da cidade criar um espaço semelhante com 20 camas e podermos alargar Vila Nova para mais 30. Temos já uma pesquisa concreta de casas e procuraremos em breve ter uma solução.

Admite que possam ser unidades completamente de baixa exigência?
AVF – Completamente não. Não sou apologista e entendo que deve ter vários níveis exigência, até porque a ideia é ter um nível praticamente sem exigência que permita a entrada directa da rua, resolvendo-se imediatamente as carências básicas, como a ressaca, a fome, o banho e a roupa e cuidados médicos e de enfermagem se for caso disso. E termos depois também um nível de menor exigência, de algum período em que possam estar por ali até que as equipas que se encontrem no tal circuito de referenciação façam o encaminhamento para estruturas de empowerment, para se poder depois integrar.

David Sanders

"A importância da auditoria nos outcomes e melhoria contínua"

Resumo: Codman, MD (1910) advogou a análise contínua de todos os registos dos pacientes. Avaliação inicial, tratamento, avaliação contínua e resultado. Manter o registo rigoroso e avaliação dos resultados é essencial, para permitir a melhoria contínua. Actualmente a Joint Commission International continua, através dos seus padrões, a promover esta abordagem nos programas de segurança dos pacientes, informação e educação a todos os utentes. JCI incentiva também à recolha activa de indicadores clínicos. O que pode ser transposto destes padrões para o campo do tratamento e para a reabilitação dos utilizadores de drogas?

Jorge Barbosa

"PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas: Actuar local e pensar global"

Resumo: O PORI é uma medida estruturante ao nível da intervenção integrada, no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, procurando potenciar as sinergias disponíveis no território, através da implementação de PRI´s (Planos de Respostas Integradas).

Os PRI´s são programas de acção territorial que integram respostas transdisciplinares (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção social) e que decorrem do diagnóstico do território. A execução do PORI concretiza-se mediante a definição de territórios de intervenção prioritários, nos quais serão constituídos Núcleos Territoriais. Cada Núcleo Territorial é formado por entidades parceiras que actuam localmente e que se reúnem com vista a concertarem esforços no objectivo comum de implementar um Programa de Respostas Integradas (PRI).

A operacionalização do PORI traduz-se nas seguintes fases:

- Fase 1 – Identificação dos territórios
- Fase 2 – Selecção dos territórios prioritários
- Fase 3 – Divulgação dos territórios prioritários
- Fase 4 – Elaboração do diagnóstico do território
- Fase 5 – Divulgação do diagnóstico do território
- Fase 6 – Constituição do PRI
- Fase 7 - Criação do Núcleo Territorial do PRI;
- Fase 8 – Coordenação técnica e financeira do PRI

A Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e Toxicodependência, em colaboração com as entidades parceiras (serviços descentralizados e/ou desconcentrados da administração pública e entidades da sociedade civil), identificou as zonas que apresentam problemáticas associadas ao consumo de substâncias psicoactivas e seleccionou os territórios prioritários de intervenção. Na Região Norte foram identificados 30 territórios que estão a ser alvo de um diagnóstico local, partilhado e participado, que tem contribuído: para a compreensão dos contextos e settings, dos grupos da população afectados, das consequenciais sociais e para o planeamento de respostas integradas, concertadas e globais, assentes na centralidade do cidadão e na territorialidade.

Maria de Fátima Trigueiros

"Prosseguir a Melhoria da Qualidade das Intervenções em Prevenção – Uma Reflexão sobre Processos de Certificação Disponíveis"

Resumo: O Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências 2005-2012 estabelece três objectivos gerais para o Vector Prevenção, um dos quais é "aumentar da qualidade da intervenção preventiva através do reforço da componente técnico-científica e metodológica". Esta Comunicação apresenta-se como uma reflexão sobre os vários instrumentos e alternativas de que dispõem as organizações envolvidas em actividades de Prevenção, e em especial as organizações não lucrativas, para integrar processos de Certificação de Qualidade a montante da intervenção preventiva com o objectivo de responder às exigências de uma Administração Pública também ela sujeita a prestar contas das suas actividades quer aos Órgãos de Controlo e à Assembleia da República, quer ao escrutínio da Sociedade Civil.

Gregorio González Alcaide

"Indicadores de actividade científica e âmbitos de investigação sobre trastornos aditivos na Galiza e Norte de Portugal"

Resumo: O objectivo da apresentação consiste em aprofundar a linha do trabalho apresentado no III Congresso Luso-Galaico sobre Avanços em Toxicodependências, intitulado "Indicadores da actividade científica sobre transtornos aditivos na Galiza". Neste caso, analisar-se-á a produtividade científica, a colaboração e a visibilidade e impacto da investigação gerada tanto por instituições da Galiza como do Norte de Portugal. A par, identificar-se-ão os grupos de investigação existentes e os principais âmbitos temáticos abordados.

Jesus Cartelle

Fala-se, neste evento, sobre qualidade implementada nos serviços e sobre avaliação. Em que medida é possível aplicar os conceitos expostos numa base transfronteiriça, sabendo-se que existem unidades de ambos os lados da fronteira que servem populações das duas nacionalidades?

JC – É possível, sem dúvida... Aliás, creio que devemos aproveitar o que já existe de ambos os lados e sermos capazes de partilhar. Há trabalho já feito, que se encontra à disposição de quem quiser aproveitá-lo como referência e opção e, a partir daí, construir. Trabalhando nós no mesmo campo, na mesma área, faz todo o sentido compartilhar determinadas posições e formas de trabalhar.

Você que tem implementado sistemas de qualidade em unidades de saúde, como avalia a adesão das direcções das mesmas e dos demais profissionais?

JC – Há uma questão que se reveste de fundamental importância, a qual tem a ver com a decisão, por parte da direcção, de apoiar o processo. Sem uma decisão favorável e o apoio por parte do director ou directora da unidade é impossível seguir em frente com um processo deste cariz.

E isso tem existido?

JC – Tem que existir... Se não, não se pode colocar em marcha o processo. Mas tem que existir igualmente alguma maturação por parte da equipa de trabalho para ser capaz de se questionar relativamente ao trabalho que exerce no dia-a-dia, suas formas de actuar, experimentar novas formas de actuar que se revelem, à partida, mais eficazes... se não se traduzirem mais eficazes, voltar às anteriores... Em suma, perder o medo de jogar...

Nesta área do tratamento e demais serviços prestados em toxicodependência, começa a falar-se mais em clientes e menos em utentes, pacientes ou doentes... Em que medida traduzirá isto uma diferente óptica sobre o serviço de saúde?

JC – Sem dúvida! A óptica, no fundo, é a da qualidade e, partindo deste ponto de vista, faz-se referência a isso mesmo. Falamos de clientes internos e externos. E também nos considera os a nós próprios, profissionais, que trabalhamos diariamente num dispositivo, como clientes. E neste sistema em que se considera que se deverá beneficiar toda a gente com a implementação de novas práticas que se baseiam na melhoria progressiva dos dispositivos, faz todo o sentido que, a par da melhor satisfação dos utilizadores dos serviços, se promova a satisfação das administrações de que dependem os dispositivos e dos profissionais que aí trabalham.

É possível obter igualmente um incremento de qualidade ao nível do fluxo de comunicação entre os utilizadores e os prestadores do serviço?

JC – Claro que sim... Até porque existe uma outra questão igualmente importante: só entendendo que do outro lado da mesa existe um saber com o qual podemos contar e podemos partilhar com o nosso, que é o dos utilizadores, do qual terá necessariamente que resultar um saber ainda maior. Temos que pensar em formas de lhes conferir a consideração que realmente merecem.

Sabendo-se que o processo de implementação de um sistema de qualidade pode demorar anos, quando se podem começar a evidenciar melhorias no dispositivo?

JC – A partir do momento em que o dispositivo lança a si mesmo o desafio e o jogo de aceitar pensar que "bom, tenho isto que pode funcionar melhor, vou realizar esta acção correctora, e vamos ver o que se passa dentro de um mês, três ou seis... Tudo começa a partir de uma acção que visa intervir sobre algo que acreditamos que poderá ser melhorado. E da colocação em prática de medidas que pensamos que podem servir para esse fim. E do seu efectivo cumprimento. O que se apresentava nesta última mesa, acerca do ex-CAT de Vila Real, dos anteriores tempos de espera para as consultas, dos objectivos fixados e dos resultados obtidos... tudo isto é trabalhar em qualidade. Por exemplo, antes, um paciente poderia ficar na sala de espera meia hora ou três quartos de hora, considerámos que 15 minutos seria um tempo de sobra e agora mesmo é de cinco minutos o tempo que um paciente tem que esperar para ser atendido. Isto é qualidade!

Acredita que a implementação de certificações de qualidade passará a ser um eixo estratégico para o desenvolvimento das unidades de saúde portuguesas e espanholas dedicadas ao atendimento de dependentes?

JC – Em Portugal, nas toxicodependências, já o é! Esperemos que na Galiza também o venha a ser...

Isabel Ponte

Na apresentação que trouxe, parte de um diagnóstico realizado junto de populações de UD's no Norte. Que principais conclusões retira desse estudo?
IP – O que, à partida, me sensibilizou mais e me trouxe alguma preocupação foi perceber que, nos últimos seis meses, o material que mais partilhavam no consumo era o tubo de fumar. Por outro lado, a partir desses dados recolhidos ao longo dos últimos seis meses, também nos satisfaz perceber que é muito reduzida a quantidade de pessoas que partilha seringas, o que constitui um sinal de que as campanhas e os programas de troca de seringas devem estar a produzir resultados. Por outro lado, as pessoas ainda partilham recipientes. Outra constatação evidenciada prende-se com o facto de a grande maioria destas pessoas não beneficiar de qualquer tipo de apoio pecuniário, de a sua maior parte apenas ter tido frequência escolar no primeiro ciclo do ensino básico, sendo que os restantes apresentam, de forma geral, índices de escolaridade muito baixa. A maior parte dos consumidores sobre os quais incidiu este estudo habita em condições precárias, muitos dos quais habitam sozinhos ou com o companheiro e uma parte significativa habita com os pais. Das conclusões que já seriam de esperar, confirmámos que a droga mais consumida é a heroína, seguida da cocaína. Outra particularidade que me serve para perceber alguns dos mitos existentes prende-se com o facto de a primeira droga de consumo ser quase em simultâneo cannabis, cocaína e heroína. Ou seja, a maior percentagem de UD's começa pela cannabis (52%) mas, desses, 51%, na mesma faixa etária iniciou o consumo de heroína.

Quais foram os principais objectivos do estudo?
IP – Basicamente, o que se pretendia era caracterizar esta população por forma a que se entendesse, por um lado, a importância das intervenções de RR, face à vulnerabilidade a que esta população está sujeita e, por outro lado, para que pudéssemos ter em conta estas características para as futuras intervenções. Uma das dificuldades que sentimos prendeu-se com a recolha de dados. Existem equipas de rua que dão muita importância a esta prática e que nos enviam relatórios com indicadores mensais de prestação de serviços ao utente e enviam semestralmente as fichas de avaliação e outras que não o fazem. Pelo que a amostra que tínhamos para realizar este estudo, já a da avaliação era muito pequena, e resolvemos fazer apenas a caracterização e aproveitar este momento para explicar, mesmo a pessoas que trabalham no IDT, e a outras que trabalham em outras entidades públicas este modelo de resposta integrada, ao nível da RR, que se implementou.

Em que medida servirá este diagnóstico para a futura implementação de linhas de orientação e intervenções na DRN?
IP – Espero que sim... Hoje foi feita a apresentação pública, espero, com a Cátia Coutinho, que foi uma pessoa que contribui de forma determinante para a realização deste diagnóstico, poder publicar em 2008 a avaliação de 2007. Isto, claro, se os instrumentos que pedimos às equipas de rua e às outras estruturas de RR nos chegarem.

Tendo estado no encontro internacional do IHRA em Barcelona, tendo tido a oportunidade de visitar as unidades de consumo assistido e de ver algumas estratégias de RR inseridas num contexto nada habitual, nomeadamente a troca de seringas realizadas no espaço do congresso, face à presença de associações de utilizadores, trouxe algumas bases que alterassem a sua visão sobre a intervenção ou algo que gostasse de destacar?
IP – Não alteraram... Sustentaram. As salas de consumo assistido, por si só, não têm qualquer valor, assim como não tem a troca de seringas e uma série de outras coisas. O que sustenta, de facto, a minha perspectiva de que este pode ser um futuro investimento no nosso país é o facto de toda esta intervenção ser feita no âmbito de uma metodologia que já bem conhecemos e é muito pouco utilizada a este nível, que é a metodologia da intervenção comunitária em que os próprios, os sujeitos, não são só promotores das suas próprias respostas, como são ao mesmo tempo os alvos e protagonistas dessa intervenção.

Quer dizer que existirá uma via de comunicação entre a DRN e os utilizadores?
IP – Sim, julgo que sim... Aliás, uma das preocupações desta DRN foi exactamente convidar a Associação de Consumidores CASO para estar presente neste encontro, porque consideramos que este trabalho tem muito mais viabilidade através do poder local, da participação cívica dos cidadãos constituídos em associações e porque acreditamos que são uma peça fundamental para as respostas.

Que prioridades elege ao nível da RR, na DRN?
IP – Sem estar a querer ser pretensiosa, diria que a grande prioridade seria promover o acesso universal das respostas de RR e, por outro lado, iniciar um movimento que possa, cada vez mais, atender a grupos específicos da população.

Hoje, fala-se aqui sobre qualidade implementada nos serviços de saúde destinados a indivíduos dependentes. Em que medida constitui uma preocupação da DRN dotar as suas unidades de mecanismos que potenciem uma intervenção orientada pela qualidade?
IP – É certamente e, como é sabido, ao nível da RR, isso já tem vindo a acontecer. Temos um sistema de resposta integrada bem monitorizado que, inclusivamente, ganhou o prémio do Hospital do Futuro, em 2006-2007, fruto do trabalho do núcleo de RR, da Dra. Paula Andrade e sua equipa. Portanto, julgo que o que está bem será para ficar e o que se puder melhorar, far-se-á.

Afinal de contas, How Does It Work? (n.d.r.: título da apresentação realizada por Isabel Ponte)
IP – Com todas as peças do puzzle em constante troca de impressões, construindo conjuntamente a tal resposta integrada. Falamos hoje de integração e pouca gente saberá o que quer isso dizer mas julgo que é assim, de forma articulada e integrada, que tudo isto terá que funcionar.

E para quando a criação das guidelines em RR... embora tal não dependa "só" da DRN?
IP – O núcleo de RR tem realizado um excelente trabalho e continuará certamente a fazê-lo e, portanto, naquilo que concerne à DRN, temos que colaborar e poderemos, eventualmente, ser próactivos no sentido de podermos ir conversando com o núcleo de RR acerca daquilo que gostaríamos de ver implementado no nosso território.

Alexandre Quintanilha

Como é que se compreende e comunica o risco nesta área?
AQ – Não existe uma resposta simples, até por se tratar de uma área que não conheço. Creio é que o que continua a fazer muita falta é que pessoas com competências diferentes tenham o tempo – andamos todos a trabalhar que nem uns loucos e cada vez temos menos tempo – necessário para falar com colegas de áreas completamente diferentes. E que tenham tempo para abrirem as suas mentes em relação a domínios que não conhecem. E o grande problema que persiste hoje em dia é que, em áreas como esta, que pedem muito de cada um de nós, em que a pessoa se envolve racionalmente, emocionalmente e de muitas outras formas intermédias, não têm tempo para se sentarem com colegas de outros domínios do conhecimento para trocar impressões e conhecimento adquirido. Portanto, para mim o grande dilema consiste em saber como vamos educar os mais jovens, os que estão a ser treinados e estão interessados nestes domínios para perceberem o quão fundamental é a questão da interdisciplinaridade. Uma coisa é termos uma ideia ou uma impressão, outra é sabermos até que ponto outros já questionaram, já experimentaram, já registaram e até que ponto nos podem ajudar na nossa construção da representação que temos desse problema na sociedade actual. Porque, primeiro, não é uniforme. Não há os toxicodependentes e os outros. Isso não existe. A questão mais difícil é precisamente ter a disponibilidade, o tempo e a oportunidade para trocar o conhecimento que é adquirido. E isso é algo que deveria constituir responsabilidade das instituições de ensino, estimular esse tipo de diálogo que não fazem porque não há tempo.

Sendo um homem da investigação, como avalia a produção científica que se vai realizando em Portugal?
AQ – Acho que está óptima, acho que está cada vez melhor! Portugal deu um salto enorme nos últimos 10, 15, 20 anos e temos hoje em dia uma comunidade científica muito rica, muito produtora, às vezes frustrada porque são muitos e cada vez existem mais.

E existe aplicação prática para esses estudos?
AQ – Para algumas coisas sim. A maior parte das descobertas que se fazem não tem aplicações práticas imediatas, como é óbvio. Algumas têm, outras não, outras podem vir a ter daqui a uns anos mas eu acho que a comunidade científica portuguesa, nos últimos 15, 20 anos, mudou dramaticamente. Hoje em dia, temos uma comunidade grande... eu diria que ainda algo frágil porque não temos a história por trás... Ainda estamos a fazer algumas asneiras, que é próprio daqueles que estão a começar mas, também aqui, sou muito optimista.

Joana Coutinho

Face à reestruturação orgânica do IDT e à reorganização de que resultaram os CRI, teremos finalmente uma prevenção integrada com as outras áreas de missão do IDT?
JC – Se finalmente vamos ter não sei. O que lhe posso dizer é que, de facto, o projecto que apresentei, o GIES, um projecto de ligação com o ensino superior, pretende e procura fazer essa integração. É um projecto que assume o ensino superior nas diferentes áreas de missão do IDT e que tem procurado construir um conjunto de respostas nas diferentes áreas. Nós temos ideias para fazer prevenção no ensino superior, para intervir no âmbito da RR nas festividades académicas, para agilizar canais de encaminhamento para tratamento e parece-me portanto que o projecto consubstancia uma tentativa muito positiva de pôr em prática aquilo que é de facto uma resposta integrada e uma filosofia de um Centro de Respostas Integradas.

Qual tem sido o feed back do meio académico face às vossas propostas?
JC – Como referi na minha apresentação, em relação ao meio académico, realizámos sobretudo um trabalho de levantamento. Aquilo que tentei hoje veicular através desta apresentação é que agora, face a este levantamento, cabe aos CRIs, em função obviamente dos recursos de que dispõem e das realidades locais, articular e abrir as respostas ao meio académico que já nos demonstrou quais são as necessidades, já nos disse quais seriam as propostas e cabe agora, também ao IDT, encetar este trabalho de articulação e de abordagem ao ensino superior, que não é a primeira vez que o faz mas que tem que ser de facto reforçada e potenciada.

A prevenção indicada está também nos horizontes do CRI do Porto ou será ainda algo entravado face ao investimento necessário?
JC – A prevenção indicada, ao nível da prevenção do CRI Central do Porto, não está neste momento a ser realizada directamente, uma vez que, como se sabe, corresponde a um quadro de ligação entre a prevenção e o tratamento. A DRN dispõe de um projecto muito interessante direccionado a tratar os casos que, a partir da intervenção, indicaram já existirem alguns consumos problemáticos.

E como tem sido a articulação da DRN com a DREN?
JC – Nós temos desenvolvido uma articulação mais ao nível das escolas, que nos contactam directamente. Agora, houve uma deliberação do Ministério da Educação, que definiu as toxicodependências como uma das quatro grandes prioridades em relação às diferentes temáticas possíveis de serem abordadas pelas escolas nos projectos educativos. Como tal, temos tido variadíssimos pedidos no âmbito das escolas para desenvolvermos trabalhos de prevenção.

Victor Pedreira Crespo

Que principais diferenças se notam das três anteriores edições do Congresso Luso-Galaico para este IV Congresso?
VC – Desde logo, parece-me um sinal de maturidade o facto de este IV Congresso se dedicar fundamentalmente ao tema da qualidade. Poder-se-á afirmar que o desenvolvimento dos serviços terá, de certa forma, alcançado já um grau que nos permite agora focalizarmos essencialmente o tema da qualidade nos mesmos. Creio que a primeira preocupação se prende usualmente com a implementação dos recursos que nos permitam atender as necessidades evidenciadas. A segunda preocupação deverá ser exigirmos algo mais, exigir que esse atendimento seja prestado mediado por critérios rigorosos de qualidade. Quando falamos de qualidade, damos em princípio por certo que as necessidades básicas estão suficientemente cobertas.

A implementação de sistemas de qualidade assume algum tipo de importância específico para determinada região ou será mais importante para a articulação das duas?
VC – Creio que a qualidade é antes de mais uma exigência racional e ética. Deveríamos todos entender que conhecer os efeitos das nossas acções é algo indispensável para podermos desenhar mudanças nas nossas acções. A medição e avaliação do impacto dos programas é algo completamente indispensável para que possamos reflectir acerca da utilidade do que temos. Caso contrário, é possível que estejamos a fazer muito mas na direcção errada. E perder tempo e utilizar mal dinheiros públicos é seguramente um mau caminho. Os serviços públicos têm que entender que a avaliação e a qualidade são exigências indispensáveis, até porque os recursos são limitados. E, como exigência, isto tanto é bom para Portugal como o é para a Galiza e ainda para esta intervenção fronteiriça porque, se estamos a criar uma cultura e até uma rede assistencial transfronteiriça e começamos também agora a trabalhar conjuntamente no âmbito da prevenção, é natural que nos auto exijamos que esses programas preventivos que levamos a cabo conjuntamente e esses centros de atendimento transfronteiriços reúnam os critérios de qualidade exigíveis.

Quando falamos de qualidade referimos normalmente a adequação dos serviços aos utilizadores. Que papel desempenham estes no processo em questão?
VC – Entende-se que a qualidade nos serviços deve ser repercutida fundamentalmente nos seus utilizadores, que são como tal, os últimos beneficiários da implementação de programas de qualidade. Mas também é verdade que os próprios profissionais dos serviços beneficiam dessa qualidade porque trabalhar em condições acreditadas evita muitos efeitos indesejáveis como o burn out. Mas é verdade que o último beneficiário é o utilizador. E aí, para poder avaliar o impacto que os programas que levamos a cabo produzem sobre os utilizadores, é muito importante conhecer o grau de satisfação. A sua qualidade de vida, certamente, mas também o grau de satisfação face aos programas. Hoje, temos que definir como objectivo a aceitabilidade. Não simplesmente que um determinado programa implique, desde a perspectiva objectiva, alterações benéficas ao seu estado de saúde mas que também seja efectivamente aceite pelo próprio utilizador. Devemos abandonar a postura mais antiga em que o profissional actuava desde um pedestal do conhecimento, decidindo o que, ao nosso juízo, nos parecia melhor para a população e para o utilizador. Há que abandonar esta atitude prepotente e contar também com o utilizador. Os serviços têm que se adaptar não só às necessidades como também às expectativas que os utilizadores têm e às suas próprias exigências. De nada serve que um programa seja bem desenhado se não for aceite pelos grupos a que se destina.

A avaliação continua a merecer a objecção por parte dos profissionais que, de certa forma, podem temer juízos acerca dos seus trabalhos?
VC – Sim, cada vez menos mas creio que é verdade que persiste uma certa confusão entre avaliação e controlo. É verdade que a avaliação pode ser utilizada de forma perversa mas não está desenhada para isso, não é um instrumento de controlo do trabalho do profissional. A avaliação tem que ser orientada para a obtenção de mudanças no planeamento. A avaliação deve ser uma fase do planeamento e não um instrumento de controlo da acção, da intervenção profissional. E se o objectivo for esse existem outros sistemas para controlar e a avaliação não será, certamente, o melhor. As pessoas têm que entender definitivamente que o que se trata aqui é de ser mais eficiente e que os nossos esforços produzam os resultados mais apetecíveis. Mais que isso, trata-se de um instrumento que se poderá revelar de imensa utilidade para o próprio profissional porque, se alguém actua um determinado programa ou finaliza um determinado tratamento e não tem a possibilidade de conhecer o impacto produzido, perde uma ferramenta muito útil para determinar se o que deve fazer é manter ou produzir alguma alteração. Portanto, deve ser também um instrumento ao serviço do profissional para a realização do seu próprio trabalho. E à administração deverá servir para o planeamento, não para o controlo.

Que outro tipo de colaboração existe entre a Galiza e a DRN do IDT para além da realização de iniciativas como o Congresso Luso-Galaico?
VC – Creio que, antes de mais, existe uma história. Uma história construída pelos povos transfronteiriços e uma história de intercâmbio cultural, comercial... em todos os âmbitos. E creio que essa história prévia é que possibilita que possamos ancorar iniciativas mais oficiais, como são os casos dos Programas Interreg. A história entre os nossos povos é muito antiga e creio que isso facilita o entendimento e permitiu o êxito destes progamas. Actualmente, estamos a tentar chegar a âmbitos muito diversos: o âmbito assistencial, através dos centros, o âmbito da formação – este congresso é um exemplo, uma acção no âmbito do Programa Interreg, um programa formativo que inclui outras acções como os intercâmbios de profissionais, os serviços galegos e os do Norte de Portugal, a realização de encontros profissionais sobre temas monográficos – fizemos vários... Agora, estamos focalizados num projecto novo no âmbito da prevenção. Não temos, todavia, muita experiência nesse campo e a utilização de materiais comuns implica partilhar muitos elementos culturais, sob a pena de se traduzir numa imposição de materiais que não cabem na própria cultura. E em matéria de prevenção, sobretudo em meio escolar, teremos que nos adaptar às chaves culturais de determinados lugares e os materiais têm que ser diferentes. Verificámo-lo, por exemplo, em relação à utilização das cores, dos sons, das músicas, elementos que nos permitem focalizar e entrar melhor em determinadas culturas. Portanto, existe um desafio que consiste em os poderes levarem a cabo programas que utilizem materiais comuns na prevenção e, pela primeira vez, estendemos estes programas de colaboração inter-regional ao âmbito da saúde mental. Sentámo-nos à mesma mesa, colegas da saúde mental da Região Norte de Portugal e da Galiza, trabalhámos durante muito tempo e tentámos perceber que projectos de interesse comum poderíamos apresentar. E conseguimo-lo: um no âmbito do alcoolismo, que em muitos locais estava mais perto da saúde mental do que das drogas ilícitas e outro no âmbito da doença mental grave, de programas fundamentalmente dirigidos a pacientes esquizofrénicos crónicos, um programa residencial e ocupacional. A ver vamos se teremos sorte e se estes programas serão aprovados para que os possamos levar a cabo nos próximos anos.

Como vê, a partir da Galiza, o trabalho desenvolvido pelos profissionais portugueses?
VC – Não o digo por razões de boa educação ou por diplomacia mas antes com toda a sinceridade: vejo-o com muito interesse. Ainda esta manhã estive numa mesa em que comentava a Jorge Barbosa que tenho interesse profissional em ver mais de perto tudo aquilo que apresentou sobre o PORI. Creio tratar-se de algo de elevado interesse e terei que o ver mais próxima e aprofundadamente.

Um dos seus grandes objectivos prendia-se com a integração dos serviços de toxicodependências na saúde mental na Galiza. Como se encontra o processo?
VC – Bom, aí tenho que reconhecer que estamos um passo à frente em relação a vocês. Estamos mais próximos de materializar este objectivo da integração. Mas esta proposta que agora estamos a apresentar era há cinco anos praticamente impossível de fazer-se pois estaria praticamente condenada ao fracasso e hoje já existem sinais muito positivos, que se traduzem numa possível aceitabilidade. A nível funcional conseguimos já essa integração, por ordem da Consejeria de Saúde, que determinou que estes serviços da toxicodependência já se inserem na saúde mental, um passo muito importante que contribui para a integração que só não existe ainda administrativamente. E as resistências à mudança estão a resultar muito mais simples do que esperávamos... Aquilo que verificamos é que existem muitos benefícios resultantes dessa alteração, nomeadamente na diminuição das listas de espera, que são menores neste serviço, os tempos de dedicação acrescem, estas unidades estão bem dotadas na Galiza... e algumas pessoas poderiam temer que essas vantagens se perdessem com a integração no sistema sanitário geral. Contudo, a surpresa que tivemos resulta de essas resistências estarem a ser muito menores do que previámos e, com a maior naturalidade, as pessoas entendem que as toxicodependências têm a ver com problemas de saúde mental. E os problemas de saúde mental não são problemas médicos nem problemas biológicos mas antes problemas bio-psico-sociais. E as equipas assistenciais respondem igualmente a este planeamento, a esta concepção da doença. Portanto, é conjuntamente que devem trabalhar os médicos, os psicólogos, os assistentes sociais, os terapeutas ocupacionais, os enfermeiros e o pessoal administrativo.

No âmbito do Programa de Investigação sobre Droga e Toxicodependências que o Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP (IDT) tem vindo a desenvolver, através de contratos de investigação celebradas com Universidades, foram apresentados publicamente, no passado dia 24 de Junho, no Auditório do Instituto de Estudos Sociais, da Universidade de Lisboa, os resultados preliminares dos estudos "Drogas e Prisões em Portugal – 2007", realizado pela Prof.ª Doutora Anália Torres e Equipa, do "Centro de Investigação e Estudos de Sociologia" (CIES) do ISCTE; e "Estimativa da Prevalência do Consumo Problemático", realizado pelo Prof. Doutor Jorge Negreiros da Faculdade de Psicologia e de Educação da Universidade do Porto; Na mesma ocasião procedeu-se ainda ao lançamento do livro: "Consumo de Substâncias: Estilos de vida? À procura de um estilo?" Coordenado pela Prof.ª Doutora Margarida Gaspar de Matos, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, na Colecção "Estudos-Universidades" do IDT. Esta sessão inseriu-se nos eventos da Semana de Comemorações do "Dia Internacional Contra o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas" que se assinala a 26 de Junho. Dependências publica as sínteses de apresentação desde estudos.

"Estimativa da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas em Portugal"

Prof. Doutor Jorge Negreiros
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

No âmbito do contrato de investigação celebrado entre o IDT e a FPCE/UP, foi realizado em 2007, pelo Prof. Doutor Jorge Negreiros, o estudo "Estimativa da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas em Portugal" com o objectivo estimar a dimensão do consumo problemático de drogas em 2005 e de comparar essa realidade com a que existia em 2001, ano da realização do estudo anterior.
Este estudo foi desenvolvido com recurso aos "Métodos de Multiplicação", tendo utilizado como populações de referência os utentes (em 2005) dos CAT - Centros de Atendimento a Toxicodependentes e das "Equipas de Rua". Para estimar o valor dos "multiplicadores" foi efectuado um estudo em duas amostras, seleccionadas pelo método "respondent-driven" (derivada do "snow-ball"): uma na Área Metropolitana do Porto (N=237) e outra na cidade de Viseu (N=40).
De acordo com o OEDT-Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência" considera-se que "Consumo problemático", é o "Consumo injectado, ou de longa duração, de heroína, cocaína ou anfetaminas".

Dos resultados do estudo, em síntese, salientam-se as seguintes estimativas:

Consumos Problemáticos de Heroína, Cocaína ou Anfetaminas
Estimativas da Prevalência - Portugal 2000/2005

Definição do Caso	2000	2005
Consumidores de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas ou Consumidores destas drogas com consumos de longa duração/uso regular, ou Consumidores por via endovenosa	(Multiplicador tratamento) 48 673 - 73 010	(Multiplicador tratamento) 44 653 - 53 240
Consumidores destas drogas com consumos de longa duração/uso regular, ou Consumidores por via endovenosa	(Back-calculation) 26 920 - 43 966	(Multiplicador:equipas rua) 30 833 - 35 576
Consumidores de drogas por via endovenosa (actuais ou recentes)	(Multiplicador mortalidade relacionada c/ drogas) 15 900 - 31 800	(Multiplicador mortalidade relacionada c/ drogas) 10 950 - 21 900 (Multiplicador tratamento) 13 183 - 16 285

A estas estimativas correspondem as seguintes taxas por 1000 habitantes:

Consumos Problemáticos de Heroína, Cocaína ou Anfetaminas
Estimativas da Prevalência - Portugal 2000/2005

Definição do Caso	2000	2005
Consumidores de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas ou Consumidores destas drogas com consumos de longa duração/uso regular, ou Consumidores por via endovenosa	Taxa/ 1000 Habitantes 6,4 - 10,7	Taxa/ 1000 Habitantes 6,2 - 7,4
Consumidores destas drogas com consumos de longa duração/uso regular, ou Consumidores por via endovenosa	Taxa/ 1000 Habitantes 4,3 - 6,4	Taxa/ 1000 Habitantes 4,3 - 5,0
Consumidores de drogas por via endovenosa (actuais ou recentes)	Taxa/ 1000 Habitantes 2,3 - 4,7	Taxa/ 1000 Habitantes 1,5 - 3,0 Taxa/ 1000 Habitantes 1,8 - 2,3

Apesar de efectuadas a partir de estudos realizados apenas em duas zonas geográficas, e de os sistemas de informação existentes na altura, não permitirem uma caracterização adequada dos consumidores das populações de referência, estes resultados indicam uma evolução positiva de 2001 para 2005, relativamente a qualquer dos tipos de consumidores.
Considerando que a toxicodependência é uma doença crónica e que o sistema de tratamento está disponível em todo o país, não seria previsível que se encontrasse decréscimos de uma ordem de grandeza muito elevada. É, no entanto, relevante o decréscimo do consumo de drogas por via endovenosa.
Em síntese, também este estudo aponta quer para um decréscimo da percentagem de consumidores, quer para padrões de consumo, menos problemáticos.

"Drogas e Prisões em Portugal – 2007"

Prof.ª Doutora Anália Torres (Coord.)
Diana Maciel, Isabel Sousa e Raquel Cruz
Do "Centro de Investigação e Estudos de Sociologia" (CIES) do ISCTE;

No âmbito do contrato de investigação celebrado entre o IDT e o CIES/ISCTE, foi realizado em 2007 o estudo "Drogas e Prisões – II" com o duplo objectivo de caracterizar a situação actual relativa ao consumo de substâncias psicoactivas pelos reclusos dos Estabelecimentos Prisionais Portugueses, e de comparar a realidade actual com a que existia em 2001, ano da realização do estudo anterior "Drogas e Prisões I". Sob coordenação da Prof. Doutora Anália Torres, este projecto contemplou dois Inquéritos por questionários auto-preenchidos, um realizado numa amostra representativa dos reclusos, a nível nacional (NR=1986 reclusos), e outro aos Directores dos Estabelecimentos Prisionais (ND=37). Foi utilizada uma metodologia em tudo semelhante à do estudo anterior.

As questões abordadas integravam quatro aspectos:

- Tipos de crime praticados e sua relação com as drogas;
- Caracterização dos consumidores de drogas e das práticas de consumo;
- Doenças infecto-contagiosas e consumo de drogas por via endovenosa;
- Perspectiva dos Directores dos Estabelecimentos Prisionais

Das conclusões apresentadas, destacam-se as seguintes:

- A condenação por crimes directa ou indirectamente relacionados com droga
continua ser a principal causa de prisão, havendo um ligeiro decréscimo dos
crimes relacionados com droga

- Relativamente às Prevalências de Consumo:
Ao Longo da Vida (pelo menos uma vez, na vida) de 2001 para 2007, os resultados evidenciam:
_ Ligeira diminuição na percentagem de reclusos que já consumiu drogas (66%-2001; 64%-2007), continuando bastante superiores aos valores da população geral;
_ Diminuição das percentagens de reclusos que já consumiram heroína, cocaína, medicamentos do tipo tranquilizantes/ansiolíticos, anfetaminas
e "outras" substâncias.
_ Em 2007, a seguir à cannabis, a substância mais consumida foi a
cocaína, ao contrário do que sucedia em 2001, em que era a heroína;
_ Estabilização das percentagens de reclusos que já consumiram
cannabis;
_ Aumento das percentagens de reclusos que já consumiram ecstasy;

o Na Prisão (pelo menos uma vez, na prisão) de 2001 para 2007, os resultados evidenciam:
_ Diminuição das percentagens de reclusos que já consumiram qualquer das substâncias.
_ Diminuição do consumo por via injectável e aumentando o consumo na modalidade fumada.

Reclusos - Prevalências de Consumo de Drogas e Medicamentos * (%)

	Longo da Vida 2001	Longo da Vida 2007		Na Prisão 2001	Na Prisão 2007
Cannabis	57	55	Cannabis	39	29
Heroína	47	34	Heroína	27	13
Cocaína	46	40	Cocaína	20	10
Medicamentos *	32	24	Medicamentos *	25	16
Anfetaminas	19	16	Anfetaminas	7	2
Ecstasy	17	20	Ecstasy	6	3
Outras Substâncias	9	5	Outras Substâncias	5	2

* (pelo menos uma vez) * medicamentos do tipo anti-depressivos, ansiolíticos, etc.

Consumidores Reclusos - Prevalências de Consumo* (%)

	Longo da Vida 2001	Longo da Vida 2007		Na Prisão 2001	Na Prisão 2007
Cannabis	88	87	Cannabis	69	52
Heroína	73	54	Heroína	58	39
Cocaína	71	64	Cocaína	44	21
Medicamentos *	50	38	Medicamentos *	77	66
Anfetaminas	30	25	Anfetaminas	37	15
Ecstasy	26	32	Ecstasy	38	14
Outras Substâncias	13	9	Outras Substâncias	53	25

* (pelo menos uma vez) * medicamentos do tipo anti-depressivos, ansiolíticos, etc.

- Quanto às doenças infecciosas, de 2001 para 2007:
o Houve aumento da percentagem de reclusos rastreados para o HIV,
Hepatites B e C;
o Decréscimo das percentagens de reclusos com testes positivos para qualquer destas patologias
_ (HIV: 16%-2001, 10%-2007; Hepatite B: 10%-2001, 5%-2007e
Hepatite C : 27%-2001, 23%-2007);
o Aumento da percentagem de reclusos que afirmaram que quando se injectavam, usavam só material novo (agulhas, seringas, etc.)

- Sobre as opiniões, avaliações e preocupações dos Directores dos Estabelecimentos Prisionais, os resultados mostram que:
o As doenças infecciosas são a maior preocupação;
o Os programas de tratamento, alas/unidades livres de drogas e programas de substituição opiácea e/ou terapêuticos, são as medidas que consideram mais importantes;
o Os programas de apoio a toxicodependentes na prisão, merecem também o seu apoio.

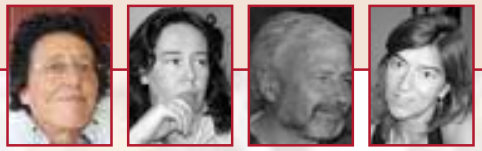
Portanto e em síntese, embora os resultados deste estudo indiquem uma evolução positiva contínua, o IDT reconhece haver, ainda, um longo caminho a percorrer até que sejam atingidos os objectivos ambiciosos do Plano de Acção de Luta contra a Droga e a Toxicodependência. Por outro lado, salienta-se o facto de estes resultados apontarem no mesmo sentido dos que foram recentemente divulgados, referentes à População Portuguesa e ao Meio Escolar, ou seja, para o decréscimo da percentagem de consumidores de drogas.

Os centros de decisão:

Paula Marques

Responsável pela Prevenção, IDT

Ainda que devamos ter em conta o facto de a maior parte dos programas e acções desenvolvidas não permitir inferir uma mensurabilidade directa, considera justa a opinião quase generalizada de que a prevenção tem sido uma área que tem falhado ao longo dos anos?



Paula Marques – Mas diga-me... falhado como? Pelo que se considera a ausência de projectos financiados, pelos resultados? O que se entende por falhar neste caso?

O que normalmente ouvimos dizer é que, em Portugal, a prevenção não tem resultado no que se desejaria ou seria de prever...

Paula Marques – Eu não sei se tem falhado... Aquilo que sabemos – e constatamo-lo através dos dados que nos vão sendo fornecidos – é que os valores relativos aos consumos, seja na população em geral, seja em meio escolar, têm baixado. Se não aumentam ou estabilizam já é normalmente considerado um bom resultado... Se diminuem é um bocado melhor. Se os dados indicam que houve uma baixa de consumos e nos dizem que não serve, então digam-nos o que está mal...

Estamos a falar dos novos consumos...

Paula Marques – Estamos a falar dos novos consumos e dos consumos em geral. Do álcool ainda não podemos falar com a mesma certeza porque, embora tenhamos alguns dados, não serão porventura suficientes para constatar a emergência de um certo tipo de padrão de consumo como o binge drinking, o consumo mais abusivo de certas bebidas...

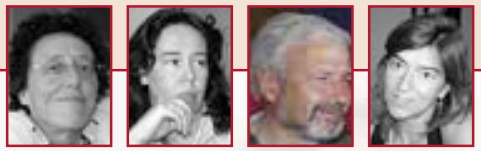
Paula Andrade

Responsável pela Redução de Riscos e Minimização de Danos, IDT

Considera então injustas as críticas...

Paula Marques – Creio que temos que perceber o porquê de se desvalorizar o trabalho do IDT quando os consumos estão a baixar e a situação está a melhorar. Se a questão é colocada no sentido de o IDT, nos últimos dois ou três anos, não ter afectado tantos financiamentos a projectos de prevenção, isso aconteceu porque, quando se quer fazer melhorias na intervenção e nos resultados, se calhar, às vezes, mais vale parar, não de vez, mas diminuindo o ímpeto das intervenções que fazemos e tentando melhorar a qualidade das respostas. E foi isso que tentámos fazer em termos preventivos. Não estivemos parados. Continuamos a trabalhar com o Ministério da Educação. Lançámos o Programa de Intervenção Focalizada, que visa intervir junto de um determinado tipo de populações e áreas lacunares que demonstraram, a partir de uma avaliação, estarem insuficientemente desenvolvidas ou cujos resultados deixavam algo a desejar. E foi por aí que se investiu em projectos que, no fundo, nos permitam entender melhor as características que deverão dotar os projectos de prevenção. E não na continuidade daquilo que se vinha fazendo ao longo dos últimos anos com alguns projectos direccionados para uma prevenção inespecífica. Dou-lhe como exemplo a anterior prática de financiamento do IDT a imensos projectos de ocupação de tempos livres das crianças e jovens. Não é que não seja uma boa intervenção, nem eu tenho nada contra. Mas ser o IDT a financiá-la em grande medida é que não me parecia correcto. Mas houve outros projectos, como o da Cruz Vermelha Portuguesa, que se foi desenvolvendo no terreno, houve projectos desenvolvidos junto das escolas profissionais, do meio universitário e todos os que foram implementados pelas Delegações Regionais. Preocupámo-nos em fazer, ao longo destes anos, diagnósticos muito mais criteriosos e rigorosos no sentido de sabermos qual era o ponto de partida. Não se sabia... As pessoas começaram a dizer que queriam fazer determinados tipos de intervenções mas não sabiam muitas vezes de onde partiam e onde pretendiam chegar. E isto é que me parecia deslocado, sobretudo quando pretendemos dar algum cunho da chamada evidência científica e das bases científicas da prevenção. Fez-se, durante anos um esforço tremendo e um grande investimento na mobilização da sociedade civil e das entidades públicas no sentido de se trabalhar nesta área mas chegou a altura em que se constatou a necessidade de orientar a aposta para a qualidade. E isso simboliza, neste caso, muitas vezes, fazer menos e melhor. E, chegada esta altura, estamos em condições de fazer mais e melhor.

Como descreve a actual panorâmica face à oferta existente ao nível do tratamento - serviço público, privado, convenções - e da adequação da oferta à procura?



Rui Pedro - O número de utentes que estão em tratamento nos nossos serviços aumentou em 2007, passando para 34.266 representando uma taxa de crescimento de 5.6%. Também o número de utentes que nos procurou pela

4 em linha

Rui Pedro

Responsável do Tratamento, IDT

primeira vez aumentou, passando para 5.124, representando um aumento de 8%. O número total de consultas realizadas aumentou para 472.913 em 2007, representando um aumento de 9,1%. O número médio de consultas aumentou de 13.0 para 13.8 por utente e o tempo de espera para primeira consulta passou, em média, de 16 para 7 dias. Nas Comunidades Terapêuticas convencionadas o número de utentes manteve-se sendo de 3.033 em 2007. Nas três Unidades de alcoologia do país o número de utentes em seguimento passou de 8.575 em 2006 para 8.689 em 2007. e o número total de consultas passou de 37.607 para 42.119 em 2007. Pensamos que neste momento a oferta é bastante positiva, dando resposta à generalidade dos pedidos provenientes dos nossos utentes tradicionais. De acordo com as avaliações de que dispomos, em 48% dos utentes não foi registado nenhum consumo de uma qualquer substância em 2007. Se tivermos em conta os novos utentes que nos procuraram pela primeira vez em 2007 (15%) e que habitualmente nos chegam a consumir, verificamos que apenas 37% dos utentes em seguimento apresentaram um ou mais registos de consumo neste ano. Pela análise dos registos de avaliações verificamos que apenas cerca de 20% das avaliações preenchidas referem consumos de qualquer tipo de substâncias ilícitas. Com a implementação dos Programas de Respostas Integradas, a abertura dos antigos CAT aos doentes com problemas de álcool, uma melhor articulação com os outros serviços de saúde, a implementação de novos programas, pensamos aumentar e diversificar ainda mais as ofertas de tratamento, prestando um melhor serviço à população afectada pelo consumo de substâncias psicoactivas.

Para quando o reconhecimento da Redução de Riscos como uma área efectivamente autónoma na intervenção em toxicodependências? – E já agora, da responsabilidade de quem? Terá que ser a sociedade civil a organizar-se ou deverão ser as instituições afectas ao Estado a assumir os principais desígnios?

Paula Andrade – A área da Redução de Riscos e Minimização de Danos já é, neste momento, uma área de missão, consagrada na Estratégia e no Plano de Acção. Têm um espaço próprio, está inserida num departamento que não é o da Prevenção, é o Departamento de Intervenção na Comunidade, que tem uma abrangência muito mais lata do que a Prevenção. E é eminentemente intervenção na comunidade, portanto, faz todo o sentido que assim seja. No que concerne à sociedade civil, li recentemente que alguém reclamava que o IDT se teria apropriado da Redução de Danos... Penso que o IDT não se apropriou da Redução de Danos. O IDT normalizou e financia projectos de RRMD. E creio que isso sucede também porque a nossa sociedade civil não tem, ainda, uma dinâmica que lhe permita avançar sem apoio do Estado. Nos últimos anos tem havido uma grande abertura para que as instituições promotoras de projectos tenham uma atitude mais proactiva no sentido da crítica construtiva e nós temos feito sistematicamente um apelo para que sejam trazidas novas ideias. E essa abertura creio que tem sido por demais evidente, quer do ponto de vista do Núcleo de Redução de Danos, na forma como se relaciona com as entidades promotoras de projectos, que do ponto de vista da decisão na forma como o Conselho Directivo analisa essas propostas sempre com grande espírito de abertura.

Alcina Ló

Responsável pela Reinserção, IDT

Entende então que a Redução de Riscos já está consagrada como área autónoma de intervenção...

Paula Andrade - Já... mais uma vez reitero que existe uma área de missão no Plano Nacional, que é um plano estratégico balizador de toda a intervenção em matéria de combate à toxicodependência. Depois, numa lógica mais operacional, o Plano de Acção também reflecte essa área de missão própria...

Paula Marques - ...Que é uma área transversal, algo que se constata quer pela quantidade de projectos, quer do ponto de vista financeiro, quer da qualidade.

Paula Andrade - Voltando um pouco atrás, a RD nasce, de facto, de baixo para cima. É uma filosofia abraçada por associações de consumidores e ONG com uma abertura e proximidade muito grande com os utilizadores de drogas. Esta é um pouco a génese da RD. Em Portugal isto não se inflecte mas também é importante referir que o Estado tem sido o grande impulsionador da intervenção na medida em atribui financiamentos a projectos a partir do Orçamento Geral do Estado, isto porque não temos, em Portugal, uma sociedade civil com a capacidade e organização económica e financeira de outros países (se formos ver o modelo americano de financiamento das ONG, constatamos que também são financiadas pelo Estado... são financiadas pelas empresas que, em vez de entregarem o dinheiro directamente ao Estado por força dos impostos, entregam-no à sociedade civil). Sabendo-se que o Estado não se pode demitir das suas responsabilidades, delega competências e, na área da RD, tem, de facto, delegado competências de execução. E neste aspecto concreto tem sido sistematicamente valorizado o papel e a importância do trabalho das Equipas de Rua porque, de facto, o Estado não tem capacidade para o fazer. Porque a mobilidade dos técnicos e mesmo o espaço e tempo em que as intervenções são realizadas não se compadecem com estruturas fixas, pesadas e cristalizadas. Portanto, tem mesmo que ser a sociedade civil, por força da sua mobilidade e capacidade de adaptação a fazer este tipo de intervenção. Nós somos mobilizadores e reguladores porque estamos a falar de fundos públicos, os quais carecem de um acompanhamento rigoroso.

É o medo dessa eventual cristalização que leva ainda hoje o IDT a não estabelecer horizontes temporais para financiamento de programas superiores a dois anos?

Paula Andrade – No que diz respeito à RD é complicado abrir concursos públicos – e há um compromisso e um contrato de concessão de financiamento para uma determinada tarefa, como para qualquer área – a pensar em horizontes temporais muito alargados. Repare: se tivermos uma intervenção de fundo num determinado território, nomeadamente do ponto de vista da requalificação urbanística, a moldura de consumo transforma-se automaticamente... E nós vamos manter as equipas ali porque ganharam o concurso para trabalhar naquele território? Não faz sentido. Eu dizia em Peniche, no encontro das equipas de rua, que este é um desafio que deve ser também lançado às IPSS e ONG. Este financiamento à sociedade civil para gerir programas e projectos vai ter que continuar a existir, não me parece que tenha um fim à vista, portanto, as próprias IPSS podem ter a iniciativa de criar uma estabilidade laboral junto dos técnicos, sendo que os próprios contratos individuais também já não são para sempre. Nós mudamos de profissão muito mais rapidamente do que se fazia há 20 ou 10 anos atrás. Na área da toxicodependência verifica-se o mesmo. E sempre que os consumos ou os territórios mudam e é necessário adaptar as respostas, não podemos ficar à espera que os contratos acabem...

Paula Marques – Dois anos parece-me o tempo suficiente para verificar se houve mudanças e para avaliar. E há muitos projectos que são renovados ao fim desses dois anos. Até pode ser que venham a ser 10...

Em França é o que acontece...

Paula Andrade – Sim, é verdade, aí até existe um outro modelo que é o Estado absorver ou chamar à sua responsabilidade a gestão de algumas estruturas que evidenciam algum sucesso... Vamos ver é se do ponto de vista da flexibilidade das respostas não se correrá o risco de que projectos inovadores se cristalizem.

Os financiamentos não são tão baseados nos programas mas essencialmente nas instituições que os desenvolvem...

Paula Marques – Não é isso que pretendemos. A mudança de paradigma do IDT consiste em "encomendar" mudanças necessárias diagnosticadas e resultados através de "boas práticas". Evidentemente que financiamos quem as executa.

Tal como se verifica já, e continuará a constituir prática, os programas adjudicados em concurso nas áreas da redução de riscos a equipas de rua (sobretudo) e da prevenção, são avaliados de acordo com critérios previamente definidos, concluindo-se assim, no final dos seus horizontes temporais (2 anos) a premência da sua continuidade. É intenção do IDT replicar a mesma prática em relação ao tratamento? - Avaliar desempenhos e continuidade?

Rui Pedro - A adjudicação de programas em concurso verifica-se não só na área da redução de riscos e minimização de danos e na prevenção, mas também nas áreas de reinserção e tratamento. As regras que se aplicam às outras áreas, são igualmente verdadeiras para o tratamento.

E do ponto de vista das outras áreas de missão, nomeadamente do tratamento, parece-lhe haver o reconhecimento da RRMD como área autónoma?

Paula Andrade – A RD tem feito um percurso de crescimento enquanto área que tem a ver com o tratamento no sentido mais fino da prestação de cuidados de saúde. Mas não como o tratamento como o entendemos, da toxicodependência. Penso que são duas coisas diferentes... A máxima da Redução de Danos é se alguém não consegue ou não quer parar os consumos, ainda assim o Estado deve preocupar-se em estruturar uma intervenção que o ajude, quer do ponto de vista individual, quer do ponto de vista da saúde pública, a reduzir os riscos. Não podemos baralhar as coisas, agora, ainda há um longo caminho a percorrer...

..Nomeadamente no que respeita aos programas de substituição opiácea...

Paula Andrade – Por exemplo! Nomeadamente na diferenciação do que é tratamento e do que é redução de danos. Mas, penso que felizmente, temos um documento regulador e que enquadra as políticas de redução de riscos e minimização de danos (Decreto Lei 183/2001 de 21 de Junho) que salvaguarda estes programas, quer do ponto de vista dos objectivos, quer da intervenção e da metodologia. E estão lá consagrados exactamente os objectivos, por quem devem ser geridos e postos no terreno.

E ao avaliar esses programas no final dos seus (curtos) horizontes temporais, não se correrá o risco de sobrelevar a componente quantitativa e a sublevar aspectos qualitativos da intervenção e a diferenciar negativamente, à partida, uma equipa que atenda sete utentes de outra que atenda 40?

Paula Marques – Isso é tomado em atenção. É muito diferente trabalhar em determinados territórios com populações extremamente problemáticas e trabalhar noutros com populações menos problemáticas. E aí os financiamentos podem ter de ser diferentes...

Paula Andrade – Penso que não se pode perder de vista, quer a avaliação qualitativa, quer a avaliação quantitativa. Essa foi e é a grande pedra de toque da saúde, a de que não trabalhamos com números mas com pessoas. Mas a gestão tem que ser igualmente rigorosa do ponto de vista financeiro e ao nível dos resultados.

Mas continuam a fazer-se aquelas contas que indicam o rácio do custo por utente atendido?

Paula Andrade – Nós também o fizemos...e é importante que se continue a fazer

E é determinante?

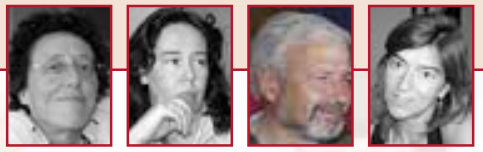
Paula Andrade – Não! Do ponto de vista da avaliação e da continuidade dos projectos não é determinante.

Paula Marques – Não é determinante. Mas também é necessário perceber-se que se um determinado projecto desenvolvido por determinada equipa conseguiu obter um determinado destaque social naquele local específico e há outra que, num contexto muito semelhante, faz mais mas os resultados finais são inferiores, temos que perceber quais foram as metodologias, as estratégias, como definiram os objectivos, como atingiram esses resultados... Tem mais a ver com a qualidade do que, muitas vezes, com a simplicidade dos números. O IDT tem de ser exigente e tem de perceber o que é que estes parceiros nos dão com os resultados. Quando o IDT disponibiliza dinheiro é para ter também retorno e não para manter situações ad eterno. Nós não somos financiadores dos postos de emprego das pessoas mas financiamos postos de trabalho para atingir um determinado tipo de resultados.

De que forma pretendem proceder à integração do Tratamento nas (e com as) outras áreas, resultante da implementação dos CRI e que projectos e medidas concretas visarão essa integração de respostas e articulação com as outras áreas, particularmente com a redução de riscos mas também com a prevenção e reinserção?

Rui Pedro - Não se trata de integrar o tratamento nas outras áreas mas sim de promover uma maior articulação entre áreas complementares. Os antigos CAT dedicavam-se principalmente ao tratamento e reinserção dos toxicodependentes, tendo alguns utentes em Programa de Metadona de Baixo Limiar, e assumindo a prevenção como uma actividade pontual, já que esse serviço era prestado pelos Núcleos de Prevenção Distritais. Os CRIS vêm dar uma resposta mais abrangente, integrando a nível local as quatro áreas de missão e aproveitando o saber e a experiência de diferentes profissionais que trabalham em áreas que não são de todo estanques, mas que têm muitos pontos em comum. O saber acumulado pelos profissionais que trabalham no tratamento é fundamental para as outras áreas de intervenção. Quando se intervém em prevenção surgem sempre casos que urge referenciar. No tratamento não basta promover a paragem dos consumos, é necessário promover a integração destas pessoas e obviamente que existem casos de utentes que não estando preparados para fazer um tratamento, precisam de uma intervenção de redução de riscos, que minimize os danos associados ao consumo. Não é possível intervir no domínio da reinserção sem trabalhar as redes sociais e a partir do momento que essas redes estão activadas, tanto podem intervir na reinserção, como no tratamento, como na prevenção ou na redução de riscos e minimização de danos.

Na sequência da questão anterior... CRI: um novo paradigma de intervenção em que, entre outros aspectos, deverá verificar-se a "partilha do poder" do tratamento e dos médicos com os demais técnicos das diferentes áreas de missão?



Rui Pedro - O poder esteve sempre naturalmente partilhado. Uma intervenção eficaz em prevenção, ao reduzir o número de casos que necessitam de tratamento, ao abordar precocemente casos de consumidores que estão em risco de se tornarem dependentes, ou ao divulgar e promover o acesso aos serviços de tratamento por parte da população que não sabe onde, como, quando recorrer aos serviços de tratamento, evita que os casos aí cheguem mais degradados ou em fases mais avançadas de consumos. Uma boa intervenção em tratamento, ao promover eficazmente a paragem de consumos, diminui os modelos desviantes, diminui o pequeno tráfico, (porque muitas pessoas com problemas de consumo recorrem a esta prática para sobreviver), diminui outros tipos de criminalidade, (porque deixa de existir a enorme pressão económica a que esta população está sujeita), cria condições para que as pessoas possam reintegrar-se no mercado de trabalho, diminui os conflitos familiares e as pressões a que os familiares e envolventes desta população são expostos, passando a existir uma maior disponibilidade para os filhos, companheiros/as, pais, uma maior estabilidade económica e social. As Equipas de Reinserção, ao promoverem o acesso ao mercado de trabalho, a melhores condições de vida, a interligação com outros serviços, criam as condições externas para que as mudanças possam ocorrer e consolidar-se e a Redução de Riscos e Minimização de Danos ao manter o contacto com pessoas que não estão em condições de se tratar, mantém as portas abertas para um diálogo, que as aproxima dos serviços e facilita a ocorrência de mudanças quando for o momento oportuno para elas ocorrerem, minimizando os danos que os consumos, em muitos casos, acabam por provocar.

Como é "pegar" numa estrutura como a Reinserção, cujo trabalho desenvolvido, a exemplo do que falava com a Paula Marques em relação à Prevenção, não tem gozado ao longo dos últimos anos, de boa imagem, seja por contingências financeiras, seja pela própria conjuntura económica do país, o facto é que esta tem sido a área mais difícil de colocar em bom funcionamento...

Alcina Ló – Tendo a reinserção a importância que tem no percurso de reabilitação de um consumidor abusivo ou desintegrado, acaba por ser muito estimulante "pegar" nesta área. No fundo, a minha tarefa aqui, acaba por ser dar à reinserção o estatuto, o reconhecimento e a importância que, efectivamente, tem. É evidente que isto também implica algumas adaptações na forma da intervenção nesta área. Nós sabemos que, ao longo dos últimos anos, a Reinserção tem sido um pouco a muleta do Tratamento e, na perspectiva da minha equipa, o que importa fazer é dar-lhe a importância que tem no percurso da reabilitação e ultrapassar essa condição de muleta do Tratamento. Se quiser até pode ser ao contrário: o Tratamento pode ser a muleta da Reinserção... E, efectivamente, o objectivo último da Reinserção é a autonomização do individuo, o que se operacionaliza através de intervenções com objectivos intermédios, que tocam várias dimensões e necessidades do individuo e que encontram resposta por todas as estruturas da sociedade, públicas ou privadas. Neste óptica, implica dar continuidade a um trabalho que já estava a ser feito quando cheguei cá, há um ano, que consiste em continuar a fomentar essas parcerias, em colocar as pessoas a trabalharem em conjunto para o mesmo objectivo · responder às necessidades do cidadão que nos procura e que precisa de ajuda. Perceber e fazer perceber que trabalhar em parceria traz mais-valias a todos, ao próprio indivíduo, que deixa de andar perdido nesta rede que não percebe muito bem onde começa e acaba, procurando que se sinta mais enquadrado no seu percurso, por perceber melhor onde e como se deve dirigir. Estas pessoas, mais debilitadas em termos das suas competências pessoais, sociais, da sua estrutura e recursos internos, mais dificilmente conseguem enquadrar-se por si próprias. Também traz mais valias para os serviços, numa lógica de rentabilização de recursos e sinergias e de prevenção da duplicação de respostas.

Numa área em cuja actuação deverão estar envolvidas inúmeras instituições – e quando se fala em Reinserção, vêm imediatamente à memória entidades como o IEFP, o Ministério do Trabalho, o Ministério da Justiça, Segurança Social, Educação – como será desenvolvida, a partir de agora, a desejada articulação?

Alcina Ló – Ao nível da Segurança Social em particular – e isso estava já a ser feito pela anterior equipa – o que estamos a fazer é consolidar um processo de resposta integrada. E de facto, os nossos técnicos respondem neste momento de uma forma integrada a questões de precariedade social. Já não é cada um a trabalhar para seu lado, existem estruturas, mecanismos e instrumentos conjuntos de resposta única àquele utente. Ao nível do IEFP, uma área muito importante, existem projectos comuns ao nível da formação e do emprego, quer nomeadamente através do Programa Vida Emprego, quer do PasitForm que beneficia ainda da articulação com os nossos parceiros da Prevenção, e que, no fundo, permitem facilitar o usufruto e o benefício por parte dos nossos utentes das medidas que estão disponíveis para todos os cidadãos e que, de alguma forma, eles têm dificuldade de aceder.

E ao nível da justiça, como tem sido a articulação com o ministério e até com as CDT?

Alcina Ló – Como sabe, as CDT dependem do Ministério da Saúde. A componente criminal foi retirada com a legislação da descriminalização do consumo e, portanto, a articulação com as CDT acaba por ser feita através das estruturas de tratamento. Como é sabido, as CDT têm uma equipa técnica que faz a avaliação das necessidades do indiciado e procede ao respectivo encaminhamento para as nossas estruturas de tratamento e reinserção, quando se justifica. Os utentes que nos chegam por via das CDT já estão devidamente avaliados e sinalizados no que respeita à identificação das necessidades de intervenção. A nossa articulação acaba por ser natural, por força da legislação e da também da proximidade dos serviços, pertencermos à mesma tutela. Ao nível do Ministério da Justiça, creio que estamos a dar pequenos passos. Contudo, em termos de Plano Nacional, como temos uma sede própria de articulação, que é a Subcomissão da Reinserção, começamos a evidenciar a vontade e necessidade de trabalharmos juntos e temos ideias e projectos na forja para consolidar.

Falando agora do PORI, houve a necessidade de adequação e reestruturação dos serviços, fala-se hoje em respostas integradas e o que urge saber é se, mais que integração, se poderá falar em articulação...

Paula Marques – Quando os serviços começaram a nascer para dar resposta às questões ligadas à toxicodependência implementaram aquilo que na altura se afigurava como mais premente e que constituía as grandes preocupações, seja do próprio Governo, seja das populações em geral, de certa forma baseados naquela que era a visibilidade dos toxicodependentes problemáticos e nalgumas estimativas que se iam fazendo (hoje começamos a ter alguns números baseados em estudos que nos tiram do âmbito redutor da estimativa). E foi criada, no início, uma resposta iminentemente baseada no tratamento, como dizia a Alcina, um pouco com algumas muletas da reinserção e da RRMD, que apareciam como tal nessa altura. Foi-se verificando que aquilo que se entendia como conceito de tratamento deveria ser algo mais alargado, sustentado, integrado e articulado com as outras áreas de missão. A própria dissuasão veio ajudar a implementar uma postura diferente. Portanto, creio que a articulação interinstitucional tem que existir, tal como a intra-institucional, mas agora respeitando as áreas de missão, não tentando separá-las umas das outras mas dando-lhes uma dignificação e a importância que todas elas têm. E parece-me que era isto que faltava.

Nem o indivíduo terá forçosamente que precisar de recorrer a todos esses serviços...

Paula Marques – Claro... ou poderá, por vezes, recorrer com uma intensidade e dimensão diferentes.

Como está a decorrer a agilização do PORI no terreno? Existe articulação no seio do IDT e com as instituições que desenvolvem programas no terreno?

Paula Marques – Eu sempre tive a seguinte perspectiva: uma coisa é a linguagem que falamos do politicamente correcto, baseado nos modelos e teorias mais recentes. Quando se iniciou a primeira fase do PORI, que consistia em realizar um diagnóstico de situação relativamente, entre outras questões, aos consumos, contámos com a participação de 896 entidades. Do que senti e das reuniões onde estive presente, em que foram apresentados publicamente os diagnósticos, verifiquei uma grande satisfação de todas os intervenientes. Não assisti a nenhuma reunião em que se contestasse o que estava a ser feito e as pessoas atribuíram ao IDT um papel importante que era o de procurar, em conjunto com outros, fazer um diagnóstico para se desenvolver uma intervenção mais sustentada. As pessoas e as outras entidades públicas e privadas sentiram-se parte integrante do processo. Foram chamadas a participar nesse diagnóstico. Do diagnóstico temos que passar para a acção. Se quisermos, isto é como utilizar um conjunto de lentes, vimos o país, primeiro num plano geral, fizemos sucessivas aproximações focando cada vez mais até chegarmos àquilo que designámos de territórios de intervenção prioritária em que, através de metodologias mais finas, os chamados RAR, tentámos perceber o que se passava, a um nível mais local, e que respostas tinha o IDT, quais as que não tinha e devia contratualizar no exterior. E foi isso que se fez quando se abriram os concursos. O IDT investe para se obter determinadas respostas em áreas lacunares.

Mas os concursos aparecem por áreas de missão separadas...

Paula Marques - Sim, mas depois existe todo um conjunto de outras questões ligadas ao PORI, como por exemplo a existência dos núcleos territoriais, a instância onde nesse território de intervenção prioritária, as diferentes pessoas que estão a intervir no terreno, sejam do IDT, sejam de fora dele, vão fazer uma gestão participada sobre como se está e se pretende trabalhar, para onde se vai, com que resultados, o que se pretende atingir e de que forma. Aí, a gestão é mesmo localizada. Existe uma coordenação nacional, uma regional e a local e é aí que penso que teremos o grande fórum de integração das respostas. Agora, não é fácil... As intervenções são feitas para responder às necessidades das populações e, sendo que estas vão variando, as instituições nada mais têm a fazer do que se reorganizar e reforçar para conseguirem dar respostas cada vez mais adequadas e pertinentes.

Na primeira fase desse diagnóstico do PORI o álcool ainda não estava integrado nas áreas de missão do IDT. De que forma tentaram dar a volta à situação aquando da integração?

Paula Marques – O álcool não fazia parte das preocupações prioritárias do IDT mas existiam os ex Centros Regionais de Alcoologia. Mas, e por exemplo, nos domínios da Prevenção, quando se faziam os inquéritos em meio escolar, as questões relativas ao álcool já eram contempladas e avaliadas. Quando se fez o levantamento no âmbito do PORI surgiram algumas questões e dados relativos ao álcool, não de uma forma tão pormenorizada e profunda como agora deve ser feito mas, de facto, as coisas estavam lá e temos alguns dados sobre o álcool. Não temos é de uma maneira tão fina como temos em relação às outras substâncias. E agora teremos que recuperar esta lacuna. Aliás, o futuro Plano de Acção vai investir na recolha de dados relativos ao álcool, proporcionando um melhor conhecimento à semelhança daquilo que já vamos sabendo sobre as outras substâncias.

Como está a decorrer a integração do tratamento em alcoologia?

Rui Pedro - O tratamento de doentes alcoólicos no IDT, não é uma novidade. A fronteira entre uma toxicodependência de heroína e uma de álcool é muito ténue. Com frequência temos utentes que começaram por beber e depois vieram a ficar dependentes de outra droga, ou utentes que interromperam o consumo de uma qualquer droga e acabaram dependentes do álcool, ou utentes que usam duas ou mais substâncias em simultâneo. Existem outros casos em que apenas se verifica um monoconsumo de álcool ou de outra qualquer droga, havendo algumas diferenças na população tipo afectada por cada uma destas dependências. O tratamento de uma pessoa com problemas associados ao consumo de álcool tem especificidades e os antigos Centros Regionais de Alcoologia, actuais Unidades de Alcoologia têm uma larga experiência e profissionais muito bem preparados neste domínio. Actualmente estamos, por um lado, a realizar um programa de formação de técnicos de âmbito nacional com o objectivo de preparar todos os profissionais do IDT para intervirem neste domínio e por outro a definir toda uma rede de referenciação, procurando envolver todos os parceiros relevantes para intervir nesta área, alguns que já têm uma história mais ou menos longa de intervenção neste domínio, outros que gostaríamos que começassem a articular-se connosco a partir de agora.

Em concreto, o que vai fazer a área de missão da Prevenção para que, sempre que se verifique essa necessidade, as diferentes áreas surjam articuladas? – Estou a lembrar-me, por exemplo, de algumas substâncias que vão surgindo associadas a consumos muito problemáticos noutros países, como o caso do Ice. Adiantando-se a possibilidade de esta ou outra substância entrar em Portugal, seria legítimo esperar que outras áreas de missão que tenham conhecimentos e contactos mais próximos com essas realidades interagissem com a Prevenção, no sentido de conceber campanhas de sensibilização, informação e prevenção?

Paula Marques – Creio que sim mas também me parece evidente que temos que parar de privilegiar a linguagem das substâncias e começar a privilegiar outro tipo de abordagem. Penso que vai sendo mais claro que aquilo que temos que fazer são intervenções por meios ou contextos específicos. Cada vez falamos mais do meio prisional, do meio escolar, do meio laboral, do meio recreativo, do meio em que os jovens estão institucionalizados, porque, de facto, um indivíduo percorre diversos contextos. Um jovem que está na escola também está na rua e em casa. O que podemos fazer é, por vezes, usar linguagens mais adequadas consoante os contextos onde se encontrem. Se calhar, vamos à escola e fazemos um tipo de prevenção que a escola e o próprio ministério sugerem, de carácter mais universal, quando muito selectiva e menos indicada, mas o nosso grande objectivo, e por onde passa o nosso grande investimento, é tentar perceber os contextos onde as pessoas se movem e adequar respostas a esse tipo de contextos. E aí temos metodologias e estratégias muito mais específicas e orientadas que nos podem dar melhores resultados porque estamos a ter em conta onde estão inseridos os indivíduos, o que podemos fazer com eles e com outros que queiram trabalhar connosco. E assim também me parece mais fácil e adequado articular com outras áreas. Quando falamos em meio prisional, falamos em prevenção, tratamento, redução de riscos e reinserção, quando falamos em meio laboral falamos nas mesmas áreas. É quase ridículo mas por vezes surgia a interrogação do tipo: Mas o meio laboral é coutada de quem? Não é de ninguém em particular. É de todos. Com um maior enfoque de uma área ou outra, as coisas têm que ser vistas de uma forma sustentada, articulada e, obviamente, integrada.

A Redução de Riscos, pelos ecos que se vão ouvindo do terreno, parece ser das áreas que mais pode beneficiar desta articulação e integração de respostas com as outras áreas de missão...

Paula Andrade – A Redução de Danos já o vinha a fazer... Não se vai para a rua sem ter uma rede de parceiros que, de alguma forma, possa responder àquilo que são necessidades básicas. E penso que as próprias Equipas de Rua se foram mobilizando e foram elas próprias a fazer um trabalho de construção de rede de parceiros, o que vai um pouco na lógica quer da integração, quer da complementaridade das respostas. Portanto, isto, na Redução de Danos já foi sendo feito e é interessante ver o leque de parcerias que as estruturas que estão a trabalhar na área trazem nomeadamente quando vêm a concurso. E não é aquela declaração de parceria enquanto mera formalidade. É algo objectivo, com aports concretos, muitas vezes com investimentos quer do ponto de vista dos recursos humanos, quer do ponto de vista financeiro. O que tem a ver com a própria necessidade... Em 2003, aquando do segundo concurso para equipas de rua, tivemos uma experiência já mais estruturada e orientada para a redução de danos, porque a primeira experiência durou um ano e, se havia intervenção em redução de danos no país era em Lisboa, nomeadamente no Casal Ventoso. E, portanto, a redução de danos era algo amplamente desconhecido e tivemos um conjunto de projectos que não correspondia ao que era a filosofia de RD. A partir de 2003 as coisas foram melhorando, foram criados uma série de instrumentos balizadores e reguladores da intervenção bem como foi criado um modelo de monitorização, acompanhamento e avaliação que permitiu o incremento da qualidade na intervenção, bem como as próprias instituições fazem um movimento muito interessante ao nível da evolução na intervenção do mero assistencialismo para uma abordagem mais responsabilizante do individuo consumidor, isto porque num primeiro momento encontrávamos pessoas na rua de tal maneira fragilizadas quer do ponto de vista da saúde física, quer mental, quer do ponto de vista social que a única resposta possível era minimizar os efeitos desta profunda desafiliação social. Hoje isto já não acontece com este peso. E num relatório da REZOLAT há uns tempos atrás, uma das críticas que se faziam à RD em Portugal tinha a ver com um pendor demasiadamente assistencialista mas também não faria sentido fazer educação para o consumo e não atender as necessidades básicas com que nos confrontávamos. A evolução das respostas tem muito a ver com o estádio em que os nossos utentes se encontram.

Paula Marques – Eu tenho mesmo a ideia de que as próprias equipas de rua e a Redução de Danos é muito mais inovadora externamente. Quer dizer, acho que puxaram mais pelo IDT do que o contrário e o IDT facilitou. E não estou com isto a tirar mérito a ninguém mas parece-me que se vieram impondo naturalmente.

Paula Andrade – Aliás, fazia-se esta discussão ainda recentemente na CLAT e no IHRA, a RRMD é uma área muito político partidarizada mas parece-me que ninguém se atreveria hoje a acabar em Portugal com a RD, com as equipas de rua e as respostas de proximidade. E o facto é que já passámos por alguns governos e não acabaram.

Não teme um desinvestimento em RRMD inerente a uma possível mudança de cor política no Governo que trouxesse uma força mais conservadora?

Paula Andrade – Compete-nos a nós, técnicos da RRMD lutarmos para que isso não aconteça, e isso pode passar também pela forma como comunicamos o nosso trabalho e os nosso objectivos tendo cuidado, por exemplo, com a terminologia que utilizamos. Nós técnicos não devemos, por exemplo, falar em salas de chuto. Salas de chuto o país tem e várias. Nós devemos falar dos dispositivos com o peso técnico que eles têm. O consumo assistido, quer do ponto de vista da assistência técnica, quer do ponto de vista do material e do consumo asséptico é extremamente importante. Nós próprios temos por vezes pouco cuidado com a forma como colocamos as questões perante o público. A questão da RD ao nível do álcool, por exemplo, em que se teme muito que se desvalorize a substância... O álcool é talvez a terceira ou quarta causa de morte dos jovens na UE, é portanto, uma substância que tem riscos e factores de perigo mas a RD não desvaloriza a substância, antes alerta para os comportamentos de risco associados à mesma. É um pouco o que a Paula Marques dizia e que consiste em descentramo-nos da substância e olharmos para o indivíduo, para o consumidor, que pode sempre fazê-lo de forma menos danosa e arriscada, isto porque há sempre uma maneira menos arriscada de consumir. Portanto, se calhar, nós próprios ao nível da RRMD não fomos tão sábios quanto isso ao veicular a informação para o exterior.

Paula Marques – Se olharmos para a história desta casa e para as que a antecederam, verificamos que já passaram pela chefia pessoas de cores partidárias diferentes. E embora se possa ter dado maior ou menor importância a determinado sector, nunca acabaram com nenhuma das respostas... Uma coisa é estar de fora e ter uma óptica simplesmente partidária ou ideológica e outra é depois entrar na instituição e perceber a realidade por dentro. O que me interessa é que aqui existe um conjunto de técnicos que são com certeza de todos os partidos e que, além de uma causa, têm uma estratégia e política de intervenção que tem tido sempre continuidade. O que se faz por vezes é dar maior ou menor relevo a determinadas áreas mas nunca ninguém acabou com nada. Mas é bom ter quem apoie práticas inovadoras e ouse ser diferente com critérios de rigor e de qualidade...

Paula Andrade – Quando referi esta questão da politização da área da RD, isto tem a ver com a discussão internacional que se faz. Portugal até é dos países que estão mais salvaguardados do ponto de vista das mudanças políticas porque tem uma estratégia e legislação enquadradora desta área. É a única área de missão legitimada e regulamentada pela lei. E creio que este enquadramento legal confere sustentabilidade à intervenção e, ainda que possa ser prejudicial em relação a algumas coisas, é um factor de continuidade e estabilidade da intervenção.

Paula Marques – Nós estivemos um pouco "ostracizados" pelo Organismo Internacional de Controlo de Estupefacientes durante cerca de três anos por causa das comissões de dissuasão, porque consideravam que não tínhamos uma política correcta. Fomos pressionados por múltiplas instâncias de decisão e de poder para invertermos o rumo. Esta aposta e "teimosia" institucional conduziu a que, ao fim de três anos, viessem a reconhecer tratar-se de uma boa estratégia ...

Afinal de contas, as comissões de dissuasão estão ou não a funcionar?

Alcina Ló – Tanto quanto sei, pois não é a minha área, neste momento já foram dotadas de quórum. Portanto, as coisas estão a ser reformuladas e a voltar à normalidade...

E vocês, nas áreas de missão que representam, e para o exercício das actividades inerentes, sentem a necessidade do pleno funcionamento das CDT?

Paula Marques – Claro! Para qualquer área, acho eu... Aliás, a dissuasão está presente no PORI, desde a fase inicial do diagnóstico...

Mas também sabemos que as CDT só existem porque não existe liberalização. Se a mesma vier a ser uma realidade, deixarão de ter espaço...

Alcina Ló – Não sendo a minha área de intervenção posso referir que, as CDT são enquadradas pela legislação, que é descriminalizadora mas que é, contudo, proibicionista. O que quer dizer que o toxicodependente é encarado como um doente e não como um criminoso. A meu ver a actual lei proibicionista traduz um sinal por parte do Estado de que consumir drogas é perigoso. O facto de uma pessoa que consome substâncias ilícitas, não ter que passar pelo tribunal, não ficar com registo criminal, mas antes ser encaminhada para uma estrutura de enquadramento técnico, mais uma vez na lógica da centralidade no cidadão, em que são identificadas as suas necessidades e as razões que podem estar por detrás do consumo, como o faz, com que periodicidade, se é ou não toxicodependente, se já teve contacto com as estruturas de saúde ou não... é ali feita uma avaliação e uma triagem da situação e encaminhada para as estruturas correctas. Portanto, trata-se de uma intervenção preventiva porque acabamos por contactar muitos dos consumidores, com os quais não teríamos qualquer contacto se a lei não existisse, uns poderão estar a iniciar consumos, mais ou menos problemáticos, outros poderão já indiciar alguns indicadores de preocupação relativamente ao padrão de consumo e ao estado geral de saúde e serem eventualmente encaminhados para tratamento. Podemos igualmente contactar alguns toxicodependentes, com consumos já instalados e que nunca tiveram qualquer ligação com os serviços... Acaba por existir aqui uma multiplicidade de funções que se traduz numa mais-valia para o IDT e para os cidadãos em geral.

Paula Marques – Mais uma vez, "descentraliza-se" da substância para se centralizar no cidadão.

Falou há pouco de uma cultura instituída nas equipas de rua que se traduz na realização de parcerias e do trabalho em rede mas verificam-se, algumas vezes, dificuldades de operacionalização entre algumas dessas parcerias, nomeadamente até entre essas equipas e algumas estruturas do IDT. Refiro-me, por exemplo, aos programas de substituição opiácea, nomeadamente, aos de baixo limiar, em que surgiu mesmo a necessidade de se conceberem guidelines para que se perceba concretamente quais são as atribuições e competências de uns e de outros...

Paula Andrade – Penso que é importante definirmos o que queremos com uma substância chamada metadona. Se a queremos com fins terapêuticos e de tratamento ou com fins de redução de danos. E a metadona, na RD, tem limites de intervenção. Nós não exigimos a abstinência, portanto, de alguma forma, tem que existir alguma regulação. Depois, a metadona é uma substância que está nas mãos do IDT e ao ser cedida a gestão dessa substância têm que haver regras e protocolos de segurança que têm que ser definidas. Isto do ponto de vista da operacionalização. Depois, no ponto de vista terapêutico, terão que ser percebidos os limites da sua utilização mas também as suas potencialidades, até porque os programas de metadona de baixo limiar são de baixo limiar de exigência para o

utente, já que considero que são de altíssima exigência para as equipas técnicas porque já que não havendo uma vinculação, tal como acontece nos programas de tratamento, nomeadamenet com o contrato terapêutico estabelecido, existe sem duvida um enorme potencial na sua utilização que deve ser vista como um meio e não como um fim. E isso acresce o desafio na gestão desta substância. Agora, quando falamos em metadona em Portugal, há uma confusão muito grande entre o que é uma coisa e o que é outra. Por outro lado, os programas de RD também não podem ser vistos como "a metadona da porta dos fundos", do tipo: " Portaste-te mal, agora vais tomá-la não sei onde..." Do ponto de vista técnico essa não é a solução. Também pode ser uma complementaridade do que são os programas terapêuticos. A própria nomenclatura é diferente, utilizamos a terminologia Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos numa lógica de tratamento e na RD mantivemos a nomenclatura Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência. Há aqui uma distinção. Agora, como é óbvio, é importante regulamentar. Mas temos que abandonar a ideia de que quando fazemos guidelines é para que seja tudo igual. É, isso sim, para que haja um princípio, um fio condutor, uma referência nacional.

Que importância atribui à criação de guidelines para programas de substituição de baixo limiar?

Rui Pedro - Devido ao modo como se foram construindo as respostas no domínio da toxicodependência, existiu sempre uma grande diversidade a nível local, quer da organização dos serviços, quer do tipo e qualidade de ofertas de tratamento que iam sendo criadas e implementadas. Neste momento existe um grande esforço por parte do IDT de elaborar guidelines em várias áreas. Estas linhas orientadoras não pretendem acabar com a diversidade das ofertas, mas aproveitar as experiências acumuladas e promover as que têm mais sucesso, tendo consciência que não podem ser aplicadas soluções rígidas num domínio em que cada caso é um caso, onde a realidade dos problemas de uma população é muito diferente da realidade dos problemas de outra população. A criação de guidelines para programas de substituição de baixo limiar, é obviamente muito importante, porque em alguns territórios podem ser envolvidas ONGs na administração deste agonista.

Mas essa regulamentação poderá tornar os programas de baixo limiar mais acessíveis e rápidos aos utentes?

Paula Andrade – Nós no Núcleo de Redução de Danos acreditamos que sim e por isso já apresentámos uma proposta de guidelines para implementação destes Programas.

Mas o que continua a sentir-se é quase a necessidade absoluta de existir um médico na equipa de rua para que o utente possa entrar no programa...

Paula Andrade – Todo o processo de indução de metadona, até porque estamos a falar de um opiáceo, é um acto médico, um acto de prescrição exclusivamente médica.

Mas existem médicos que o delegam em enfermeiros por questões muito práticas...

Paula Andrade – Que eu saiba não... A prescrição é médica, a toma pode ser administrada por um enfermeiro ou por um psicólogo clínico ou um técnico de saúde. É o que a legislação define para os programas de baixo limiar. E a substância é da estrita responsabilidade do IDT, portanto, também não pode ser algo que se coloque no mercado. Os franceses fizeram-no, mas via processos legais e têm a metadona por unidose à venda nas farmácias. Pode ser um caminho mas isso deixo a quem de direito. Agora, para a RD era extremamente importante que existissem regras bem definidas para não haver esta discussão de critérios que existe, de facto, hoje em dia.

Verificámos, a partir de alguns testemunhos, que existem unidades do IDT, no Norte do país, onde a integração de utentes em programas de substituição opiácea está dependente da vontade de os utentes realizarem rastreios da tuberculose, sendo alguns deles "persuadidos" a realizarem os testes rápidos do Klotho para lhes ser administrada medicação (metadona). Que comentário lhe sugere esta prática?

Rui Pedro - Não tenho conhecimento dos factos que refere, nem sei quem são as fontes que lhes deram origem. Os toxicodependentes são uma população fragilizada. Dos utentes acompanhados em anos anteriores e testados em 2007, 12% têm resultados positivos para o HIV, 35% têm marcadores positivos para a Hepatite B, 51% têm resultados positivos para a Hepatite C e 4% têm resultados positivos para a tuberculose. A ausência de tratamento e a propagação deste tipo de doenças constitui um perigo não só para os nossos utentes como para os profissionais e para a população em geral, sendo, por esse motivo, o rastreio das doenças infecto-contagiosas uma das prioridades do IDT, tentando-se que seja conhecido o estado serológico de todos os utentes que recorrem aos nossos serviços. No sentido de promover não só um teste rápido para o HIV, mas também o aconselhamento mais completo e o encaminhamento célere para tratamento de todos os utentes que o necessitem, estamos a desenvolver o programa KLOTHO. Por estes motivos é natural que qualquer utente que nos procure, seja sensibilizado para este perigo e informado dos cuidados que deve ter para se proteger e proteger as pessoas com quem contacta. Uma avaliação clínica geral e o rastreio para o HIV, Hepatites e Tuberculose deve ser a regra quando um utente inicia um acompanhamento. A motivação para iniciar um programa de Metadona ou entrar para um internamento é aproveitada como um incentivo extra para aderir a esse rastreio, que é obrigatório antes de iniciar estas etapas do tratamento. Nos outros casos, apesar de não ser de todo aconselhável, o utente pode escolher ignorar a sua situação clínica.

Um recente estudo realizado no Norte do país indica que cerca de 70 por cento dos utentes das equipas de rua (redução de riscos) já passaram infrutiferamente pelo tratamento. Que conclusões retira? Que novas orientações?

Rui Pedro - 70% dos utentes atendidos nas equipas de rua da Região Norte são cerca de 1200 indivíduos, o que corresponde a 10% dos utentes atendidos nas unidades de tratamento ambulatório na mesma região, só no ano de 2007. É normal que as pessoas abandonem os tratamentos antes de terem alta. É importante referir que esta não é uma característica exclusiva das pessoas com um problema de toxicodependência. Quantas pessoas é que deixam de tomar antibiótico só porque se sentem melhor? Quantas pessoas é que deixam de fazer as visitas regulares aos médicos de família porque são pressionadas pelo seu ritmo de vida e abandonam a meio tratamentos importantes para a manutenção da sua saúde? Existem mil motivos para abandonar temporariamente um acompanhamento num serviço de toxicodependência. Porque recaíram e a pressão do consumo é demasiado grande e não se querem tratar nesse momento. Porque não concordam com uma qualquer regra. Porque estão a ser tocadas áreas demasiado dolorosas, as memórias provocam sofrimento e não se sentem com força para enfrentar esses sentimentos e preferem ignorar os problemas naquele momento. Porque arranjaram emprego e essa área está muito investida. Porque se sentem melhor e pensam que o problema está ultrapassado. Nem toda a gente que recai, recorre imediatamente aos nossos serviços. Nem sempre a ambivalência entre o desejo de se tratar e o desejo de consumir, pende para o lado do tratamento. Apesar do objectivo do IDT ser o de tratar pessoas, não excluímos aquelas que mantêm consumos e nos procuram, mas elas podem excluir-nos a nós, porque num processo terapêutico é muito raro não ocorrer uma paragem de consumos e em momentos de grande paixão não se quer parar e, nesses casos, o recurso a uma equipa de rua pode permitir a manutenção de um equilíbrio precário, adiando o confronto com a necessidade de uma tomada de decisão de mudar. É uma opção que deve ser respeitada. Para todas as coisas existe um tempo certo, um contexto certo. E quando esse tempo e esse contexto chegar é importante que alguém lá esteja para apoiar esta decisão de mudança.

O que poderá a Reinserção a ganhar com a integração e articulação com as outras áreas de missão do IDT, resultante da implementação dos CRI e como tentará operacionalizar essa integração?

Alcina Ló – Na lógica da centralidade no cidadão, as respostas, por si, acabam por estar todas integradas. Um indivíduo é encarado com as suas potencialidades e fragilidades e são identificadas as necessidades de intervenção e a que níveis. Em termos do objectivo último que definimos para a Reinserção, também ao nível do PORI, "a criação de condições para a empregabilidade" é, para muitos indivíduos, um objectivo demasiado ambicioso e, como tal, existe um conjunto de outros objectivos intermédios, que passam pela criação de condições básicas de vida, pela aquisição de competências de vida, escolares e profissionais, e por outras dimensões da vida, de todos nós e destes indivíduos que precisam de ajuda em particular, que nos obrigam naturalmente a vincular-nos e a articularmos com áreas de intervenção específicas, que respondam às necessidades e ao Plano de Inserção do utente. Tradicionalmente, a articulação com a área de missão do tratamento acontece e o que estamos a promover é que aconteça de uma forma mais efectiva, quase de "mãos dadas", na lógica de melhor atender às necessidades do indivíduo que nos procura. Quanto melhor conseguirmos integrar as nossas respostas e o que disponibilizamos aos utentes, melhores serão os benefícios. Consoante as necessidades do indivíduo e a severidade da própria exclusão social em que se encontra, a condição face ao consumo mais ou menos problemática, importa ir adaptando os objectivos da reinserção à situação e à pessoa real que nos procura a pedir ajuda.

Não faria sentido o IDT começar a delegar mais competências através da realização de concursos para a implementação de programas e projectos na área da Reinserção?

Alcina Ló – O IDT delega... O PORI tem um eixo de intervenção da Reinserção, que identifica estas dimensões que acabei de referir como intervenções passíveis de financiamento ao nível da criação de respostas. Como já foi referido, os organismos públicos que, ao longo dos últimos 20 anos, têm tido a responsabilidade de coordenar a intervenção em toxicodependência, têm um historial de articulação com a sociedade civil que tem sido, desde sempre, um parceiro fundamental, reconhecido como tal por todos os responsáveis pela área. O historial de articulação com os parceiros da sociedade civil tem sido um caminho e se estamos no ponto em que estamos agora não será por acaso, é porque houve uma história de 20 anos que nos permitiu aqui chegar. Ao nível da Reinserção também houve, há uns anos atrás, o Programa Quadro Reinserir, que financiava projectos nesta área, onde tive o privilégio e prazer de também participar: Desde então para cá, que eu tenha conhecimento, concretamente na área da reinserção, surgiu o Programa Vida Emprego. A criação do Programa VIDA Emprego aparece como um recurso de excelência no apoio à integração de toxicodependentes em tratamento em meio laboral, e traduz mais uma iniciativa de articulação com a sociedade civil, desta feita com entidades empregadoras. Mas o IDT tem muitos recursos ao nível da Reinserção, tem técnicos que trabalham muito estas questões, acompanham os utentes e que estão cada vez melhor preparados para o fazer. Depois, também não compete ao IDT fazer tudo. Compete-lhe articular com as entidades públicas nossas parceiras e garantir a integração das respostas. Portanto, é uma questão de promover e potenciar estas parcerias e de ir buscar aos nossos parceiros mais-valias para os percursos dos nossos utentes. Aquilo que ficar a descoberto vamos buscar, neste momento, ao PORI, à participação da sociedade civil. Importa ressalvar uma dimensão importante e estratégica da reinserção social que o IDT preconiza nos dias de hoje e que tem a ver com o valorização da componente da mediação e do acompanhamento dos percursos de reinserção. Ou seja, hoje nós consideramos que o utente, por todas as fragilidades que o caracteriza precisa efectivamente de acompanhamento técnico durante todo o percurso de reinserção. Até para que se garanta que o investimento que o Estado faz nos utentes represente uma mais-valia para o mesmo. Temos que prevenir a recaída e garantir que o investimento seja profícuo e uma mais-valia na esfera do indivíduo.

Nesse âmbito, as Comunidades Terapêuticas corresponderão mais a unidades de tratamento ou de reinserção?

Alcina Ló – Estamos actualmente a desenvolver um conjunto de orientações para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas e a Unidade de Licenciamento e Fiscalização está a criar um modelo de funcionamento, onde nós, Núcleo de Reinserção, temos dado alguns contributos em termos de orientação técnico normativa no âmbito da Reinserção pois entendemos que estas estruturas são fundamentais no despoletar de percursos de reinserção consistentes e sustentados. Queremos colocar um enfoque muito específico no trabalho a desenvolver pelos técnicos da CT para que comecem logo à partida a trabalhar os percursos de reinserção, a fazer os diagnósticos e avaliação ao nível da motivação, das competências e de necessidades do próprio utente, para que ele esteja em condições, quando sair da CT, de conseguir a sua autonomia. De outra forma, se se coloca a tónica exclusivamente no tratamento e na saúde física, o indivíduo chega cá fora e não tem condições para dar continuidade ao seu processo de reinserção.

Em meio prisional, o que está programado?

Alcina Ló – Temos, como disse há pouco, um fórum onde essas questões estão a ser trabalhadas, a Subcomissão de Reinserção no âmbito do Plano Nacional. Creio tratar-se de uma área fundamental, que tem que ser muito trabalhada e onde tem que haver um grande investimento. O processo de reinserção do recluso deve começar enquanto está a cumprir pena e não quando é libertado. Julgo que esta é uma área que, no próximo Plano Estratégico 2009-2012, terá um enfoque muito prioritário.

Paula Andrade – Quando implementámos o programa de troca de seringas em meio prisional houve uma estratégia que não se centrou só nas seringas. É pena que não se fale da restante envolvente que existe por detrás do programa de troca de seringas. E existe uma recomendação do Conselho da Europa, que irá sair muito brevemente, Portugal foi representado pelo IDT e por sua vez o IDT foi representado pela área da RD – que vai no sentido do que a Alcina dizia: o meio prisional não pode ser um meio fechado, tem que se abrir cada vez à comunidade. E é um tempo de passagem. Essa recomendação do Conselho da Europa aponta para os Estados-Membros procurem que os seus estabelecimentos prisionais façam parte integrante da comunidade e não se criem sistematicamente serviços e respostas dentro do estabelecimento mas que se abram à comunidade no sentido de que aquilo seja realmente um tempo de passagem e não um tempo de permanência em que as respostas começam e acabam ali.

Numa altura em que se fala em Prevenção Selectiva e em Prevenção Indicada, existem projectos em forja, alguns para a comunidade em geral, outros certamente para a comunidade de reclusos...

Paula Marques – Existem. Sei que os números valem o que valem mas, só no âmbito do PORI, o que o IDT tem planeado fazer até ao final deste ano são 50 PRI para financiar, o que representa entre 150 e 300 projectos que serão financiados nas diferentes áreas de missão, o que é uma coisa bastante significativa. A estes serão acrescidos cerca de mais 25, sem necessidade de apoio financeiro directo, o que poderá conduzir a mais 50 projectos de intervenção, desenvolvidos em parceria com outras estruturas. Quase todos eles têm pelo menos duas ou três áreas lacunares, sendo que existem muitos na área da Reinserção, da Redução de Riscos, da Prevenção... Entre os quais alguns a desenvolver em meio prisional...

Os programas de prevenção selectiva e indicada também permitem uma outra coisa que é uma maior monitorização e mensurabilidade dos resultados obtidos, face à sinalização e acompanhamento dos grupos ou indivíduos alvo...

Paula Marques – São efectivamente mais direccionados para os grupos que estarão em maior risco. O PIF dar-nos-á dados que possibilitarão definir bases de projectos de boas práticas, nas suas múltiplas dimensões de avaliação de processo e de resultados.

Estará então pronta para, daqui por uns anos, ver avaliados os resultados do trabalho desenvolvido em prevenção...

Paula Marques – Claro! Nunca dispensei isso... Mas vamos ser todos... até você por aquilo que transmite (risos) ...

Ao nível da Redução de Riscos muito se tem falado sobre novos programas e novas necessidades ditadas pelos perfis de consumos. Fala-se na necessidade de implementação de um kit para fumado, falou-se já mais sobre salas ou unidades móveis de consumo assistido...

Paula Andrade – E continua a falar-se...

O IDT está à espera que surja do seio da sociedade civil ou de alguma IPSS algum iniciativa para apoiar?

Paula Andrade – Diz o Decreto-lei 183/2001 que todas as estruturas de RRMD são da iniciativa das câmaras ou das IPSS. Depois são chanceladas e certificadas pelo IDT mas as iniciativas nascem de baixo para cima. Agora, ... ainda há pouco falávamos do Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes, que tem um peso internacional importante e Portugal tem obrigações assumidas já que é signatário das convenções das Nações Unidas. Portanto, as salas de consumo assistido não são estruturas para se abrirem, desculpem a expressão "a granel". São projectos altamente monitorizados, há de facto uma janela de oportunidade naquela que é a convenção que define que os estados signatários não podem, por força alguma, fomentar o consumo de substâncias ilícitas, a não ser para fins médicos e de saúde pública. Isso exige uma grande monitorização, exige que o dispositivo seja instalado num local onde é verificada a sua necessidade...

Seria difícil implementar estas unidades em Portugal como estruturas de baixo limiar?

Paula Andrade – Mais uma vez e do ponto de vista dos técnicos e da monitorização da intervenção as salas de consumo assistido são unidades de altíssima exigência. Para os utentes são de baixo limiar. Isto enquanto salas de consumo assistido, não falando em programas de heroína. Ao contrário do que se possa pensar, os programas de heroína são de altíssimo limiar de exigência para o utente. Há quem questione até se constituirão medidas de redução de danos.

Alguns destes programas têm falhado nalguns países, por questões técnicas que terão também a ver com o prazo de semi-vida da heroína. No Reino Unido está a desenvolver-se um programa com a administração de heroína e metadona injectáveis...

Paula Andrade – Exactamente... Aqueles que têm apresentado melhores resultados do ponto de vista da intervenção são os que combinam metadona e heroína, isto por causa do tempo de semi-vida da heroína que é consideravelmente reduzido face ao da metadona...

Injectáveis, no caso do Reino Unido...

Paula Andrade – Penso que também será importante que as pessoas pensem um pouco para além das substâncias... Mesmo para uma equipa de técnicos que luta por ter um projecto experimental de administração de heroína, a motivação dos técnicos, o investimento dos técnicos e o investimento do ponto de vista financeiro é muito maior do que num programa de metadona que está instalado há 10 anos e mais, é que os utentes que vão à estrutura de heroína e metadona – e isso foi dito no Encontro das Taipas do ano passado – fazem-no quatro vezes por dia. À metadona vão uma... Não é só olhar para a substância e dizer que a heroína dá resultado... Vão quatro vezes, estão lá permanentemente, os técnicos são altamente motivados... Estes cenários têm que ser forçosamente tidos em conta quando se fala da avaliação destes projectos. Não é só heroína pela heroína...

Rui Pedro - O recurso a Metadona injectável é uma prática antiga que se mantém de forma residual num pequeno número de casos. Na Europa, em locais muito específicos, com utentes que não responderam bem a outros programas terapêuticos, nomeadamente de agonistas opiáceos, têm sido realizadas experiências de distribuição de heroína. Estes tipos de programas aparecem frequentemente associados a salas de consumo assistido. São programas muito específicos, com uma logística complexa.

Está a ser trabalhada uma estratégia nacional para o álcool, foram criados grupos de trabalho para a desenvolver e, segundo me foi dado saber, não existe nenhum grupo da redução de riscos... Fala-se muito na perspectiva e necessidade de reduzir riscos associados ao consumo de álcool mas por que é que não se criou um grupo específico para discutir estratégias, programas, acções e ferramentas?

Paula Marques – Para mim, é uma área nitidamente transversal a todos os grupos. Por que razão não tem um grupo específico não sei mas que a vamos abordar não tenho dúvida nenhuma.

Sabendo-se que é a droga mais consumida pelos portugueses, sabendo-se que os consumos começam bastante cedo, o que está previsto fazer-se em Portugal?

Paula Marques – Se dissesse o que está previsto ser feito já estaria a trair o modus faciende e um dos grandes objectivos da estratégia, que passa por discutir entre os diferentes interlocutores, sejam os produtores, os vendedores ou revendedores, os empresários da noite, além das pessoas da saúde, educação, forças de segurança, prevenção rodoviária e de outras áreas. Para ser muito honesta, só poderei responder a essa pergunta daqui por três meses...

Paula Andrade – Quanto a essa questão, penso que as coisas não estão ainda fechadas. Agora, penso que seria muito importante o reconhecimento da validade da intervenção da RD no álcool. Até porque se tem dado resultados junto de populações que consomem substâncias ilícitas, acredito que muito mais o terá no que respeita a uma substância legal, a responsabilização individual face à utilizada de uma determinada substância é importantíssima. Se não houver um grupo específico sobre RD, lá estaremos na mesma para contribuir porque uma estratégia do álcool sem RD não me parece de todo adequada. Até mesmo quando a própria estratégia europeia tem como expressão mais usada é reduzir e minimizar os efeitos nocivos do uso e do abuso do álcool...

Falava há pouco da criação de condições básicas de vida para que se possa então proceder a um trabalho de educação para o consumo menos danoso... Uma das condições mais básicas consiste em ter-se um tecto. Não farão falta a todas as áreas de missão estruturas como centros de acolhimento temporários?

Paula Andrade – Essa é também uma preocupação do IDT, os Centros de Acolhimento têm um papel fundamental enquanto placa giratória para um processo mais estruturado de tratamento, bem como para uma estabilização do ponto de vista social... é fundamental que as pessoas deixem de viver na rua. No entanto e face ao quadro actual a questão do abrigo é, neste momento, uma responsabilidade quase exclusiva da Segurança Social, no entanto está a ser elaborada uma estratégia de prevenção, intervenção, integração e acompanhamento para pessoas sem abrigo, na qual o IDT tem participado activamente através do Núcleo de Redução de Danos e do Núcleo de Reinserção. Sendo que o IDT pretende estabelecer parcerias para a implementação destas resposta, neste momento está a decorrer um concurso para atribuição de financiamento para um Centro de Acolhimento, com um financiamento que conta com as contribuições da Câmara Municipal de Lisboa, do IDT e cedência de instalações por parte da Misericórdia de Lisboa.

Alcina Ló – Efectivamente, e tal como a Paula Andrade refere, em relação à questão dos sem-abrigo o IDT tem participado activamente na elaboração da Estratégia Nacional para a população sem-abrigo. Integra o grupo técnico onde estão representadas inúmeras entidades públicas e privadas, que trabalham no âmbito da exclusão social, da pobreza, da saúde mental, etc. A Estratégia que resultar vigorará a partir de 2009 contemplará também a intervenção junto dos sem-abrigo toxicodependentes.

E quanto ao kit para fumado?

Paula Andrade – Nós estamos a trabalhar em estreita articulação com a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, ainda a propósito da avaliação do programa de troca de seringas e este poderá também ser um momento para introduzirmos pelo menos a proposta do kit fumado. Ao nível da Coordenação trabalhamos muito com utilizadores ou com organizações que têm ex utilizadores e uma das pressões que fazem é precisamente para a introdução desse kit e por isso é um assunto que está em cima da mesa.

Fórum Nacional Sobre o Álcool junta produtores, comércio, sociedade civil, técnicos e governo

Reduzir riscos e efeitos nocivos e (in)formar: os caminhos para a intervenção em álcool

A intervenção em matéria de alcoologia está definitivamente na ordem de prioridades do IDT e a agenda de eventos, essencialmente na área da prevenção, mas igualmente da discussão em torno de temáticas relacionadas com o álcool que contribuem para a concepção da estratégia e plano de acção nacional têm-se multiplicado ao longo dos últimos meses. No passado dia 25 de Junho, a Fundação Bissaya Barreto, em Coimbra, acolheu o Fórum Nacional Sobre o Álcool. O IDT, em estreita articulação e com o Alto Patrocínio do Governo Civil de Coimbra, deram assim início à grande discussão sobre o consumo nocivo do álcool, reunindo as diversas áreas que, transversalmente, abordam esta temática e começando a definir as bases para o novo Plano Nacional, num evento que contou com as presenças de Lídia Jorge, Ministra da Saúde e de João Goulão, presidente do IDT, entre muitos outros profissionais do Instituto, técnicos com intervenção na área e, salve-se, empresas com responsabilidade directa na produção, promoção e comercialização de bebidas alcoólicas. Esta abordagem vem de encontro à Estratégia Comunitária, que foi aprovada pela Comissão Europeia em Outubro de 2006, traduzindo-se este evento num conjunto de momentos importantes, em que se pretende que todos os que estão envolvidos na problemática do álcool contribuam com a sua visão na construção de uma Estratégia para Portugal nesta matéria.

Do programa do Fórum constaram dissertações e discussões em torno de temas como a estratégia europeia, a minimização dos efeitos nocivos do álcool, a situação portuguesa em contextos específicos, repercussões no local de trabalho, morbilidade e sinistralidade rodoviária. O evento serviu ainda de mote para a apresentação da Estratégia Nacional para a Minimização dos Efeitos Nocivos do Álcool e, da parte da tarde, a sessão foi realizada obedecendo à metodologia de divisão em grupos de trabalho, cujas áreas aqui descrevemos e cujos resultados apresentaremos em breve.

Grupos de Trabalho

Áreas de Intervenção Prioritária

Grupo 1 – Jovens, Crianças e Grávidas
Coordenação: Dra. Ana Feijão; Dra. Alexandra Almeida

Grupo 2 - Sinistralidade Rodoviária
Coordenação: Dr. José Pádua; Dra. Paula Dias

Grupo 3 – Adultos e Meio Laboral
Coordenação: Dr. Mário Castro; Dra. Natacha Silva

Grupo 4 – Prevenção, Formação, Comunicação e Educação
Coordenação: Dra. Paula Marques; Dra. Cristina Ribeiro

Grupo 5 – Sistemas de Informação e Recolha de Dados
Coordenação: Dra. Carla Antunes; Dra. Sofia Lourenço

Grupo 6 – Tratamento
Coordenação: Dra. Teresa Sá Nogueira; Dr. Rui Pedro Silva

Grupo 7 – Reinserção
Coordenação: Dra. Alcina Ló; Dra. Marta Pratas

Ana Jorge, Ministra da Saúde

"A minha presença neste fórum pretende transmitir a importância que, neste momento, damos a esta problemática da droga, do álcool e do seu consumo excessivo, englobado numa política de saúde. Agradeço ao Senhor Governador Civil a parceria numa área tão importante como esta. Coimbra tem, de facto, alguma tradição no ponto de vista dos problemas do álcool pela forma como os tratou e, de certo modo, mesmo na área da saúde, foi pioneira no desenvolvimento de uma forma de tratar o álcool. Portanto, também fará algum sentido começar em Coimbra, sabendo-se que a área da saúde não é estanque e que há que melhorar e actualizar e pensar no que devemos fazer para enfrentar os desafios que são cada vez maiores hoje em relação ao consumo do álcool. Temos que pensar no fenómeno como uma das causas da morbilidade e da sinistralidade, não são apenas os doentes que morrem mas também aqueles que sofrem consequências dos acidentes provocados pelo consumo de álcool, quer do foro do sistema nervoso, quer da área cardiovascular, quer das doenças gastrointestinais e hepáticas. São questões muito complexas e que assumem grande peso do ponto de vista da importância dos nossos doentes e da nossa patologia. E por isso a importância que demos, não só porque o álcool está na origem destes acidentes mas também hoje da própria violência interpessoal, constituindo mesmo o seu consumo excessivo a base de toda a perturbação que leva a grande violência, ao insucesso escolar e a perturbações do desenvolvimento. Todos sabemos que Portugal é dos países com taxas mais elevadas de consumo de álcool, é bom podermos saborear o nosso vinho que é, de facto, de grande qualidade, mas temos que saber consumir com moderação mas temos que afastar a ideia entre quem é dependente que beber só um pouco não faz mal. E constatar que se trata de um problema tradicionalmente masculino é hoje igualmente extensivo às mulheres, de uma forma mais contida ou menos evidente socialmente. E, por último, saber que há um grupo cada vez mais importante que temos que atender, que são os jovens, não apenas nas idades da universidade mas numa faixa que hoje em dia apresenta uma frequência de consumo problemática, nas crianças mais pequenas. Não é raro, neste período do ano em que estamos, aparecerem crianças com sete, oito ou nove anos que, para celebrarem o final do ano escolar, aparecem muitas vezes nos serviços de urgência em estado comatoso por ingestão de bebidas alcoólicas. É necessário alertar que o coma alcoólico numa criança é gravíssimo porque origina lesões cerebrais muitas vezes irreversíveis. Trata-se de um problema sério e que, face a algumas questões culturais, silencioso e muito bem tolerado do ponto de vista social, o que contribui para que não seja enfrentado como o problema social grave que constitui. É um problema muito transversal, não é um problema exclusivo das pessoas da saúde mas de toda a comunidade, cuja intervenção deve envolver, quer os produtores, quer os que comercializam, com uma envolvente de todos nós, parceiros sociais, quer forças da segurança e todos os ministérios, desde à economia, passando pela segurança ou saúde, educação ou ensino superior, para que todos possamos ser envolvidos e levar a sério este problema na sociedade portuguesa. Daí a importância de uma estratégia global, com um plano de acção que possa abranger todas estas áreas. Mas como estamos na área da saúde e este é um fórum muito vocacionado para a área da saúde, em que o problema do álcool e do consumo excessivo é um problema das famílias, realço a importância do médico de família, enquanto primeira abordagem na sua identificação. Quer na área dos cuidados da comunidade, quer na área da saúde pública, podemos, em conjunto, promover um empenhamento sério quanto à forma de trabalhar e, de forma sistémica e enquadradora, desde a prevenção primária ao tratamento, não esquecendo nunca o importante papel das escolas e da universidade. E já foi assinado um despacho conjunto entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças que define e actualiza as regras das convenções para o sector social e privado para as comunidades terapêuticas que apenas atendiam tradicionalmente os dependentes de drogas ilícitas e que queremos ver extensivas aos problemas do álcool. Embora considere que não é o internamento que resolve o problema do álcool, poderá constituir um princípio de terapêuticas iniciais e reforçar o atendimento. Espero que deste e de outros fóruns possam surgir contributos para nos ajudar, enquanto decisores do Ministério da Saúde, a criar condições para construirmos uma definição de uma estratégia com um plano de acção eficaz, para que seja possível implementá-lo no terreno para que possa diminuir o consumo e todos os efeitos que o mesmo provoca".

Dependências - Verificaram-se algumas resistências por parte da saúde mental, aquando da transição desta intervenção em alcoologia para o IDT... O caminho poderá ainda passar pela integração de alcoologia e das outras dependências na saúde mental?

Ana Jorge – Não... Neste momento, porque consideramos tratar-se de um problema muito grave, o mesmo deve ser dotado de um atendimento muito específico. Já por isso, face ao problema das drogas e das toxicodependências, foi anteriormente constituído o IDT, exactamente para ter uma abordagem muito específica e um atendimento especial. Temos que promover uma articulação muito forte com a área da saúde mental porque estamos a falar de doentes e, muitos desses, têm perturbações da esfera da doença mental. Essa é uma articulação que foi feita no que concerne às duas áreas mas, por considerarmos que não se trata exclusivamente de um problema de saúde mas envolve, nomeadamente a traficância e o abuso e essas não são áreas da saúde mental. E o Instituto tem essa possibilidade de articular e uma maior flexibilidade para actuar com outras áreas.

O que se poderá esperar dos agentes que operam no mercado do álcool?

Ana Jorge – Têm que existir regras, nomeadamente quanto à divulgação... Não se pode, por exemplo, fazer propaganda às bebidas alcoólicas em outdoors nas auto-estradas, tal como não se devem vender determinadas bebidas alcoólicas em determinados locais. E aí, a título de exemplo, a parceria com a área do comércio é importante, até para que se sinta que se pode beber mas com moderação e em locais próprios.

João Goulão, Presidente do IDT

"Relativamente à formação, elaborámos um plano interno e externo, todos os nossos parceiros que queiram connosco colaborar nesta área, candidatámos esse pacote formativo ao QREN, o qual foi aprovado e está a ser desenvolvido com uma dimensão e profundidade que nos parece extremamente importante.

George Sandeman, Board Member da Sogrape Vinhos, Presidente da Associação das Empresas de Vinho do Porto e Vice-presidente, do Comité Vins, em Bruxelas

Dependências – Da sua apresentação, recolhi um apontamento em que afirma que da estratégia da União Europeia sobre o álcool emana um desafio positivo que consiste em considerarmos que o problema do álcool reside no abuso e no consumo perigoso ou danoso e não no consumo em si... Essa orientação emana, no ponto de vista da UE, apenas do facto de o álcool não ser uma substância ilícita ou poderá ser entendida, de facto, como uma visão geral acerca do consumo de substâncias psicoactivas?
George Sandeman – Em primeiro lugar, como diz e bem, o álcool, não só não é uma substância ilícita, como é uma substância que faz parte da cultura na Europa há mais tempo do que gostamos pensar. Não é há séculos mas há milhares... Depois, este reconhecimento, de que estamos a falar do abuso ou do maus uso, que são nocivos para a saúde, e não do uso, é algo que se verifica ao nível da Comissão Europeia. Aliás, a própria OMS define perfeitamente qual é o consumo moderado recomendado de álcool, que tem estudos que comprovam que consumido moderadamente produz efeitos cardiovasculares e de outras índoles muito interessantes. O abuso de qualquer matéria, de qualquer substância, de qualquer comida, qualquer coisa faz mal. O que temos que fazer é equilibrar e, portanto, neste momento, o nosso esforço vai no sentido de comunicar a uma área, uma indústria em torno da qual sobrevivem muitas pessoas que a moderação e aconselhamento não só faz sentido como se afigura ainda como a única forma de sustenta esta área.

Restringir faz sentido? Desde os tempos da Lei Seca à guerra às drogas e aos seus utilizadores, os resultados não têm sido propriamente os mais esperados...
GS – Nós confiamos muito mais na educação e sensibilização do cidadão, do consumidor, para que posa tomar opções. Há muitas pessoas que, não obstante as proibições que têm existido face ao tabaco, continuam a fumar... Com as drogas o mesmo... Aqui, a questão reside em conhecer impactos. Há muitas pessoas que comem hambúrgueres mal cozidos em restaurantes que deviam cozê-los melhor que não sabem que o risco de contaminação é enorme... Também não podemos ter um ambiente em que o Estado Português ou o Comunitário nos proteja nós mesmos... Tudo bem que nos proteja quanto às coisas de fora, agora não vamos proibir isto ou aquilo porque faz mal... Acabamos por ser tratados como crianças! Eu, como cidadão, tenho que ter o direito de acesso à informação, compreensivelmente disponível. Não de uma forma que me obrigue a estudar medicina durante dez anos para a compreender mas de forma facilmente entendível. E aí tomamos a decisão. E é preocupante constatar que a proibição, em qualquer forma, acaba por ser aliciante para a juventude. Porque quando somos jovens, somos imortais. E só quando passamos os 45 ou 50 anos é que entendemos isso. Como comunicamos isso? Eu trabalhei nos EUA durante algum tempo, onde a lei diz que a partir dos 21 anos é permitido consumir álcool. E muitos dos amigos dos meus filhos possuíam identificação que comprovava que tinham 21 ou mais anos quando, na verdade, tinham 16 ou 17...
Em traços gerais, como define a Estratégia Europeia e o Fórum?
GS – Simplificando, pode até parecer um pouco banal mas poderíamos resumir a estratégia à redução dos malefícios associados ao consumo abusivo do álcool em todas as faixas da população. Entre os jovens que não devem consumir, no caso português até aos 16 anos e noutros países até aos 18, porque se considera medicamente que ainda não estão formados para consumir e metabolizar álcool de forma razoável; os condutores, que não podem ir para a estrada alcoolizados – e eu aplaudo a GNR quando realiza operações stop e os apanham porque constituem, de facto, um perigo para a população; as pessoas que praticam violência em qualquer forma como consequência do consumo de álcool, seja contra crianças, contra adultos, contra familiares, seja mesmo a violência passiva, o facto de estar meramente embriagado em casa e de ser menos útil à unidade familiar. Nós podemos consumir mas não abusar das pessoas à nossa volta. A Estratégia aborda tudo isso e fá-lo de uma forma em que junta todos os parceiros e, pela primeira vez, diz à indústria que estes senhores também têm responsabilidades nesta matéria. E por mais que alguns advoguem o contrário, a indústria sempre será um "papão"... Nós estamos aqui a produzir um produto que consideramos respeitável, o qual vendemos a preços razoáveis, que envolve muitas pessoas na área e que é consumido por pessoas que apreciam uma certa qualidade. Agora, também existem operadores que não revelam esse cuidado. Nós temos que pressionar para que não apresentem produtos destinados a ser abusados.

O Fórum corresponde a uma plataforma para a execução da Estratégia?
GS – Sim, absolutamente.

Normalmente, as posições que advoga relativamente à intervenção em álcool associadas às drogas ilícitas são classificadas como redução de riscos e são mais destinadas populações menos estruturadas. Aqui também não se fala tanto em tratamento mas antes em redução do risco associado ao consumo e na educação para um consumo mais seguro e menos danoso...
GS – É isso mesmo! É o harm reduction, que tanta importância assume, tendo em conta que se há menos harm há menos necessidade de tratamento. E funciona ainda de forma preventiva e eu que não sou da área da saúde, diria que na saúde a prevenção é muito melhor e barato do que a cura.

Utentes de Paços de Ferreira e concelhos limítrofes já não têm que se deslocar ao Porto para consultas...

Mais uma peça encaixa no puzzle...

Acaba de ser inaugurada, em Freamunde, a consulta descentralizada, uma extensão do Centro de Saúde de Paços Ferreira que corresponde a um espaço promotor de respostas integradas a nível concelhio, e que serve já actualmente mais de 120 utentes que finalmente encontram uma resposta de proximidade. A unidade está integrada no CRI Porto Oriental e constitui a equipa técnica de Freamunde, possibilitando assim que os utentes do município de Paços de Ferreira e concelhos limítrofes, especialmente de Lousada, evitem a deslocação à unidade que então os servia, no Porto, com todos os factores de "dissuasão" para a desejável adesão dos mesmos às unidades de saúde que tal distância representava. Partindo de um diagnóstico partilhado e consertado com as instituições da região sobre o problema das dependências, a equipa liderada por Jorge Barbosa confrontava-se com duas prioridades imediatas: uma no eixo do tratamento e outra no eixo da prevenção em meio escolar e em meio familiar. Ao nível do tratamento, a deslocalização de recursos numa lógica e numa estratégia de proximidade dos cuidados de saúde à população acaba de ser materializada. Constatando desenvolvimentos passados no sentido de criar uma consulta descentralizada em Freamunde e aproveitando um protocolo celebrado três anos antes, em colaboração com a Administração Regional de Saúde, foi implementada uma consulta descentralizada, na extensão de Freamunde. A DRN resgatou ainda do antigo Plano Municipal de Prevenção das Toxicodependências que também tinha definido dois eixos de intervenção: um no domínio da família, outro no domínio das escolas. Dependências participou na inauguração e falou com os representantes do Ministério da Saúde, da Direcção Regional do Norte do IDT e da Câmara Municipal de Paços de Ferreira, três peças fundamentais para os encaixes de mais este puzzle.

Manuel Pizarro, Secretário de Estado da Saúde

O que significa a abertura desta unidade de saúde?
Manuel Pizarro (MP) – Significa, sobretudo, que as pessoas que sofrem desta doença, que é a toxicodependência, de toda esta área geográfica, não só do concelho de Paços de Ferreira mas também dos concelhos limítrofes, designadamente de Lousada, vão passar a poder ser atendidos num espaço condigno, com condições de conforto adequadas e também com condições de trabalho adequadas para os profissionais que aqui trabalham, desde os psiquiatras aos psicólogos, assistentes sociais e administrativos que aqui exercem a sua actividade profissional.

O que representa o facto de este serviço está inserido numa unidade de cuidados primários de saúde...
MP – Isso tem algo a ver com aquela que é a nossa filosofia. Se a toxicodependência é uma doença, e assim o consideram a OMS e a generalidade dos especialistas que se pronunciam sobre esta matéria, então faz sentido que seja nos espaços de saúde que as pessoas sejam tratadas, naturalmente com a especificidade que a sua doença justifica, tal como muitas outras doenças justificam também especificidades mas no quadro de um sistema de saúde. Portanto, para nós este é o modelo adequado, um modelo em que a Extensão de Saúde de Freamunde deste Centro de Saúde tem também um módulo que é destinado ao atendimento de toxicodependentes, que é muito positivo do ponto de vista da organização dos serviços.

Numa altura em que se fala de transições entre toxicodependências e saúde mental, esta integração com os cuidados primários de saúde poderá abrir um novo paradigma ao nível da intervenção...
MP – A esse respeito gostaria de clarificar que se justifica ainda inteiramente e justificar-se-á provavelmente por muitos anos a existência de um instituto específico para a abordagem do problema da droga e da toxicodependência. O que se está aqui a dizer é que, no plano operacional, no terreno, o tratamento destes doentes deve estar, tanto quanto possível, próximo das pessoas. Não há nenhuma razão para esperar que os toxicodependentes – ainda por cima, muitos deles são pessoas muito desestruturadas do ponto de vista do seu comportamento pessoal e inserção social – percorram grandes distâncias à procura de locais onde vão ser tratados. O que entendemos é que os espaços onde vão ser tratados devem estar próximos das comunidades. Não vamos montar um sistema nacional de saúde para os toxicodependentes, temos é que colocar os recursos de que dispomos no SNS, com o apoio e a direcção técnica do IDT, ao serviço das comunidades locais. É isso que estamos aqui a fazer e é esse o espírito do que queremos fazer.

Em que medida constituirá este um sinal para o exterior numa altura em que o ministério que representa está mais conectado com o encerramento do que com a inauguração de unidades de saúde?
MP – Se quisermos, com realismo e seriedade, medir o que abriu versus o que fechou, verificaremos que o que abriu é dez ou 20 vezes superior e aquilo que se diz ter fechado, verdadeiramente não fechou. Houve uma reorganização do serviço prestado, o que, obviamente, tem que ser feito. O que aconteceria se daqui por dez anos concluíssemos que esta unidade hoje aberta não tivesse nenhum utilizador ou tivesse apenas um... Esta unidade justifica-se hoje plenamente, uma vez que temos já mais de 100 utilizadores da mesma e, previsivelmente, teremos alguns mais. Mas, se isto correr muito bem, daqui por alguns anos, esta unidade será inútil. E aí teremos que a reorganizar. Nós não podemos assumir que os serviços ficam estáticos. Os serviços de saúde têm que acompanhar as mudanças da sociedade, têm que reduzir horários, abrir, fechar conforme aquelas que forem as necessidades sociais e é isso que estamos a fazer, a modernizar o SNS adaptando-o às novas necessidades.

E o melhor paradigma será a constituição de um Centro de Respostas Integradas?
MP – Exactamente! E num mundo rural, fora do mundo das grandes cidades. Aliás, o que estamos a fazer é levar as respostas onde são necessárias. E queremos abordar o conjunto das diferentes temáticas: prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção. E tudo isto tem que ser feito de uma forma integrada. Não podemos ter espaços de tratamento separados dos espaços onde se faz a prevenção ou a reinserção. Temos que articular este conjunto de respostas. Nós estamos muito satisfeitos com os resultados dos estudos relativos ao consumo de drogas, tanto em meio escolar, que revelam pela primeira vez uma diminuição do consumo de drogas entre os mais jovens no terceiro ciclo do ensino básico e no ensino secundário. Achamos que esses resultados, que são bons, têm que ser vistos como prudentes. É necessário continuar e intensificar o trabalho e conseguir recuperar, pela insistência individual, familiar e social aqueles nossos cidadãos que são atingidos por esta doença e é isso que o nosso Governo também pretende ajudar a fazer.

António Coelho, vereador Acção Social, Câmara Municipal de Paços de Ferreira

Que importância assume para o município cujos destinos lidera em matéria de acção social, esta unidade de saúde?
António Coelho (AC) - Trata-se de uma unidade de tratamento que vai ter, obviamente, uma grande importância numa área, na prestação de um serviço e num acompanhamento que até aqui apenas dispúnhamos situado no Porto, com todos os inconvenientes que tal representava, acabando por ser mesmo dissuasora para quem procurava tratamento. A Câmara Municipal e a rede social, desde alguns anos a esta parte, que pauta a sua acção pela constituição de respostas na área das toxicodependências. Posso falar desde a altura em que estou nesta área, desde Novembro de 2005 que procuramos junto do IDT apoios para a constituição de respostas ao nível do tratamento porque sentíamos que o núcleo de pessoas que procurava apoio no CAT Oriental era significativo. Fomos adiando a criação de respostas nessa área até que, surpreendentemente, no ano passado, fomos procurados pelo Dr. Jorge Barbosa, que estava a redimensionar e a reestruturar a forma intervenção com a nova designação no que respeita aos contextos das respostas integradas e que, nesse âmbito do CRI Oriental, pretendia activar esta unidade de tratamento que já tinha sido construída pré destinada para esse efeito mas que, por razões diversas, não tinha ainda começado. A partir do momento em que começámos a contactar com o Dr. Jorge Barbosa foi um ápice até que começámos a trabalhar. Fizemo-lo com a descrição necessária e o retorno que temos neste momento traduz-se numa grande adesão e só esperamos que os frutos das mesmas sejam positivos e as pessoas possam, de facto, abandonar os consumos e as diversas dependências. É com grande orgulho que temos o IDT como parceiro da nossa rede social e traduz-se igualmente numa grande segurança para nós que assim aconteça.

Neste contexto das dependências, Paços de Ferreira vê-se confrontado com consumos excessivos de uma substância que não é ilícita, o álcool...
AC - Pois, e esse é um problema também cultural. Aliás, para que tudo isto resultasse na abertura desta unidade de tratamento, houve primeiro um diagnóstico que tentava traçar uma panorâmica e identificar as várias dependências. E, de facto, o álcool surge aqui como um problema, sobretudo até pelo facto de ser socialmente aceite. Ninguém vê ainda o álcool como algo que perturbará a vida daquela pessoa que consome mas nós estamos a fazer algumas intervenções a esse nível, quer ao nível da prevenção, quer da dissuasão essencialmente. Agora, faz-se de forma integrada, acompanhando as famílias, que nos permita monitorizar e intervir de forma consequente.

Quais são actualmente as prioridades do município ao nível da criação de estruturas nas diversas áreas de intervenção em toxicodependência?
AC - Nós gostaríamos de tentar aumentar as respostas e intervenções ao nível da prevenção e da redução de riscos. Em determinados locais justifica-se a intervenção de equipas de rua e também temos conversado com o IDT sobre a possibilidade de reeditar o Plano Municipal de Prevenção das Toxicodependências, para que as áreas de intervenção do tratamento, redução de riscos e reinserção sejam menos necessárias.

Jorge Barbosa, DRN IDT

Terá sido certamente um longo trabalho até à unidade, hoje inaugurada, estar funcional...
Jorge Barbosa (JB) - Foi essencialmente um trabalho de parceria, de colaboração com a rede social de Paços de Ferreira que, desde a primeira hora, trabalhou connosco e em simultâneo na construção de um plano de respostas integradas para as dependências no concelho de Paços de Ferreira. Inicialmente, trabalhámos em conjunto na construção do diagnóstico partilhado e consertado sobre o problema das dependências, em Paços de Ferreira. Depois da construção desse diagnóstico, duas prioridades surgiram de imediato. Uma no eixo do tratamento e outra no eixo da prevenção em meio escolar e em meio familiar. Ao nível do tratamento, a deslocalização de recursos numa lógica e numa estratégia de proximidade à população aos cuidados de saúde. Constatámos que já havia desenvolvimentos passados, no sentido de criar uma consulta descentralizada em Freamunde. Com o protocolo que havia sido definido três anos antes, em colaboração com a Administração Regional de Saúde, implementámos uma consulta descentralizada, na extensão de Freamunde, que é uma extensão do Centro de Saúde de Paços Ferreira. Resgatámos também o Plano Municipal das Prevenções, o plano para as toxicodependências que também tinha definido dois eixos de intervenção um no domínio da família, outro no domínio das escolas. Depois da construção deste diagnóstico, e volto a frisar, teve a colaboração da rede social e todo o trabalho de parceria dinamizado pela Acção Social da Câmara e pelo Dr. António Coelho que, desde a primeira hora, esteve connosco e que em simultâneo foi sempre defendendo uma acção integrada para o Concelho. O Sr. Presidente da Junta de Freguesia de Freamunde, que também foi essencial, no sentido de sensibilizar a população para as questões das dependências ao nível local e também as IPSS locais que estavam preocupadas também com as questões das dependências, em particular o consumo de álcool nos grupos de jovens e nas famílias. Aqui em Paços de Ferreira existe um problema de violência doméstica essencialmente relacionado com o uso do álcool. Este é um exemplo ao nível metodológico de um plano integrado, participado e partilhado. É esta a filosofia que nós queremos para o futuro, no sentido de rentabilizar recursos com a colaboração do sector local que disponibiliza recursos de enfermagem para a prestação de programas de metadona a nível local. Neste momento nós temos mais de 70 doentes a quem temos de administrar metadona diariamente e que conta com os enfermeiros do Centro de Saúde local.

A metadona também é administrada em ambulatório?
JB - Sim. E está a ser administrada em conjunto com a equipa de enfermagem do Centro de Saúde que diariamente administra a medicação e metadona. Abrimos esta consulta no dia 12 de Fevereiro e neste momento temos mais de 120 doentes em acompanhamento e esperamos alargar para uma área que nós designamos pela linha A42 no sentido de poder apoiar também concelhos limítrofes. Uma plataforma inter concelhia constituída pelo concelho de Paços de Ferreira, Felgueiras e Lousada. No futuro queremos alargar a resposta para esta plataforma. Neste momento, estamos a responder às necessidades diagnosticadas no concelho de Paços de Ferreira.

Pretende afirmar-se como Centro de Respostas Integradas... Vai para além do tratamento?
JB - Exactamente. Isto é um espaço promotor de respostas integradas a nível concelhio. A equipa que aqui trabalha é polivalente, uma equipa multidisciplinar que irá intervir nos quatro eixos de intervenção do IDT. Uma equipa de num determinado período da semana desenvolve intervenção do ponto de vista clínico, na área clínica. Em outros períodos da semana trabalha na prevenção em meio escolar, junto das escolas, colaborando com os agrupamentos verticais, com as associações de pais e colaborando também com as famílias num trabalho integrado ao nível da prevenção.

Como é feita essa articulação?
JB - Essa articulação é feita a partir da rede social. A própria rede define as linhas orientadoras e um plano de acção na área das dependências em que está contratualizado o plano para 2008. Esse plano define como uma das prioridades a prevenção em meio escolar e todo este plano é feito de acordo com o plano pedagógico das escolas onde integramos os nossos módulos de prevenção em conjunto e em simultâneo: o Plano de Saúde Escolar e o Plano Pedagógico das escolas. É um trabalho concertado em três eixos fundamentais: Educação, Saúde e Dependências.

Os recursos são afectos ao IDT?
JB - Os recursos que nós disponibilizamos são recursos do IDT. São dois médicos psiquiatras, dois psicólogos, uma assistente social e dois técnicos psicossociais. São técnicos que o IDT disponibiliza para este trabalho a nível local, numa perspectiva de proximidade.

Os resultados do diagnóstico sugeriam que deveria haver uma actuação mais interventiva ao nível da prevenção e do tratamento. Por outro lado também os problemas do consumo abusivo de álcool como algo potenciador de problemas de violência doméstica. Ao nível da Redução de Riscos e Reinserção temos algum tipo de sinalização?
JB - Temos já identificados os problemas ao nível do álcool. Numa primeira fase vamos trabalhar ao nível dos consumos de substâncias psicoactivas ilícitas. Neste momento estamos a executar o diagnóstico do álcool e a percepção do fenómeno do álcool na comunidade e essa percepção é fotografada pela própria comunidade que depois nos apresenta as imagens do fenómeno. No entanto, temos de aprofundar o diagnóstico na situação do álcool. Estamos neste momento a trabalhar com uma equipa no sentido de criar um plano também para a redução de riscos relacionados com o álcool. Esta redução de danos passa exactamente por duas áreas. A criação de grupos de ajuda mútua e a dinamização de acções de educação interventiva pelos pares. Isto nas escolas é um dos primeiros pontos de partida. Estamos já em conversações com as escolas locais no sentido de associar prevenção dos riscos, numa linha mais preventiva, e redução dos riscos individuais, no sentido de redução de danos.

Qual a capacidade desta unidade em termos de consultas? Quantos utentes poderá receber?
JB - Estamos a pensar que até ao final do ano poderemos receber entre 250 a 300 doentes do concelho e dos concelhos vizinhos a Paços de Ferreira.

Poderá haver encaminhamentos para outros de tipo de unidades ou o tratamento irá ser feito aqui?
JB - O tratamento ambulatório é realizado nas instalações da equipa de respostas integradas.

Tratando-se aqui de cuidados de saúde primários, poderão as pessoas aceder aqui às primeiras consultas e seguir aqui um pano terapêutico?
JB - O plano terapêutico é decidido aqui pela equipa, pelo corpo clínico, e continuam a ser estruturados para a equipa que nos pede ajuda.

O facto desta unidade estar inserida numa unidade de cuidados de saúde primária traz algum tipo de vantagem?
JB - Tem vantagens em estar integrado num Centro de Saúde local. Tira-lhe o estigma, diminui a descriminação, mesmo a descriminação profissional e institucional relativamente à população toxicodependente, tendencialmente é esbatida.

Não obriga que seja feito um trabalho de sensibilização ou este é feito por natureza com os contactos diários com as pessoas?
JB - O trabalho de sensibilização é feito diariamente, apesar de, como já referi anteriormente, nós realizarmos um plano integrado aquando a realização do diagnóstico. Nós desenvolvemos estratégias de sensibilização junto da comunidade local e só desenvolvemos respostas após serem ouvidas as entidades locais e, sobretudo, as populações locais. Foi realizada, em Março, uma sessão de esclarecimento com a população de Paços de Ferreira, em particular de Freamunde, para auscultar a percepção e perceber qual seria o interesse para a comunidade e a sensibilidade relativamente a este problema. E a população foi unânime em transmitir-nos a ideia de que era necessária uma resposta integrada no concelho e que estariam connosco na realização desta ideia.

Os quadros do IDT já estão preparados para intervir no fenómeno da alcoologia?
JB - Neste momento os técnicos do IDT estão a receber formação para a intervenção em alcoologia. Mas, muitos dos técnicos já estavam preparados para o fazer. Nós, hoje, temos uns quadros de psicólogos clínicos que realizaram estágios durante três anos que permite hoje terem uma qualificação na área clínica e estão preparados para trabaharem com problemas relacionados com o álcool, como também, temos psiquiatras com experiência na área do álcool. Neste momento sentimo-nos preparados para intervir e já estamos a intervir. Já têm surgido solicitações de ajuda para os problemas do álcool aqui no local.

Numa altura em que se fala tanto na integração da saúde mental na toxicodependência ou da toxicodependência na saúde mental será um novo paradigma ao colocar lado a lado utentes com uma qualquer patologia com toxicodependentes?
JB - O que queremos é uma política de saúde pública e também para os utilizadores de substâncias psicoactivas com base em princípios básic**os** como o da proximidade, o princípio do partenariado e o princípio da cultura da partilha da integralidade do sistema de saúde. É uma resposta complementar ao sistema nacional de saúde e que se pretende aproximar, cada vez mais, das populações e pelos grupos da população afectados pelos problemas das dependências.

Implementação do Programa Klotho na DRC será mote para discussão de vivências, resultados e experiências

Região Centro "avalia" Klotho em Encontro

O Instituto da Droga e da Toxicodependência, no âmbito da Região Centro, está a preparar a realização de um encontro que tem como objectivo a avaliação do Programa Klotho na região centro, após o primeiro ano de implementação.
O encontro realizar-se-á no dia 26 de Setembro de 2008 no Auditório do Casino da Figueira da Foz, estando prevista a participação de cerca de 30 palestrantes, além dos profissionais de todos os serviços prestadores de cuidados na área da toxicodependência no âmbito da região centro. O Programa Klotho pretende abranger um número cada vez mais significativo de utentes dos serviços prestadores de cuidados na área da toxicodependência, consciencializando-se para a importância de prevenirem comportamentos de risco e efectuando um diagnóstico rápido da infecção pelo VIH/SIDA, com encaminhamento dos casos positivos.
Dependências antecipa aqui o programa do Encontro:

Encontro Regional IDT.IP /DRC Programa Klotho VIH/SIDA
Auditório do Casino da Figueira da Foz - 26-09-2008

09h00 **Abertura do Secretariado**
09h30 **Boas Vindas**
09h45 **Conferências - Programa Klotho**
Moderador: Dr. Rocha Almeida - Director do NAT da DRC-IDT.IP
O ADR como estratégia de saúde pública
Prof. Dr. Henrique de Barros - Coordenador Nacional para a Infecção VIH/SIDA
Implementação do ADR no IDT.IP - Importância e Objectivos
Dr. Jóse Pádua - Director Clínico do IDT.IP
11h00 **Coffee- Break**
11h30 **Mesa Redonda**
Implementação do Programa Klotho na DRC – Balanço de um ano de prática
Moderador: Enfo Carlos Iglésias - Interlocutor Regional Programa Klotho

Período Experimental: Vivências e Resultados
"Análise dos dados produzidos" - *Dra. Paula Santos - ET de Aveiro*
"Vivências em Equipa" - *Dra. Célia Carvalho - ET da Figueira da Foz*
"Cuidados contínuos integrados, nos doentes com VIH/SIDA" - *Enfa Marta Mingacho - ET de Castelo Branco*

O ADR nas Equipas de Rua: A experiência da Equipa Reduz
Dra. Ana Simões - Cáritas Diocesana de Coimbra

12h45 **Sessão de Abertura**
Sr. Governador Civil de Coimbra –Dr. Henrique Fernandes; Comissário VIH/SIDA – Prof Dr. Henrique de Barros; Presidente da Conselho Directivo do Instituto da Droga e da Toxicodependência - Dr. João Goulão; Presidente da ARS de Coimbra – Dr. João Pimentel; Presidente da Câmara Municipal da Figueira da Foz – Eng Duarte Silva.
13h30 **Almoço (livre)**
15h00 **Mesa Redonda - ADR: Resultado positivo, Referenciação e Tratamento**
Moderador: Dr. Luís Trindade - Infecciologista do Centro Hospitalar de Coimbra
VIH Positivo: A comunicação do resultado
Dra. Isabel das Neves - ET de Coimbra
Cuidados hospitalares e adesão ao tratamento
"A infecção VIH/SIDA no contexto hospitalar"
Dra. Leopoldina Vicente - Infecciologista do Centro Hospitalar da Cova da Beira
"A Adesão à terapêutica"
Prof. Dr. Meliço Silvestre - Director do Serviço de Infecciosas dos Hospitais da Universidade Coimbra
16h30 **Coffee-Break**
17h00 **Avaliação Regional do Programa Klotho**
Dr. Carlos Ramalheira - Delegado Regional da DRC- IDT.IP
Dr. Rocha Almeida - Director do NAT da DRC-IDT.IP
O Rastreio de doenças infecto-contagiosas como garante estratégico de qualidade no IDT
Dr. Manuel Cardoso – Vogal do IDT
17h30 **Peça de Teatro - "A sida não tem rosto"**
Dr.a Teresa Sá e Alunos da Escola Secundária D. Dinis
18h00 **Encerramento**
20h00 **Jantar Dançante - Casino da Figueira da Foz**

CRI Oeste organiza encontro com Agrupamento de Escolas de Freiria...

"Toxicodependência na Minha Escola"

Rui Negrão, Psicólogo Clínico, Assistente de Saúde

O CRI do Oeste, nomeadamente a equipa de tratamento de Torres Vedras, organizou, no passado dia 21 de Maio, em parceria com o Agrupamento de Escolas de Freiria, um encontro subordinado ao tema "Toxicodependência na Minha Escola".
Foi o sonho de poder juntar duas Instituições que servem a comunidade no Concelho de Torres Vedras, sob uma preocupação comum, a das dependências.
Longe de ter a magnitude dos encontros onde os convidados nacionais e internacionais de renome e o patrocínio das indústrias farmacêuticas abundam, procurámos com o contributo dos técnicos destas duas instituições e convidados que generosamente responderam afirmativamente a este desafio, partilhar do trabalho e interesse sobre a temática tratada.
Contámos com a presença dos parceiros comuns, Câmaras Municipais da zona de influência, Centros de Saúde, Centro Hospitalar de Torres Vedras, Segurança Social, Agrupamentos de Escolas, Externato de Penafirme, Direcção Geral de Reinserção Social, Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.
Quando o consumo de substâncias psicoactivas aumenta na Zona Oeste, e de forma significativa na zona de influência de tratamento do CRI do Oeste, é normal e com preocupação evidente, que as instituições e os seus actores sociais, se queiram pronunciar, para melhor intervir.
As escolas devem ter um papel interventivo e preventivo no uso e abuso de substâncias psicoactivas, até pelo papel social que representam. Fechar os olhos e dizer que apenas um diminuto número de jovens e adolescentes nas nossas escolas efectua consumos recreativos e experiênciais é falso, só o pode dizer quem não trabalha ou nunca trabalhou no meio escolar e não contacta com os alunos.
Foi destas preocupações que tratamos, desde o Jardim-de-infância até ao Ensino Secundário, com uma perspectiva regional de integração, inserindo-nos no objectivo global do serviço, intervindo territorialmente com novas dinâmicas sobre velhas problemáticas.
O Auditório Municipal da Câmara Municipal de Torres Vedras, cedido gentilmente pelo seu presidente, abraçou esta iniciativa, e os participantes no Encontro eram na sua maioria professores e técnicos de diferentes áreas de saúde.
Das várias conclusões do encontro destacamos a preocupação da escalada dos consumos de substâncias psicoactivas na zona Oeste, compreendendo-se pela imensa zona costeira que beija a região e de difícil cobertura em termos de vigilância no que diz respeito ao tráfico via mar, acessibilidade muito fácil via estrada e economicamente uma zona estável, as dependências materiais e relacionais desde logo na 1ª e 2ª infância, a ausência e pouca participação familiar na vida dos filhos adolescentes, as falsas crenças em torno do uso e abuso de substâncias psicoactivas nos jovens e adolescentes, o papel social e da sociedade ontem e hoje na prática de consumos e o papel interventivo e preventivo dos vários actores sociais.
A programação decorreu conforme o previsto, atingindo-se o objectivo que estabelecemos inicialmente o reforço de parcerias institucionais, a partilha de vivências comuns em torno da preocupação das dependências, estruturação de encaminhamentos e referenciações e melhoria dos canais comunicacionais entre os vários parceiros.

Nuno Cotralha, director CRI Oeste

Que importância assume a realização deste Encontro "Toxicodependência na Minha Escola"?
Nuno Cotralha (NC) – São, sobretudo, dois motivos principais. Antes demais, pela parceria gerada e consolidada entre os Agrupamentos de Escolas e as Equipas de Tratamento do CRI do Oeste. A concretização destas pontes interinstitucionais pode, e deve, tornar-se cada vez mais habitual e criativa, pois também é comum a população alvo.
Um segundo motivo, que bastante me apraz, prende-se com o momento oportuno deste Encontro, uma vez que o IDT, IP procura integrar um novo paradigma de intervenção, por via das Equipas de Tratamento, desenvolvendo e avaliando programas nas áreas das Toxicodependências e do Álcool. Aliás, a realidade da vasta área territorial dos 13 concelhos que integram o CRI do Oeste, torna não só inevitável, mas sobretudo desejável, que as Unidades de Intervenção Local se voltem para a Comunidade. Apenas em parceria com os decisores e as instituições locais – de saúde, sociais, de educação, de emprego, etc. –, parece ser viável encontrarem-se boas respostas integradas, nomeadamente ao nível da Prevenção, que é a área particularmente em foco quando pensamos na "Toxicodependência na Minha Escola".

E a título individual, enquanto agentes de prevenção, o que é preciso fazer?
NC – Em primeiro lugar, é preciso acreditar. Acreditar, mesmo! Acreditar enquanto profissionais – mas também enquanto pais, aqueles que o são –, que a nossa disponibilidade interna para o suporte afectivo é essencial, desde que alguém nasce, e ao longo do seu processo de crescimento. O mesmo é dizer: procurarmos ser fornecedores de coisas boas, para que as crianças e jovens não cresçam vazias de afectos nem vazias de crença saudável no futuro.
Depois, é necessário prevenir. Isto é, contribuir para que as crianças e os jovens desenvolvam competências internas e sociais que lhes permitam escolher um percurso livre de substâncias e sem estarem inundadas de sofrimento psicológico. Assim, o que será certamente importante é semear o sentido do prazer que a vida, apesar dos obstáculos reais, pode proporcionar. Mas isso, também inclui, desde cedo, a introdução da frustração no processo de crescimento, pois não é possível obter tudo o que se deseja rapidamente. Falemos então de afectos, de relações humanas, da minha atenção e interesse face ao outro. Para isso, eu tenho que ajudar o outro a crescer e, eu próprio, compreender que também cresço com ele.
Por fim, é decisivo investigar. Isto é, definir metodologias e procedimentos de avaliação científica para se conhecer, numa perspectiva integrada, o consumo de substâncias psicoactivas, no caso, por parte dos jovens: quantos são, onde estão e como são? Por isso, gostaria de salientar a grande importância de dispormos dos dados da investigação da Dra. Fernanda Feijão, que dizem respeito ao Inquérito Nacional em Meio Escolar, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, realizado em 2006, entre 75 mil alunos do 3º ciclo do ensino básico e do secundário. Passámos a usufruir do ganho de conhecermos a realidade das várias áreas territoriais, cujos diagnósticos locais são fundamentais para o planeamento e a estratégia de acções futuras.

Por tudo isto, este Encontro quis privilegiar o tema da acção da Escola?
NC – Privilegiou-se e revitalizou-se o reforço proactivo das parcerias interinstitucionais, como referi de início, mas o enfoque foi dado à Escola, pois esta, desejavelmente em estreita ligação com a Família, é fundamental no desenvolvimento da criança e do jovem. Desde logo, realço o facto do início da escolaridade vir a gerar as condições normais e saudáveis de separação/individuação da criança em relação aos progenitores. Daqui decorre, todo um conjunto de experiências de vida que proporcionam o desenvolvimento da socialização da criança. Todo este convívio entre pares convida à partilha, à competição, etc., a tudo aquilo que irá acontecer nas relações interpessoais futuras.
Também na Escola, o natural processo de aprendizagem implica um decisivo estímulo ao desenvolvimento de inúmeras capacidades, sendo particularmente importante fomentar uma atitude mental interrogativa. Refiro-me ao desenvolvimento das capacidades associadas a uma curiosidade sadia, com direito a se poder contestar, e com o desejo da criança e do jovem em ampliar os seus conhecimentos, despertando a sua criatividade e espontaneidade. Os próprios educadores e professores, muito para além de leccionarem, também – como foi discutido neste Encontro – actuam como modelos de identificação. Aqui, falo da própria construção de sentimentos de identidade e da preparação das crianças e jovens para a cidadania.
Nesta vivência relacional, o ambiente da Escola dá um contributo fundamental ao desenvolvimento de um código de valores morais, éticos e estéticos. Promove-se a formação da cidadania, quando na cultura escolar se trabalha, por exemplo: o uso da liberdade, o confronto com os limites, as noções de direitos e deveres, a vivência da frustração, o próprio estímulo para que os jovens acompanhem e reflictam sobre os fenómenos que acontecem no mundo real do quotidiano.

CLAT 5
2009PORTO
PORTUGAL

5ª Conferência Latina sobre Redução de Riscos

5th Latin Conference on Harm Reduction

Português - Français - Castellano - Italiano - English

Organização
apdes
grup igia

HISTÓRICO DAS CLAT´S

As CLAT's partilham entre si a particularidade de serem, desde o seu início, conferências produzidas a partir duma rede de trabalho de cinco países diferentes (Portugal, Espanha, França, Itália e Suíça) e não duma entidade organizadora particular e isolada. Desta forma, o desenho conjunto de cada programa contempla não só a partilha de consensos conceptuais e éticos, mas também as necessidades de cada um dos cinco países no que às políticas de redução de riscos diz respeito. Com base nestes dois pilares fundamentais, as CLAT's procuram ser conferências inovadoras, na sua forma e no seu conteúdo, respeitando como princípio ético fundamental a integração do utilizador de drogas como actor técnico e político de pleno direito e

A CAMINHO DA **CLAT5**

A CLAT5 não se resumirá a uma conferência condicionada a um espaço e tempo determinados. Ela será feita de um conjunto de eventos que se estenderão pelos doze meses que a antecedem e que nela culminarão. O site será um dos espaços de construção e de partilha deste percurso, do qual farão parte workshops, acções formativas, reuniões, entrevistas, documentários... Se tem sugestões; se gostaria de trabalhar algumas questões ligadas à redução de riscos; se necessita de formação em áreas específicas do saber associado à redução de riscos; se deseja participar em discussões com especialistas reconhecidos... contacte-nos. A intenção da **APDES** (Agência Piaget para o Desenvolvimento) é a de dinamizar o desenvolvimento e a discussão nacional em torno deste tema ao longo de todo o ano que precede a conferência respondendo às necessidades e anseios daqueles que se relacionam com a redução de riscos. Entre no espírito da **CLAT5**! Participe nestas acções e conheça de perto algumas das figuras que dinamizam estas conferências..

defendendo o pragmatismo e o humanismo como os guiões orientadores dos discursos e práticas que caracterizam a redução de riscos. Visa-se por isso impulsionar o crescimento das medidas de RR, na sua dimensão e eficácia, nunca as encarando como meras intervenções de saúde pública centradas unicamente no combate às doenças infecciosas, mas assumindo-as como políticas muito mais abrangentes profundamente inspiradas numa visão humanista de respeito pelos mais elementares direitos humanos.

A primeira edição da CLAT teve lugar em Barcelona em Novembro de 2001 e reuniu cerca de 700 participantes provenientes sobretudo dos quatro países Sul-Europeus aos quais pertenciam as quatro associações fundadoras: França (AFR), Itália (LILA CEDIUS), Espanha (GRUP IGIA) e Portugal (ABRAÇO). A CLAT II foi feita na cidade francesa de Perpignan em Maio de 2003 e recebeu quase mil pessoas provenientes de quinze países diferentes, não só latinos (da zona do Sul da Europa e do Sul da América), mas também do Norte de África e da Europa de Leste. Estiveram ainda representadas a Bélgica e a Suiça, onde uma parte da população partilha com o Sul da Europa códigos linguísticos, sociais e culturais que encontram expressão em diversos comportamentos e fenómenos, incluindo os que estão relacionados com o uso de drogas.

A terceira CLAT realizou-se em Hospitalet de Llobregat (Barcelona) de 30 de Junho a 2 de Julho de 2005 e agregou um número ainda maior de países representados, incluindo profissionais e experiências da área latina por excelência (Brasil, Argentina, Chile, Uruguai, Paraguai e México) e de zonas não-latinas do mediterrâneo (Marrocos, Egipto), dos países do Leste (Polónia, Rússia) e de outros países que, não sendo latinos per se, partilham connosco similutes linguísticas e culturais (Canadá).

A CLAT4 foi pensada como um culminar das edições anteriores: procurou reflectir sobre os trajectos que em cada país se foram percorrendo e chegar a propostas sobre a evolução das políticas públicas para os próximos anos. A materialização desta reflexão está em curso e traduzir-se-á na produção dum documento - a ALIANÇA LATINA ou CARTA DE MILÃO, que será estrategicamente utilizado junto das entidades nacionais e internacionais com responsabilidades decisórias ao nível das políticas públicas de redução de riscos.

01-04 JULHO ALFÂNDEGA

www.clat5.org

ANEXO I
RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO
Suboxone 2 mg/0,5 mg comprimidos sublinguais

2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA
Cada comprimido contém 2 mg de buprenorfina (sob a forma de cloridrato de buprenorfina) e 0,5 mg de naloxona (sob a forma de cloridrato de naloxona di-hidratado). Excipientes: lactose 42 mg. Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

3. FORMA FARMACÊUTICA
Comprimido sublingual . Comprimidos biconvexos hexagonais, de cor branca, com o logotipo de uma espada numa face e "N2" na face oposta.

4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS
4.1 Indicações terapêuticas
Tratamento de substituição da dependência de opiáceos, no contexto multidisciplinar de um tratamento médico, social e psicológico. O objectivo do componente Naloxona é impedir o consumo incorrecto por via intravenosa. O tratamento destina-se a ser utilizado em adultos e adolescentes a partir dos 15 anos de idade que tenham concordado em ser submetidos a tratamento da toxicodependência.

4.2 Posologia e modo de administração
O tratamento deve ser efectuado sob a supervisão de um médico experiente no tratamento da dependência/ toxicodependência de opiáceos.
Cada comprimido sublingual de Suboxone contém buprenorfina e naloxona. O Suboxone que contém 2 mg de buprenorfina e 0,5 mg de naloxona é referido como comprimidos de "2 mg".
Os médicos devem advertir os doentes de que a via sublingual é a única via de administração eficaz e segura deste medicamento (ver secção 4.4). Suboxone comprimidos sublinguais deve ser colocado sob a língua até dissolução, a qual demora geralmente 5 a 10 minutos. A dose é composta por comprimidos sublinguais de Suboxone 2 mg/0,5 mg e Suboxone 8 mg/2 mg, que podem ser tomados simultaneamente ou em duas doses fraccionadas; a segunda fracção da dose para ser tomada imediatamente após a dissolução da primeira fracção da dose.
Adultos: Recomenda-se a realização de provas basais da função hepática e a documentação do estadio da hepatite viral antes de iniciar a terapêutica. Os doentes positivos para hepatite viral, submetidos a medicação concomitante (ver secção 4.5) e/ou com disfunção hepática pré-existente encontram-se em risco de desenvolver lesão hepática acelerada. Recomenda-se proceder à monitorização regular da função hepática (ver secção 4.4).
Indução: Antes da indução do tratamento, deve averiguar-se qual o tipo de dependência dos opiáceos (ou seja, opiáceos de acção prolongada ou rápida), o tempo que decorreu desde a última utilização de opiáceos e o grau de dependência de opiáceos. Para evitar a precipitação de abstinência, deve iniciar-se a indução com Suboxone ou com comprimidos só de buprenorfina quando são evidentes sinais claros e objectivos de abstinência.
Terapêutica de iniciação: A dose inicial recomendada é de um a dois comprimidos de Suboxone 2 mg/0,5 mg comprimidos sublinguais. Poder-se-á administrar adicionalmente um a dois comprimidos de Suboxone 2 mg/0,5 mg no primeiro dia do tratamento dependendo das necessidades individuais do doente.
Indivíduos toxicodependentes dependentes de opiáceos que não interromperam o consumo: ao iniciar o tratamento, deve administrar-se a primeira dose de Suboxone quando surgem os sinais de abstinência, mas nunca antes de ter decorrido um período de 6 horas após a última utilização de opiáceos pelo doente (por ex., heroína; opiáceos de acção rápida).
Doentes a receber metadona: antes de iniciar a terapêutica com Suboxone deve reduzir-se a dose de metadona para um máximo de 30 mg/dia. A primeira dose de Suboxone deve ser administrada ao surgirem os sinais de abstinência, mas nunca antes de ter decorrido um período de 24 horas após a última utilização da metadona pelo doente. A buprenorfina pode precipitar sintomas de abstinência em doentes com dependência de metadona.
Ajuste posológico e tratamento de manutenção: a dose de Suboxone deve ser progressivamente aumentada de acordo com o efeito clínico observado em cada doente, não devendo exceder-se uma dose única diária máxima de 24 mg. A posologia é titulada de acordo com a reavaliação do estado clínico e psicológico do doente e a titulação deve ser efectuada em intervalos de 2-8 mg. Durante o período inicial do tratamento, recomenda-se a dispensa diária de buprenorfina. Após estabilização, caso o doente seja de confiança, poder-se-á entregar-lhe Suboxone em quantidade suficiente para vários dias de tratamento. Recomenda-se que a quantidade de Suboxone seja limitada a 7 dias ou de acordo com as orientações locais.
Regime posológico inferior a uma dose diária: após atingir uma estabilização satisfatória, a frequência da administração de Suboxone pode ser reduzida para um tratamento em dias alternados com uma dose diária equivalente a duas vezes a dose titulada individualmente. Assim, por exemplo, um doente estabilizado com uma dose diária de 8 mg poderá receber 16 mg em dias alternados e não receber o fármaco nos dias intermédios. Contudo, a dose administrada nos dias alternados não deverá exceder 24 mg. Em alguns doentes, após atingir-se uma estabilização satisfatória, a frequência de administração de Suboxone pode ser reduzida para 3 vezes por semana (por exemplo, à segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira). A dose administrada à segunda-feira e à quarta-feira deve ser equivalente a duas vezes a dose diária titulada individualmente, enquanto que a dose utilizada à sexta-feira deve ser equivalente a três vezes a dose diária titulada individualmente, não sendo administrado fármaco nos dias intermédios. Contudo, a dose administrada em dias alternados não deverá exceder 24 mg. Este tipo de regime poderá não ser adequado a doentes que requerem uma dose diária titulada > 8 mg/dia. Redução da posologia e suspensão do tratamento: após ter sido obtida uma estabilização satisfatória, caso o doente concorde, a posologia poderá ser gradualmente reduzida para uma dose de manutenção mais baixa; em alguns casos favoráveis, o tratamento poderá ser suspenso. A disponibilidade do comprimido sublingual em doses de 2 mg e de 8 mg permite proceder a uma titulação descendente da posologia. Nos doentes que requeiram uma dose mais baixa de buprenorfina, poder-se-á utilizar buprenorfina 0,4 mg comprimidos sublinguais. Os doentes devem ser monitorizados após a conclusão do tratamento devido ao potencial de recidiva.
Idosos: Não se dispõe de dados sobre doentes idosos.
Crianças: Suboxone não é recomendado em crianças com idade inferior a 15 anos devido à ausência de dados de segurança e eficácia.
Doentes com compromisso hepático: Desconhece-se o efeito do compromisso hepático na farmacocinética da buprenorfina e da naloxona. Uma vez que as duas substâncias activas são amplamente metabolizadas, prevê-se que os níveis plasmáticos serão mais elevados em doentes com compromisso hepático moderado e grave. Desconhece-se se as duas substâncias activas são afectadas da mesma forma.
Uma vez que a farmacocinética da Suboxone poderá ser alterada em doentes com compromisso hepático, recomenda-se a utilização de doses iniciais mais baixas e a cuidadosa titulação da dose em doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado (ver secção 5.2).
Doentes com compromisso renal: Não é necessário alterar a dose de Suboxone em doentes com compromisso renal. Recomenda-se precaução quando o fármaco é administrado a doentes com compromisso renal grave (CL_{cr} < 30 ml/min.) (ver secção 5.2).

4.3 Contra-indicações
Suboxone é contra-indicado nos seguintes casos: hipersensibilidade à buprenorfina, à naloxona ou a qualquer um dos excipientes, insuficiência respiratória grave, compromisso hepático grave, alcoolismo agudo ou *delirium tremens.*

4.4 Advertências e precauções especiais de utilização
Devido à ausência de dados em adolescentes (15-<18 anos de idade), Suboxone deve ser utilizado apenas com precaução neste grupo etário. Os doentes devem ser monitorizados cuidadosamente durante o período de substituição do tratamento com buprenorfina ou metadona para Suboxone, uma vez que foram notificados sintomas de abstinência.
Desvio: O desvio refere-se à introdução de buprenorfina no mercado ilícito tanto por doentes como por indivíduos que obtêm o medicamento através do roubo a doentes ou farmácias. Este desvio poderá dar origem a novos toxicodependentes utilizando a buprenorfina como droga principal de abuso, com riscos de sobredosagem, disseminação de infecções virais transmitidas através do sangue, depressão respiratória e lesão hepática. Em virtude da naloxona presente no comprimido da associação ter precipitado abstinência em indivíduos com dependência de heroína, metadona ou outros agonistas totais, espera-se que Suboxone seja menos passível de ser desviado para uso por via intravenosa.
Precipitação da abstinência: Ao iniciar o tratamento com buprenorfina, o médico deverá estar ciente do perfil agonista parcial da buprenorfina e saber que esta pode precipitar abstinência em doentes com dependência de opiáceos, em particular quando administrada menos de 6 horas após a última utilização de heroína ou de outro opiáceo de acção rápida, ou quando administrada menos de 24 horas após a última dose de metadona (ver secção 4.2). Por outro lado, os sintomas de abstinência poderão também estar associados a uma posologia subóptima.
O risco de efeitos indesejáveis graves, nomeadamente de sobredosagem ou abandono do tratamento, é maior se a dose de Suboxone for inferior à que o doente necessita e este continua a automedicar-se para os sintomas de dependência, recorrendo a opiáceos, álcool ou outros fármacos sedativos-hipnóticos, em particular benzodiazepinas.
Dependência: A buprenorfina é um agonista parcial do receptor mu-opiáceo, pelo que a sua administração crónica produz dependência do tipo opióide.
A suspensão do tratamento pode dar origem a síndrome de abstinência cuja evolução pode ser tardia.
Suboxone pode provocar sonolência, em particular quando tomado em conjunto com álcool ou com depressores do sistema nervoso central (nomeadamente, tranquilizantes, sedativos ou hipnóticos) (ver secção 4.5).
Os estudos realizados em animais bem como a experiência clínica demonstraram que a buprenorfina pode produzir dependência, embora num nível inferior ao da morfina.
Depressão respiratória: Foram notificados alguns casos de morte devido a depressão respiratória, em particular quando a buprenorfina foi utilizada em associação com benzodiazepinas (ver secção 4.5) ou quando a buprenorfina não foi administrada de acordo com o Resumo das Características do Medicamento.
Foram referidos casos de morte em associação com a administração concomitante de buprenorfina e outras substâncias depressoras, como o álcool ou outros opiáceos.
Hepatite e acontecimentos hepáticos: Têm sido notificados casos de lesão hepática aguda em indivíduos dependentes de opiáceos tanto em ensaios clínicos como em notificações de acontecimentos adversos pós-comercialização. O espectro das alterações varia desde elevações assintomáticas transitórias das transaminases hepáticas até casos clínicos de compromisso hepático, necrose hepática, síndrome hepato-renal e encefalopatia hepática. Em muitos casos, a presença de alterações das enzimas hepáticas pré-existentes ou de infecção pelo vírus de hepatite B ou hepatite C, a utilização concomitante de outros medicamentos potencialmente hepatotóxicos e a utilização actual de drogas injectáveis poderão ter um papel causal ou contributivo. Estes factores subjacentes devem ser tidos em consideração antes da prescrição de Suboxone e durante o tratamento. Em caso de suspeita de um acontecimento hepático, é necessário efectuar uma avaliação biológica e etiológica adicional. Dependendo das observações, a administração do medicamento pode ser interrompida com cuidado a fim de evitar sintomas de abstinência e prevenir o regresso ao uso de drogas ilícitas. Em caso de continuação do tratamento, deve proceder-se a uma rigorosa monitorização da função hepática.
Uma vez que a buprenorfina é um opiáceo, poderá atenuar a dor que ocorra como sintoma de uma doença.
Os atletas devem ter conhecimento de que este medicamento pode provocar uma reacção positiva em testes 'antidoping'.
À semelhança do que se verifica com outros opiáceos, recomenda-se precaução quando se administra a buprenorfina a doentes que apresentam lesões cerebrais, aumento da pressão intracraniana, hipotensão, hipertrofia da próstata ou estenose uretral.
Este medicamento deve ser utilizado com cuidado em doentes com: asma ou insuficiência respiratória (têm sido notificados casos de depressão respiratória com buprenorfina); compromisso renal (30 % da dose administrada são eliminados por via renal pelo que a eliminação renal pode ser prolongada); compromisso hepático (o metabolismo hepático da buprenorfina pode registar alterações) (ver secção 4.3).
Os medicamentos que inibem a enzima CYP3A4 podem induzir aumento das concentrações de buprenorfina. Neste caso poderá ser necessário reduzir a dose de Suboxone. Nos doentes que estão já a ser tratados com inibidores da CYP3A4, a dose de Suboxone deve ser cuidadosamente titulada uma vez que poderá ser suficiente utilizar uma dose reduzida nestes doentes (ver secção 4.5).
O uso concomitante de inibidores da monoaminoxidase (IMAO) pode potenciar os efeitos dos opiáceos, com base na experiência com morfina.
Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento.

4.5 Interacções medicamentosas e outras formas de interacção
Suboxone não deve ser administrado em conjunto com: bebidas alcoólicas ou medicamentos que contenham álcool visto que o álcool potencia o efeito sedativo da buprenorfina (ver secção 4.7).
Suboxone deve ser utilizado com precaução quando co-administrado com: benzodiazepinas: esta associação pode provocar morte por depressão respiratória de etiologia central. Dever-se-á, portanto, limitar as doses e evitar esta associação nos casos em que existe risco de consumo incorrecto ou abusivo (ver secção 4.4), outras substâncias depressoras do sistema nervoso central, outros derivados dos opiáceos (ex: metadona, analgésicos e antitússicos), alguns antidepressivos, antagonistas dos receptores H_1 sedativos, barbitúricos, ansiolíticos, com excepção das benzodiazepinas, neurolépticos, clonidina e substâncias relacionadas: estas associações aumentam a depressão do sistema nervoso central.
A redução do nível de alerta pode tornar perigosa a condução de veículos e utilização de máquinas.
• inibidores da CYP3A4: num estudo de interacção da buprenorfina com cetoconazol (um potente inibidor da CYP3A4), observou-se um aumento da C_{max} e da AUC (área sob a curva) da buprenorfina (cerca de 70 % e 50 % respectivamente) e, em menor escala, da norbuprenorfina. Os doentes a receber Suboxone devem ser cuidadosamente monitorizados, podendo ser necessário reduzir a dose se o fármaco for associado a inibidores potentes da CYP3A4 (por ex., inibidores da protease como o ritonavir, nelfinavir ou indinavir ou antifúngicos azoles como o cetoconazol ou itraconazol).
• indutores da CYP3A4: não foi investigada a interacção da buprenorfina com indutores da CYP3A4. Recomenda-se que os doentes tratados com Suboxone sejam cuidadosamente monitorizados em caso de co-administração com estes indutores (por ex., fenobarbital, carbamazepina, fenitoína, rifampicina).
Até à data não foram observadas interacções significativas com cocaína, o agente mais frequentemente utilizado por toxicodependentes consumidores de múltiplas drogas em associação com opiáceos.

4.6 Gravidez e aleitamento
Gravidez: a experiência com buprenorfina/naloxona em mulheres grávidas é muito limitada. Os estudos em animais revelaram toxicidade reprodutiva (ver secção 5.3). Desconhece-se o risco potencial para o ser humano.
Próximo do final da gravidez, doses elevadas de buprenorfina podem induzir depressão respiratória no recém-nascido mesmo após um período de administração curto. A administração prolongada de buprenorfina durante os três últimos meses de gravidez pode provocar uma síndrome de abstinência no recém-nascido.
Suboxone não deve ser utilizado durante a gravidez. Se o prescritor entender que é necessário manter a terapêutica durante a gravidez, poder-se-á ponderar a utilização de buprenorfina de acordo com o texto local da informação do medicamento buprenorfina. Caso ocorra uma gravidez durante o tratamento com Suboxone, a mãe e a criança por nascer devem ser cuidadosamente vigiadas e alterada a sua terapêutica para buprenorfina, se for necessário prolongar o tratamento.
Aleitamento: desconhece-se se a naloxona é excretada no leite materno A buprenorfina e os seus metabolitos são excretados no leite materno. Em ratos, a buprenorfina demonstrou inibir a lactação. Consequentemente, o aleitamento deve ser suspenso durante o tratamento com Suboxone.

4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas
De uma forma geral, Suboxone exerce uma influência ligeira a moderada sobre a capacidade de se deslocar em segurança no trânsito, utilizar máquinas ou efectuar outras actividades perigosas. Suboxone pode causar sonolência, tonturas ou dificuldade de raciocínio, particularmente quando tomado em conjunto com álcool ou depressores do sistema nervoso central. Consequentemente, recomenda-se precaução ao efectuar as actividades acima mencionadas (ver seções 4.4 e 4.5).

4.8 Efeitos indesejáveis
Os efeitos indesejáveis mais frequentes relacionados com o tratamento, notificados durante os ensaios clínicos de Suboxone, foram os associados aos sintomas de abstinência (por ex., dor abdominal, diarreia, mialgias, ansiedade, sudorese).
No estudo clínico piloto de Suboxone, 342 de 472 doentes (72,5 %) notificaram reacções adversas relacionadas com o tratamento. Estas reacções encontram-se indicadas no Quadro 1 por classe de sistemas de órgãos e frequência (muito frequentes (> 1/10), frequentes (> 1/100, < 1/10), pouco frequentes (> 1/1.000 a ≤ 1/100)).
Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência.

Quadro 1: Efeitos indesejáveis relacionados com o tratamento notificados no estudo clínico central de Suboxone (≥ 0,1% dos doentes tratados com Suboxone)

Infecções e infestações	Infecção
Frequentes:	
Pouco frequentes:	Vaginite
Doenças do sangue e do sistema linfático	
Pouco frequentes:	Anemia, trombocitopenia, leucopenia, linfadenopatia, leucocitose
Doenças do sistema imunitário	
Pouco frequentes:	Reacção alérgica
Doenças do metabolismo e da nutrição	
Frequentes:	Edema periférico, redução ponderal
Pouco frequentes:	Hiperglicemia, hiperlipemia, hipoglicemia

Perturbações do foro psiquiátrico	
Frequentes:	Ansiedade, nervosismo, depressão, redução da libido, perturbação do raciocínio
Pouco frequentes:	Farmacodependência, amnésia, hostilidade, perturbações da fala, despersonalização, perturbações oníricas, apatia, euforia
Doenças do sistema nervoso	
Muito Frequentes:	Insónia
Frequentes:	Sonolência, tonturas, parestesia, hipertonia
Pouco frequentes:	Convulsões, agitação, tremor, hipercinesia
Afecções oculares	
Frequentes:	Perturbações do lacrimejo, ambliopia
Pouco frequentes:	Miose, conjuntivite
Cardiopatias	
Pouco frequentes:	Enfarte do miocárdio, angina de peito, palpitações, taquicardia, bradicardia
Vasculopatias	
Frequentes:	Vasodilatação, hipertensão, enxaqueca
Pouco frequentes:	Hipotensão, choque térmico
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino	
Frequentes:	Rinite, faringite, aumento da tosse
Pouco frequentes:	Dispneia, asma, bocejo
Doenças gastrointestinais	
Muito Frequentes:	Obstipação, náuseas
Frequentes:	Vómitos, dispepsia, diarreia, anorexia, flatulência
Pouco frequentes:	Estomatite ulcerosa, alteração da cor da língua
Afecções hepatobiliares	
Frequentes:	Alterações nas provas de função hepática
Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	
Muito Frequentes:	Sudorese
Frequentes:	Erupção cutânea, prurido, urticária
Pouco frequentes:	Dermatite exfoliativa, acne, nódulos cutâneos, alopecia, desidratação cutânea
Afecções musculosqueléticas, dos tecidos conjuntivos e ósseas	
Frequentes:	Artralgias, mialgias, cãibras nos membros inferiores
Pouco frequentes:	Artrite
Doenças renais e urinárias	
Frequentes:	Albuminúria, alterações urinárias
Pouco frequentes:	Hematúria, cálculos renais, aumento dos níveis de creatinina, infecção das vias urinárias, disúria, retenção urinária
Doenças dos órgãos genitais e da mama	
Pouco frequentes:	Impotência, amenorreia, perturbações ejaculatórias, menorragia, metrorragia
Perturbações gerais	
Muito Frequentes:	Síndrome de abstinência, cefaleias
Frequentes:	Astenia, febre, síndrome gripal, mal-estar, lesão acidental, calafrios, toracalgia, dor abdominal, dorsalgia, dor
Complicações de intervenções relacionadas com lesões e intoxicações	
Pouco frequentes:	Hipotermia

A buprenorfina utilizada em monoterapia para o tratamento da dependência dos opiáceos tem sido associada aos seguintes sintomas (> 1 %): obstipação, cefaleias, insónia, astenia, sonolência, náuseas e vómitos, desmaio e tonturas, hipotensão ortostática e sudorese. Têm sido notificados outros efeitos indesejáveis (< 0,1 %) em associação com a buprenorfina em monoterapia. Estes são:
depressão respiratória (ver secções 4.4 e 4.5), necrose hepática e hepatite (ver secção 4.4), alucinações, casos de broncospasmo, edema angioneurótico e choque anafiláctico.
Nos casos de consumo incorrecto por via intravenosa, têm sido notificadas reacções locais, por vezes sépticas, e hepatite aguda potencialmente grave (ver secção 4.4).
Nos doentes que se apresentam com toxicodependência marcada, a administração inicial de buprenorfina pode provocar um efeito de abstinência semelhante ao associado à naloxona.
Foi notificado aborto espontâneo com buprenorfina e com buprenorfina/naloxona. Não é possível estabelecer uma relação causal uma vez que os casos envolvem tipicamente a utilização de outro fármaco ou factores de risco para o aborto espontâneo (ver secção 4.6).
Foi notificada uma síndrome de abstinência neonatal entre os recém-nacidos de mulheres que receberam buprenorfina durante a gravidez. A síndrome pode ser mais ligeira e mais prolongada que a provocada pelos agonistas totais μ-opiáceos de curta acção. A natureza da síndrome pode variar consoante os antecedentes de uso de substâncias ilícitas pela mãe (ver secção 4.6).

4.9 Sobredosagem

Na eventualidade de ocorrer sobredosagem, devem instituir-se medidas de suporte geral incluindo monitorização rigorosa do estado respiratório e cardíaco do doente. O sintoma principal que requer intervenção é a depressão respiratória, que poderá dar origem a paragem respiratória e morte. Se o doente vomitar, devem tomar-se medidas para evitar a aspiração do vómito. Tratamento: deve ser promovido tratamento sintomático da depressão respiratória e implementação de medidas de cuidados intensivos convencionais. Deve assegurar-se a permeabilidade das vias respiratórias e a existência de ventilação assistida ou controlada. O doente deve ser transferido para um local que disponha de equipamento completo de reanimação. Recomenda-se a utilização de um antagonista opiáceo (ie, naloxona) apesar do efeito modesto que este possa exercer na reversão dos sintomas respiratórios da buprenorfina comparativamente aos seus efeitos sobre os agentes agonistas opiáceos totais.
A acção prolongada de Suboxone deve ser tida em consideração ao determinar o período de tratamento e de vigilância médica necessários para reverter os efeitos de uma sobredosagem.

5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: Fármacos utilizados na dependência dos opiáceos, código ATC: N07B C51.
Mecanismo de acção: A buprenorfina é um agonista/antagonista parcial opiáceo que se liga aos receptores μ (mu) e κ (kappa) do cérebro. A sua actividade no tratamento de manutenção opiáceo é atribuída às suas propriedades lentamente reversíveis com os receptores μ, que poderão minimizar, durante um período prolongado, a necessidade de drogas em doentes toxicodependentes. Os efeitos "*ceiling*" dos agonistas opiáceos foram observados durante os estudos de farmacologia clínica em indivíduos dependentes de opiáceos.
A naloxona é um antagonista nos receptores μ (mu)-opiáceos. Quando administrada por via oral ou sublingual nas doses habituais a doentes em abstinência dos opiáceos, a naloxona exerce um efeito farmacológico reduzido ou nulo visto ser quase completo o seu metabolismo de primeira passagem. Todavia, quando administrada por via intravenosa a indivíduos com dependência de opiáceos, a presença de naloxona no Suboxone induz efeitos antagonistas dos opiáceos marcados e abstinência dos opiáceos, impedindo desta forma o consumo incorrecto por via intravenosa.
Eficácia clínica: Os dados sobre a eficácia e segurança de Suboxone derivam principalmente de um ensaio clínico com a duração de um ano, incluindo um estudo comparativo, aleatorizado, com dupla ocultação, com a duração de 4 semanas, de Suboxone, buprenorfina e placebo comprimidos seguido de um estudo de segurança de Suboxone com a duração de 48 semanas. Neste ensaio, procedeu-se à distribuição aleatória de 326 indivíduos heroinodependentes pelo tratamento com Suboxone 16 mg por dia, 16 mg de buprenorfina por dia ou placebo comprimidos. Nos indivíduos distribuídos aleatoriamente por qualquer um dos tratamentos activos, o tratamento começou com um comprimido de 8 mg de buprenorfina no Dia 1, seguido de 16 mg (dois comprimidos de 8 mg) de buprenorfina no Dia 2. No Dia 3, os indivíduos aleatorizados para o tratamento com Suboxone passaram para a associação terapêutica em comprimidos.
Os indivíduos eram observados diariamente na clínica (segunda-feira a sexta-feira) para avaliação da posologia e da eficácia. Os participantes recebiam as doses necessárias para o tratamento a realizar em casa durante o fim-de-semana. A variável principal do estudo consistia em comparar individualmente a eficácia da buprenorfina e do Suboxone em relação ao placebo. A percentagem de amostras de urina colhidas três vezes por semana, que eram negativas relativamente aos opiáceos não incluídos no estudo, foi estatisticamente mais elevada tanto no caso do Suboxone *versus* placebo ($p < 0,0001$) como no que se refere à buprenorfina *versus* placebo ($p < 0,0001$).
Num estudo com dupla ocultação, com técnica de duplo placebo, de grupos paralelos, em que se procedeu à comparação da solução etanólica de buprenorfina com um controlo activo de um agonista total, foram aleatorizados 162 indivíduos para receber a solução etanólica sublingual de buprenorfina na dose de 8 mg/dia (uma dose aproximadamente comparável à dose de 12 mg/dia de Suboxone), ou duas doses relativamente baixas do controlo activo, uma das quais era suficientemente baixa para servir como alternativa ao placebo, durante uma fase de indução de 3 a10 dias, uma fase de manutenção de 16 semanas e uma fase de desintoxicação de 7 semanas. A buprenorfina foi titulada até à dose de manutenção no Dia 3; as doses do controlo activo foram tituladas de forma mais gradual. Analisando a permanência no tratamento e a percentagem de amostras de urina colhidas três vezes por semana que foram negativas relativamente aos opiáceos não incluídos no estudo, concluiu-se que a buprenorfina demonstrou ser mais eficaz do que a dose baixa do fármaco de controlo na manutenção em tratamento dos heroinodependentes e na redução da sua utilização de opiáceos durante o tratamento. A eficácia da buprenorfina 8 mg por dia foi semelhante à da dose moderada de controlo activo, não sendo, contudo, demonstrada equivalência.

5.2 Propriedades farmacocinéticas

Buprenorfina
Absorção: A buprenorfina, quando administrada por via oral, sofre um metabolismo de primeira passagem verificando-se N-desalquilação e glucuroconjugação no intestino delgado e fígado. A utilização deste medicamento por via oral é, consequentemente, inadequada.
O pico das concentrações plasmáticas é atingido 90 minutos após a administração sublingual. Observou-se um aumento dos níveis plasmáticos da buprenorfina com a dose sublingual de Suboxone. Tanto a C_{max} como a AUC da buprenorfina aumentaram com o aumento da dose (no intervalo de 4-16 mg), conquanto o aumento fosse menos do que proporcional à dose.

Parâmetro Farmacocinético	Suboxone 4 mg	Suboxone 8 mg	Suboxone 16 mg
C_{max} · ng/ml	1,84 (39)	3,0 (51)	5,95 (38)
AUC_{0-48} hora · ng/ml	12,52 (35)	20,22 (43)	34,89 (33)

Distribuição: A absorção da buprenorfina é seguida de uma fase de distribuição rápida (semi-vida de distribuição de 2 a 5 horas).
Metabolismo e eliminação: A buprenorfina é metabolizada por 14-N-desalquilação e glucuroconjugação da molécula original e do metabolito desalquilado. Os dados clínicos confirmam que a CYP3A4 é responsável pela N-desalquilação da buprenorfina. A N-desalquilbuprenorfina é um agonista μ (mu)-opiáceo com fraca actividade intrínseca.
A eliminação da buprenorfina é bi- ou tri-exponencial e a semi-vida plasmática média é de 32 horas.
A buprenorfina é eliminada nas fezes por excreção biliar dos metabolitos glucuroconjugados (70 %), sendo a restante fracção eliminada na urina.
Naloxona
Absorção e distribuição: Após administração intravenosa, a naloxona é rapidamente distribuída (semi-vida de distribuição ~ 4 minutos). Após administração oral, a naloxona é praticamente indetectável no plasma; após administração sublingual de Suboxone, as concentrações plasmáticas de naloxona são baixas, diminuindo rapidamente.
Metabolismo e eliminação: O medicamento é metabolizado no fígado, principalmente por conjugação do glucuronido, e excretado na urina. A semi-vida plasmática média da naloxona é de 1,2 horas.
Populações especiais: Idosos: não se dispõe de dados farmacocinéticos em doentes idosos.
Compromisso renal: a eliminação renal desempenha um papel relativamente pequeno (~30 %) na depuração global de Suboxone. Não é necessário alterar a dose com base na função renal, mas recomenda-se precaução quando o fármaco é administrado a indivíduos com compromisso renal grave.
Compromisso hepático: a eliminação hepática desempenha um papel relativamente considerável (~70 %) na depuração global de Suboxone e a acção da buprenorfina pode ser prolongada em indivíduos com redução da depuração hepática. Poderá ser necessário utilizar inicialmente doses mais baixas de Suboxone e titular cuidadosamente a posologia em doentes com disfunção hepática ligeira a moderada. Suboxone é contra-indicado em doentes com disfunção hepática grave (ver secção 4.3).

5.3 Dados de segurança pré-clínica

A associação de buprenorfina e naloxona foi investigada em estudos de toxicidade aguda e de administração reiterada (até 90 dias em ratos) em animais. Não foi observada potenciação sinérgica da toxicidade. Os efeitos indesejáveis foram baseados na actividade farmacológica conhecida de substâncias agonistas e/ou antagonistas opiáceas.
A associação (4:1) de cloridrato de buprenorfina e de cloridrato de naloxona não demonstrou ser mutagénica num ensaio de mutação bacteriana (teste de Ames) nem clastogénica num ensaio citogenético *in vitro* em linfócitos humanos ou num teste do micronúcleo por via intravenosa, no rato.
Os estudos de reprodução com a administração oral de buprenorfina: naloxona (proporção de 1:1) indicaram que ocorreu embrioletalidade no rato em presença de toxicidade materna em todas as doses. A dose mais baixa estudada representou múltiplos de exposição de 1x para a buprenorfina e de 5x para a naloxona numa dose máxima terapêutica humana calculada numa base de mg/m^2. Não se observou toxicidade no desenvolvimento do coelho com doses tóxicas para a mãe. Além disso, não se observou teratogenicidade nem no rato nem no coelho. Não foi realizado um estudo peri-pós-natal com Suboxone; contudo, a administração oral materna de buprenorfina em doses altas durante a gestação e aleitamento esteve associada a dificuldades no parto (possivelmente devido ao efeito sedativo da buprenorfina), elevada mortalidade neonatal e um ligeiro atraso no desenvolvimento de algumas funções neurológicas (reflexo postural e reflexo de Moro) no rato recém-nascido.
No rato, a administração de Suboxone na dieta em teores de dose iguais ou superiores a 500 ppm induziu redução da fertilidade demonstrada numa redução das taxas de concepção nas fêmeas. A administração na dieta de uma dose de 100 ppm (exposição estimada cerca de 2,4x para a buprenorfina numa dose humana de 24 mg de Suboxone baseada na AUC, os níveis plasmáticos de naloxona estiveram abaixo do limite de detecção no rato) não exerceu qualquer efeito adverso na fertilidade em fêmeas.
Foi realizado um estudo de carcinogenicidade em ratos com Suboxone em doses de 7, 30 e 120 mg/kg/dia, com múltiplos de 3 a 75 vezes da exposição estimada, baseada numa dose sublingual diária humana de 16 mg, calculada numa base de mg/m^2. Observaram-se aumentos estatisticamente significativos da incidência de adenomas benignos das células intersticiais testiculares (de Leydig) em todos os grupos posológicos.

6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS

6.1 Lista dos excipientes

Lactose mono-hidratada, Manitol, Amido de milho, Povidona K 30, Ácido cítrico anidro, Citrato de sódio, Estearato de magnésio, Acessulfamo potássico, Limão natural e essência de lima.

6.2 Incompatibilidades

Não aplicável.

6.3 Prazo de validade

3 anos

6.4 Precauções especiais de conservação

O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação.

6.5 Natureza e conteúdo do recipiente

Embalagens blister de Nylon/Alumínio/PVC de 7 comprimidos.
Embalagens blister de Nylon/Alumínio/PVC de 28 comprimidos.
É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

6.6 Precauções especiais de eliminação

Os medicamentos que se deixam de utilizar não devem ser eliminados na canalização ou no lixo doméstico. Os doentes devem ser instruídos a devolvê-los a uma farmácia ou a perguntar ao seu farmacêutico como eliminar os medicamentos que deixe de utilizar de acordo com os regulamentos nacionais. Estas medidas irão ajudar a proteger o ambiente.

7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

SP Europe - Rue de Stalle, 73 - B-1180 Bruxelles - Bélgica

8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/06/359/001 - EU/1/06/359/002

9.DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

26 de Setembro de 2006

10.DATA DA REVISÃO DO TEXTO

07/2007
Informação pormenorizada sobre este medicamento está disponível na Internet no *site* da Agência Europeia do Medicamento (EMEA) http://www.emea.europa.eu/