

A Barragem organiza Encontro de Adições de Cascais:

Da Investigação à Intervenção: Perspectivas Atuais

A Barragem - Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e Tratamento das Dependência, (FPEPTD) organizou, nos dias 17 e 18 de maio, o Encontro de Adições de Cascais.



O evento, subordinado ao tema “Da Investigação à Intervenção: Perspectivas Atuais”, elegeu como abordagens a neurobiologia e o tratamento associados à dependência de cocaína, as novas tecnologias e intervenções associadas à adição, o jogo patológico e outros comportamentos aditivos, género, adição e violência, comorbilidades médicas associadas à adição e política, saúde mental e adições. Aprofundar a questão das dependências sem substância, sem descurar as “clássicas”, evidenciando uma grande preocupação relativamente a indicadores do álcool, como as idades de início e padrões, foram desígnios cumpridos durante os dois dias de formação. Formação foi também um tema relativamente ao qual foi possível constatar preocupações. Pareceu unânime a identificação de uma lacuna de formação nas áreas de medicina e de outros profissionais cuja intervenção em CAD é fundamental.

Dependências aceitou o repto da organização e esteve presente no encontro, entrevistando António Coelho, Diretor Clínico da FPEPTD e um rosto representativo de uma geração que ainda há pouco tempo “dava cartas” no contexto Casal Ventoso e, passadas muitas “aventuras”, é a quem cabe pensar em novos modelos de intervenção em CAD...



António Coelho

António Coelho, Diretor Clínico da FPEPTD

Que objetivos se propôs a Fundação atingir através da organização deste evento?

António Coelho (AC) – Nós estamos implantados no concelho há 31 anos e, portanto, a nossa ambição, que é inicialmente territorial, consiste em colocar na agenda do município a temática das dependências. Sabemos que, do ponto de vista da nossa geografia, existe um Cascais virado, e muito bem, para o turismo e existem outros tipos de problemática que se encontram no nosso tecido concelhio que merecem a nossa atenção. A nossa abordagem tem procurado, cada vez mais, encontrar formas diferentes de aprofundar a temática das dependências, refletindo primeiro sobre as nossas práticas e procurando depois novas vias. Nesse

sentido, o objetivo é sempre estarmos presentes enquanto entidade do concelho mas também aprofundar a investigação científica.

Enquanto entidade concelhia, fazem parte da rede social?

AC – Sim, fazemos parte da rede social, estamos na plataforma da violência e no fórum da saúde, sendo representantes, desde há longa data, de todas essas parcerias concelhias. A Câmara Municipal de Cascais é nossa parceira privilegiada nesse sentido e os nossos técnicos, dada a sua formação e experiência no terreno, são muitas vezes chamados a darem a sua participação nessas matérias que têm a ver com a saúde, numa perspetiva geral, com a saúde mental, numa perspetiva mais específica e, na área das dependências, somos interventores locais.

O que mudou ao longo destes 31 anos na intervenção da Fundação nesta área dos CAD?

AC – Costumo dizer que tudo nos parece um prego quando temos um martelo na mão... E a realidade mostra-nos exatamente o contrário: são as instituições que têm que se organizar em função das necessidades e perfis dos seus utilizadores. Se num primeiro momento a nossa intervenção era essencialmente na área da prevenção, estando a toxicod dependência na altura muito associada a modelos comportamentais, jurídicos e legais, hoje a nossa visão é muito mais encostada à perspetiva da saúde mental. Diria que o que mudou foi o paradigma da abordagem, a especialização e o tema



Isabel Miguens



Manuel Cardoso



Carlos Carreiras

da relação entre o profissional, as suas necessidades formativas, as respostas que temos que dar e as necessidades do próprio utilizador dos nossos serviços. Hoje, temos pessoas muito mais esclarecidas sobre os seus direitos e possibilidades de respostas a quem temos que corresponder e, como tal, o nosso modelo é profissional neste sentido, um modelo de saúde...

E onde cabe aqui a intervenção holística baseada na evidência científica?

AC – Será sempre holística. Nunca foi uma intervenção confessional na perspetiva ideológica ou religiosa, portanto, sempre distanciada dos modelos morais... É uma intervenção para a qual concorrem diferentes áreas do saber e nunca tivemos preconceitos relativamente a modelos rígidos, nem resistência nomeadamente à introdução dos tratamentos de substituição nas comunidades terapêuticas ou nos tratamentos combinados... Vamos tentando e avaliando o nosso trabalho e resultados. Temos uma rede nacional de referenciadores e, portanto, procuramos desenvolver e cultivar essa relação através da troca de informação. A pessoa, quando passa para a comunidade terapêutica ou para outra resposta institucional nossa não se perde na estatística, ou seja, volta a ter contacto com o seu referenciador. Portanto, a avaliação do nosso trabalho é cada vez mais um instrumento fundamental. Temos que perceber o impacto que a nossa intervenção tem e onde podemos melhorar.

Na comunidade terapêutica, a vossa resposta de tratamento incide apenas sobre os utilizadores de ilícitos ou igualmente sobre as lícitas, como o álcool?

AC – Por força da convenção que celebrámos com o SICAD, temos em funcionamento todos os programas, desde a questão do álcool à do duplo diagnóstico de patologia concomitante, temos o programa de longa duração para menores e o programa geral. Cada um tem uma abordagem específica, embora exista um tronco comum, que tem a ver com a filosofia do modelo e as nossas orientações teóricas. Mas temos in-

tervenções especializadas para cada uma das áreas.

Sabemos que o financiamento por parte do Estado às comunidades terapêuticas não é revisto há longos anos e, mais grave ainda, essa comparticipação baixou em 10 por cento. Por outro lado, sendo tudo o mesmo país e Estado, 20 por cento ficam a cargo de outra entidade, a Segurança Social, o que nem sempre é certo... Como é possível a uma comunidade terapêutica sobreviver financeiramente a todos estes imprevistos?

AC – Com criatividade. Claramente, os valores atribuídos em convenção são insuficientes quando se pretende um modelo essencialmente psicoterapêutico, com uma intervenção profissional, com um rácio de técnicos por residente que corresponde a uma intervenção especializada, com uma equipa estabilizada, com condições físicas e diárias ao nível da alimentação e demais cuidados. Sabemos ainda que os tais 20 por cento correspondem a valores que as famílias não conseguem assumir e o que acontece é que a Segurança Social faz essa comparticipação, apenas nalguns casos – no nosso caso particular com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, tudo o que tem a ver com Lisboa -, muitas vezes retardados no prazo e outras não atribuídos. Em suma, se pensarmos nesses tais 20 por cento da comparticipação, mais as despesas pessoais dos utentes – e se falarmos em programas como o de patologia concomitante, que representam elevados encargos, não só de medicação mas igualmente de manipulação da mesma -, verificamos que, por um lado, a lei e a entidade reguladora obrigam-nos e bem a oferecer condições de qualidade mas, por outro lado, o nosso retorno em termos de sustentabilidade fica claramente condicionado. E falamos de ONG, em que o lucro não se coloca e cujo principal objetivo é a sustentabilidade, o que nos permite fazer mais e melhor...

Entretanto, no universo das comunidades terapêuticas nacionais, algumas são



Robert West

IPSS ou geridas por IPSS e outras não, algumas recebem donativos de outras instituições e outras não o podem fazer, algumas dispõem de equipas técnicas adequadas à legislação e outras não... Não faria sentido definir-se claramente o que são comunidades e o que são comunidades terapêuticas, assim como uma distinção entre o nível de cada uma das comunidades terapêuticas?

AC – Creio que na altura em que foram assinadas as convenções, de alguma forma já se pretendia fazer essa diferenciação. No meu ponto de vista, essa diferenciação faz-se, sobretudo, pela consistência do modelo teórico e pela certificação e validação científica dos seus resultados. Nós enviamos as estatísticas, tanto das entradas como das saídas e dos follow-ups e é possível avaliar estatisticamente os resultados. Mas aí falamos de números, sendo que, por detrás desses, existem pessoas e processos. Eventualmente, poderíamos seguir esse caminho de certificação, que ateste horas técnicas de intervenção semanal em espaços terapêuticos. Penso que isso conduziria a uma diferenciação, em termos de fiscalização, respeitando condições mínimas e contemplando compensações de acordo com essa classificação.



correrem a um centro de consultas, como o nosso, para fazerem um trabalho diurno específico, voltando à comunidade ao fim da tarde, como espaço de contenção, pelo menos numa primeira fase. É importante também desmistificar a abordagem farmacológica, relativamente à qual existem muitos preconceitos associados.

Insistindo no tema mas noutra perspectiva, será adequado colocar um jovem com 14 anos, com problemas relacionados com o consumo de canábis, no mesmo espaço terapêutico de um adulto de 50 anos, com consumos problemáticos de álcool?

AC – Nós temos reservas em relação a isso e apenas admitimos pessoas acima de 16 anos, sob avaliação. É uma temática muito específica, de tem a ver com a adolescência, uma população de alguma forma diferente, desde logo porque se encontra num processo de formação de personalidade e, portanto, temos algumas dúvidas relativamente a essa “mistura”. Daí que o nosso critério dos 16 anos tenha que estar sob avaliação. Nós temos muitos pedidos da CPCJ para tratamentos e há que pensar que não temos medidas de coacção (creio que ainda existe um caminho a percorrer no espaço da justiça) nem meios de contenção de quem pretende sair... Um internamento pressupõe um grau de voluntariedade e isso é contra-natura, mesmo que haja fatores de pressão, como o social, familiar ou laboral, que levam as pessoas às comunidades terapêuticas... Imaginar que existe uma motivação “limpa” é desvirtuar a realidade...

O que pretendem introduzir neste Encontro através da temática Da Investigação à Intervenção?

AC – Fazer para aprender melhor e aprender melhor para fazer. Amílcar Cabral dizia-o com sapiência e é neste paradigma que temos caminhado. Há muitas coisas que nos vêm da evidência e da preocupação e outras que sentimos que temos que desbravar para conhecer primeiro... sob pena de cometermos erros. E quando se cometem aqui erros, não há voltar páginas... São pessoas, são histórias e trajetórias.

Mudaram as substâncias, mudaram os comportamentos, padrões e perfis de consumo... Por que não mudaram as comunidades terapêuticas?

AC – Eu acho que mudaram, pelo menos algumas. E o esforço tem que ser nesse sentido: adaptar as respostas às necessidades e à realidade social. É muito diferente trabalhar com um heroíno dependente há 25 anos atrás de trabalhar com uma pessoa que tem uma dependência sem substância. Trabalhar com a questão do álcool, extremamente preocupante na atualidade em termos de saúde mental, leva-nos a pensar que, por um lado, em pessoas que começam a consumir muito cedo e, por outro, em pessoas que nos aparecem muito degradadas do ponto de vista físico e mental. Portanto, as comunidades têm o dever de se adaptarem a estas novas necessidades e respostas e isso implica uma reflexão profunda, novas visões, formação dos técnicos, investimento e avaliação. Aí, o Estado, que tem uma função reguladora, deverá, do meu ponto de vista, ter também uma função formadora. E isso prende-se com a fragmentação do modelo que tem sido seguido em Portugal relativamente aos CAD. Haverá eventualmente uma mudança a este nível mas há

uma grande expectativa porque esta desconcentração origina a algumas questões relacionadas com competências para nós preocupantes.

Como técnico, acredita que pode juntar, num mesmo espaço, consumidores problemáticos de heroína, cocaína, canábis, álcool, jogo ou internet?

AC – As evidências científicas, nomeadamente a DSM, fazem muito bem essa organização: a questão dos comportamentos aditivos funciona como um “chapéu”, há questões que são comuns e transversais às diferentes dependências, as manifestações e impactos na vida quotidiana e até a percepção da família relativamente às mesmas, são diferentes... Do ponto de vista do comportamento aditivo, há uma área comum mas há também uma área de especialização que tem que ser tratada de forma diferente. Não me chocaria nada, nomeadamente em contexto de comunidade terapêutica, que estas pessoas estivessem no tronco comum, em que se falaria do comportamento aditivo, da desorganização pessoal, das questões familiares e do próprio processo interno e, depois tivessem, num sistema ambulatório, a possibilidade de re-

