

Cannabis, redução de danos, jogo e álcool: assim vai a discussão do modelo português cá dentro...

III Congresso SICAD e 10 anos de FNAS: um bom momento em tempos de reciclagem...

Durante os dias 25, 26 e 27 de junho, o Centro Cultural de Belém foi palco da realização do III Congresso SICAD e 10 anos de FNAS. O evento foi subordinado ao tema Humanismo na intervenção em CAD e versou quatro temáticas aglutinadoras: o primeiro dia foi dedicado à cannabis, iniciando-se com uma sessão informal que resultou numa animada conversa entre João Goulão e Olga Souza Cruz, do ISMAI sobre o uso recreativo da cannabis e os mitos e realidades subjacentes. Seguir-se-ia a cerimónia de abertura, em que marcaram presença o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando Araújo, João Goulão e representantes do OEDT, da Câmara Municipal de Lisboa e do CCB. A finalizar este primeiro dia, Alcina Ló, do SICAD, moderou uma mesa igualmente subordinada à cannabis, que contou com participações de representantes da PJ, GNR, Região Autónoma da Madeira, CDT Porto e OEDT.

A manhã do segundo dia de trabalho, que coincidia com as comemorações do Dia Internacional contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Drogas, iniciou-se com uma intervenção do ministro da saúde, Adalberto Campos Fernandes, seguindo-se duas conferências dedicadas à redução de riscos e minimização de danos. A primeira elegeu como tema As pessoas, a segunda versou Narrativas, demonstrando a multidisciplinaridade e transversalidade que caracterizam as intervenções neste domínio, materializadas em preleções de representantes do GAT, SICAD, Câmara Municipal de Matosinhos, PSP, Associação Ares do Pinhal, Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da UP, OEDT, ARS Norte ou Associação Crescer.

A tarde foi dedicada ao jogo e incluiu uma conversa em torno de temas como crescer online, gaming & gambling, um olhar sobre os jogadores e orientações para a intervenção. Seguiu-se a conferência O outro lado do jogo, em que marcaram presença alguns dos operadores nacionais e entidades reguladoras.

O último dia foi dedicado ao álcool e aos 10 anos do FNAS. João Goulão e Manuel Cardoso apadrinharam a sessão inicial, uma retrospectiva da primeira década de trabalho, seguindo-se a comunicação de Carina Ferreira-Borges, da OMS, subordinada ao tema O uso nocivo do ál-

cool na Europa e as respostas da OMS. Manuela Grazina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, prendou, como é hábito, uma plateia muito bem preenchida, com os seus altos dotes comunicacionais e validade técnica e científica, numa conferência intitulada O consumo nocivo do álcool – da mitocôndria ao DNA do fluxo financeiro, tendo sido acompanhada nesta última vertente por Judite Gonçalves, da UNL.

A finalizar a manhã, foram apresentados os compromissos e formalmente admitidos novos membros do FNAS, numa sessão apresentada por Raúl Melo e Alexandra Pinto.

A reta final do evento contou com a realização de três workshops, divididos entre três visões: a da administração pública, a da economia social e a da oferta. Espaço ainda para duas conferências: Encontro de visões, ou uma sinopse dos trabalhos dos workshops pela voz de Miguel Telo de Arriaga, da DGS, Ema Paulino, da Ordem dos Enfermeiros, e Teresa Barroso, da ESEC-UICS. A última conferência coube ao Secretário-Geral do FNAS, Manuel Cardoso, que apresentou a preleção A política do álcool em Portugal.

Dependências marcou presença no evento e entrevistou alguns dos participantes...



Fernando Araújo, Secretário de Estado Adjunto e da Saúde



Está a terminar o prazo anunciado para uma resolução final quanto à tutela em CAD... Pode adiantar algumas conclusões?

Fernando Araújo (FA) – Estamos a aguardar com serenidade e com tranquilidade. Como o Sr. Ministro afirmou há pouco tempo na Assembleia da República, estamos a terminar o trabalho e esse processo e esperamos, muito proximamente, poder apresentá-lo...

E não existem sequer linhas já definidas quanto a uma decisão final?

FA – Acho que vale a pena aguardar com tranquilidade pelo resultado final.

Já teremos novidades em julho?

FA – Sim, no próximo mês de julho já teremos novidades, seguramente.

Adalberto Campos Fernandes, Ministro da Saúde



Elegendo como mote a realização deste III Congresso do SICAD, que balanço faria dos ganhos alcançados ao longo dos últimos anos em CAD?

Adalberto Campos Fernandes (ACF) – Seria quase impossível, nestes breves segundos que tenho para falar, fazer um balanço daquela que é hoje, seguramente, uma das áreas que mais orgulha o país e de maior sucesso. O mérito é naturalmente dos profissionais, aqui personificados pela direção do SICAD, mas tem sido uma história que, ao longo dos últimos anos, fez de Portugal uma referência no mundo. Hoje fala-se, nesta matéria, do modelo português, somos constantemente abordados por governos de outros países que têm interesse em conhecer as nossas metodologias e esta



história é como tantas outras de sucesso que o sistema de saúde português tem... Lembro, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil: É preciso haver pioneirismo, atrevimento, ousadia e coragem e alguns dos elementos que a tiveram estão aqui ao meu lado (João Goulão e Manuel Cardoso) para que, num momento em que as soluções encontradas foram criticadas, consideradas perigosas, em que teorizaram sobre o alarme e as dificuldades, fizessem de Portugal hoje uma história de sucesso. Os problemas não estão resolvidos neste domínio, como aliás têm dito os responsáveis do SICAD, os problemas velhos vão se resolvendo ou minorando e aparecem todos os dias problemas novos: hoje, falamos das dependências do ecrã, das dependências do jogo, das novas adições... Mas temos uma enorme confiança e um grande apreço pelos profissionais que integram esta estrutura, bem como os parceiros que com eles têm trabalhado no terreno, por esta liderança que soube definir uma trajectória e um rumo. No fundo, também nesta matéria Portugal pode dizer que é um país ganhador em nome do interesse das pessoas.

Por onde passará a suposta nova solução para o SICAD?

ACF – Como sabe, este é um pelouro que tem estado a ser tratado pelo Secretário de Estado Adjunto, que tutela diretamente esta área e, pela informação que tenho, os trabalhos de análise e ponderação que havia a fazer estão concluídos e, dentro de breves dias, haverá trabalho específico da própria equipa do SICAD. Como disse ali dentro, temos de conjugar duas coisas: fazer com que o SICAD e o seu trabalho prossiga de uma forma ainda mais positiva, eficaz e competente e que o interesse público seja perseguido, tal como a capacidade que o país tem de o regular e, finalmente, talvez o aspeto mais importante que referi ali dentro: que os profissionais ganhem um novo impulso, ganhem um novo ciclo de motivação, apesar de nunca

terem deixado de estar motivados, mesmo em condições difíceis e aquando das alterações estruturais por altura do programa de assistência financeira externa, em que fizeram, como diz o povo, das tripas coração e agarraram-se ao trabalho. Está na altura de olharmos para esse esforço e reconstruir um caminho que, pressinto, é sobretudo de motivação e ânimo para os desafios novos que temos pela frente.

Relativamente ao mercado de comercialização de drogas, o que poderá propor o Governo após a decisão alusiva ao uso terapêutico de cannabis?

ACF – O Governo acompanha esta matéria e eu, pessoalmente, manifestei-me antes de a Assembleia da República ter tomado a decisão que tomou sobre a aprovação da cannabis para fins terapêuticos, num quadro de forte regulação e supervisão pelas autoridades, quer de saúde pública, quer pela autoridade nacional do medicamento. Esse passo foi dado, agora há muito trabalho a fazer no plano da regulamentação e legal. Outro tipo de abordagens, nomeadamente aquele que hoje se discute sobre a futura utilização ou abertura a outros fins que não os terapêuticos é uma matéria que carece de ponderação e avaliação de experiências em curso. Tenho dito sobre isto e outros assuntos que a pior coisa que pode haver é voluntarismo e precipitação. Uma coisa é sermos ousados quando temos por detrás a evidência científica a apoiar-nos, outra é darmos passos relativamente aos quais não conhecemos as consequências. Temos, felizmente, neste domínio, não direi um papel liderante mas um papel de pole position em termos mundiais. Os nossos técnicos são reconhecidos, a nossa experiência é reconhecida e, portanto, Portugal vai estar, como tem estado até aqui, num processo de liderança em relação a essas novas situações com as quais nos estamos a confrontar.

João Goulão

Começando pelo primeiro tema deste Congresso, a cannabis: o Dr. João Goulão esteve “à conversa com” uma académica, Olga Souza Cruz... Que pressuostos estiveram na base desta opção por um debate mais informal em torno da substância ilícita mais consumida pelos portugueses?

João Goulão (JG) – Creio que é inegável que o tema da cannabis está de alguma forma no topo das preocupações, seja porque os últimos números conhecidos apontam para uma presença crescente na sociedade portuguesa. E não só entre os jovens: há um reforço do uso entre as mulheres, de pessoas entre os 30 e os 40 anos, populações menos tradicionais, o que constitui obviamente uma preocupação. Notámos um aumento dos pedidos de tratamento relacionados com o uso da cannabis, o que corresponderá por um lado a um aumento da atividade das CDT, no confronto das pessoas com o seu uso e levá-las a entender que o mesmo poderá não ser tão inócuo quanto julgariam e, por outro lado, a ocorrência de verdadeiros sustos que decorrem da utilização da cannabis, por um lado com a potência psicoativa crescente a que vimos assistindo, eventualmente com a adição de canabinóides sintéticos... Há aqui alguns aspetos importantes, mais ainda num momento em que acaba de ser aprovado o uso terapêutico em Portugal e, em mais um importante país no panorama internacional, como é o

Canadá, a regulação para o uso recreativo. Enquanto coordenador nacional e com a responsabilidade de recomendar ao Governo determinadas e orientações e trabalhar com os parceiros esse processo de construção, competi-me de alguma forma confrontar uma académica, com uma visão particular relativamente aos riscos presentes e ao enquadramento do uso recreativo e daí resultou, tal como de uma mesa em que estiveram presentes forças de segurança, CDT, entre outros parceiros, que todos concordamos que o uso recreativo de cannabis envolve riscos. Agora, o que está em cima da mesa é perceber qual é a melhor maneira de minimizar esses riscos. Será pela via da regulação? Ou seja, conferir aos produtos de cannabis, para fins sociais ou recreativos, o mesmo estatuto de que gozam hoje os produtos de tabaco ou de álcool, em que o Estado intervém desde a produção, controlo de qualidade, distribuição, afixação das idades...

...Controlar substâncias a esse nível soa a reduzir riscos...

JG – Pode ser... Insisto: estamos de acordo que o objetivo é reduzir os impactos negativos do uso de cannabis na sociedade. Como se chega: será pela via da regulação ou fazendo mais um pouco do mesmo que temos vindo a fazer, o trabalho preventivo, a oferta de tratamento a quem necessita, as políticas de redução de danos, a reinserção social, a dissuasão... Tudo isto, neste quadro de descriminalização que temos mas, apesar de tudo, de penalização através de mecanismos administrativos. Em relação a isto, pareceu-me claro e corresponde a uma ideia que já transportava que só temos a ganhar com a produção de evidência científica que possa resultar das experiências que estão a ter lugar noutros pontos do mundo...

...Que ainda são embrionárias...

JG – Ainda são muito embrionárias... Mas também penso que, se funcionamos como um laboratório social e temos respostas e resultados que podemos partilhar com o mundo, que

correspondem a opções que tomámos numa altura em que éramos confrontados com uma situação calamitosa, agora que não estamos entre a espada e a parede, ter que fazer algo diferente a todo o custo, talvez tenhamos mais a ganhar com o acompanhamento de outras experiências que acontecem noutros países, retirando daí as ilações possíveis e dando algum tempo ao desenvolvimento dessas experiências e, depois, fazermos as nossas opções. Este primeiro dia dedicado à cannabis, para além da sessão formal de abertura, da presença do Sr. Secretário de Estado, do Sr. Vereador da C.M. Lisboa, Ricardo Robles, do representante do OEDT, parceiro extraordinário de quem buscamos mais-valias resultantes da sua sediação em Lisboa, da presença simpática do Sr. Presidente do CA do CCB, penso que foi bastante proveitoso.

Aparte a necessidade de o país ter que “inventar” soluções para problemas que ainda não serão propriamente prioridades, estando sinalizado e identificado um problema relacionado com a substância em si, a cannabis, que se encontra hoje no mercado com teores de THC muito mais elevados e concentrados e com alcalóides sintéticos, não seria uma ferramenta redutora de riscos e promotora da saúde o controlo dessa substância por parte do Estado?

JG – Repare: nós temos um mercado ilícito... Como iremos controlar esse mercado?

...Pela via da regulação...

JG – Ai vamos passar, de alguma forma, um cheque em branco relativamente a esse sistema de regulação... Será que as coisas dispararam? O que acontece com os mais novos? Vão aceder com mais ou menos facilidade? Presume-se que, num mercado regulado, o acesso será menor mas isso remete-nos para a persistência de um mercado ilícito... Há aqui certas questões que penso que só experiência concretas desenvolvidas no terreno nos permitirão desenhar, sem ser necessariamente pelo método da tentativa e erro, políticas consistentes nesta área.

Mesmo quanto ao uso terapêutico, parecem subsistir algumas reservas...

JG – A única reserva que coloquei e que coincidiu com a posição do SICAD foi batermos-nos por uma separação clara dessa discussão com a do uso social ou recreativo. E, verdadeiramente, esse não é o nosso negócio... É do Infarmed, Ordem dos Médicos, colégios de especialidades, o saber científico nacional e internacional, produzir de evidência científica acerca da bondade da utilização de produtos de cannabis em determinadas condições clínicas, vantagem dessa opção terapêutica sobre outras disponíveis... A única coisa que nos incomodava era que a discussão em simultâneo servisse de Cavalinho de Tróia para a passagem do uso recreativo, sendo certo que a mesma tem igual le-



gitimidade mas com parceiros e pressupostos claramente diferentes.

Quanto à formulação adotada para uso terapêutico, haverá espaço para o tradicional charro?

JG – Medicamentos, claramente. Preparados, feitos a partir da planta, em várias formulações possíveis, em comprimidos, cápsulas...

Poderão potenciar os mesmos efeitos psicoactivos?

JG – É possível, em contexto de produção de medicamento, ter exatamente controlado o teor dos alcalóides em presença na planta e utilizar um ou outro, entre centenas, com um determinado fim terapêutico. Quanto a isso, a própria indústria se ocupará de fazer. É também possível, pelo menos em experiências em curso noutros países, a utilização de produtos preparados a partir de cannabis e destinados, por exemplo, a infusões, a serem vaporizados, entre outras modalidades. A utilização do charro, pura e simples não está admitida para fins terapêuticos em nenhum país.

Relativamente ao Congresso no seu todo, que avaliação faz?

JG – Também aí, francamente positiva! Acho que as outras sessões, quer as relativas às políticas de redução de danos, quer aos novos desafios, sendo que um comumente identificado por todos os participantes prende-se com o envelhecimento da população utilizadora de drogas, nomeadamente a nossa velha população utilizadora de heroína, que felizmente está aí, estão vivos mas nos colocam desafios diferentes daqueles que nos colocavam há 20 anos... E falamos das mesmas pessoas... Quando, há 20 anos, a nossa preocupação apontava no sentido de estarmos com eles na reconquista do seu lugar em pleno direito na sociedade, hoje em dia, face ao envelhecimento e à coexistência de enormes patologias físicas e mentais, as nossas responsabilidades mudaram e consistem, sobretudo, em estar com eles enquanto envelhecem com dignidade e com acesso a cuidados de saúde, enquanto cidadãos de pleno direito. Também o tema do jogo, em que estamos ainda numa fase relativamente incipiente, cuja introdução no escopo das preocu-

pações do SICAD e seus parceiros é relativamente recente, correspondendo também ao momento das alterações na estrutura dedicada a estes temas...

...Mas já se percebeu, também neste domínio, alguma produção de evidência, nomeadamente ao nível clínico ou de diagnóstico social e individual, como ficou patente nalguns painéis deste congresso...

JG – Sim, já há produção. Por um lado, começámos a aproveitar os inquéritos aos consumidores para percebermos como são os comportamentos relativos ao jogo na população portuguesa e, por outro, a elaborar normas de atuação clínica, que já estão disponíveis. Estão a ser formados profissionais capazes de, em cada unidade, oferecerem cuidados a pessoas confrontadas com problemas relacionados com o jogo... Mas tivemos também aqui a parte da regulação, das entidades públicas que lidam com estas questões...

...Mais uma vez, a oferta e a procura, incluindo a indústria, como sucede no álcool...

JG – Sim, e creio que isso é fundamental. Não temos, na área das substâncias ilícitas, a indústria nem os traficantes, que provavelmente não aceitaríamos mas, se um dia forem lícitas, seguramente aceitarão e serão parceiros. Aliás, temos tido nesta fase algumas ações conjuntas com promotores económicos e da produção que pretendem afirmar-se no mercado da produção de medicamentos contendo cannabis. Não podemos ter uma atitude fundamentalista, de isolamento ou recusa da confrontação de valores eventualmente antagónicos mas que, segundo a experiência que temos do FNAS, podem beneficiar da busca do que os une e da relativa desvalorização do que os separa.

Falta dar esse passo relativamente ao tabaco...

JG – Já houve evoluções...

Talvez haja alguns sinais que apontam, uma vez mais sob critérios económicos, para a redução de riscos, nomeadamente através da introdução de novas formula-

ções, como os cigarros electrónicos ou sem fumo...

JG – Sim, também nessa política, penso que é importante envolver a indústria nas discussões e não rejeitar essa participação.

Que avaliação final faz então deste evento?

JG – Penso que é francamente positiva. A própria permanência de muitas centenas de pessoas nas salas durante estes três dias, a par do interesse manifestado em momentos de carácter social, de partilha e convívio, que indiciam que a vitalidade dos profissionais que se dedicam a esta matéria se mantém viva.

Fez recordar, de alguma forma, os velhos tempos da identidade corporativa e da amizade do ex-IDT?

JG – Sim, felizmente essa está presente. Temos aqui muitos profissionais que são também amigos de longa data, que partilharam conosco o desbravar de determinados caminhos e é muito bom reencontrá-los aqui e ver que também eles acorrem ao apelo do SICAD para que se juntem e dêem os seus contributos às discussões.

Carina Ferreira-Borges, Organização Mundial da Saúde



Começava por lhe pedir uma breve sinopse da preleção que trouxe a este congresso...

Carina Ferreira-Borges (CFB) – Basicamente, a constatação de que a Europa apresenta uma situação preocupante em relação ao consumo nocivo de álcool e de que precisamos de



fazer alguma coisa, nomeadamente na zona da UE, em que as políticas ligadas ao consumo de álcool não têm sido devidamente implementadas ou reforçadas. Em suma, temos uma diminuição desse consumo praticamente inexistente, enquanto noutros países, de outras regiões da Europa, temos uma diminuição significativa, com naturais impactos na mortalidade e morbidade das doenças ligadas ao consumo de álcool.

Nesse contexto, Portugal também não se afigura um território particularmente eficaz no combate que tem feito ao consumo e os resultados dos últimos inquéritos não são muito animadores...

CFB – Se elegermos como comparação um país como a Rússia, Portugal tem consumos de álcool acima, o que nos leva a pensar na necessidade de continuar e, eventualmente, voltar a olhar para as políticas de álcool no país e redefinir-las para podermos alcançar melhores resultados. Tem havido uma diminuição dos consumos de álcool em Portugal, sem dúvida nenhuma, mas é preciso fazer mais. Como mostrei aqui, a mortalidade ligada a esse uso nocivo é extremamente elevada, não só em relação às doenças cardiovasculares, como ao cancro e outras áreas e, naturalmente, à perda de qualidade de vida. Portanto, precisamos de redefinir, de voltar a olhar para as políticas e encontrar uma nova resposta, consolidando algumas coisas que têm sido feitas mas também inovando e implementando políticas mais eficazes. Portugal tem neste momento um consumo que necessita de ser reduzido.

Particularizando esse quadro de consumos problemáticos, realçaria os indicadores relativos a duas populações alvo: os jovens e as mulheres... Significa que será pertinente a adoção de estratégias mais diferenciadas e direccionadas e cada vez menos generalistas e universais?

CFB – Significa que precisamos de melhorar as estratégias mais gerais também, porque o consumo de álcool nos jovens está também ligado à disponibilidade do álcool para uma determinada faixa. Supostamente, não pode ser vendido até aos 18 anos, portanto é necessário

reforçar medidas para que isso se cumpra mas, ao mesmo tempo, vemos um aumento preocupante no consumo das mulheres e nos jovens entre os 18 e os 24 anos, que também requerem intervenções específicas para lidar com esse consumo. Lá está: o aumento de preços é uma medida geral, a diminuição da disponibilidade e a redução drástica do marketing de álcool são também medidas gerais que afetam qualquer população e que vão beneficiá-la significativamente.

Se no campo das drogas temos assistido à implementação de medidas como a descriminalização ou a regulação do uso recreativo, estando cada vez mais a abandonar-se as políticas proibicionistas ou restritivas, no álcool as coisas parecem caminhar um pouco ao contrário...

CFB – Essa questão de estarmos a abandonar as políticas restritivas... enfim... você não encontra drogas propriamente no meio da rua...

Nalguns países, já encontramos cannabis como tabaco...

CFB – Claro! Não conhecemos ainda os resultados... Mas sabemos quais são os resultados na área do consumo do álcool e que a disponibilidade aumenta o consumo e que o aumento do consumo leva a um aumento da mortalidade, da morbidade e da diminuição da qualidade de vida. Portanto, aquilo que vai acontecer em relação à cannabis é ainda desconhecido, porque não dispomos de estudos que demonstrem o impacto desse tipo de medidas. Em relação ao consumo de drogas ilícitas, de facto, Portugal teve medidas políticas inovadoras mas também necessita implementá-las na área do álcool, a par de estratégias que visem reduzir este peso e consequências enormes para o estado de saúde da população. Portugal mostrou capacidade de liderança na área das drogas ilícitas, poderá tê-la também na área das substâncias lícitas e, na área do álcool, há bastante a fazer.

O facto de termos um FNAS, em que reunimos, para além de muitos parceiros da administração pública e da economia social, a indústria, pode ajudar ou colocar

entraves à adoção dessas medidas que preconiza, como as best buys, as políticas de preços...

CFB – A recomendação da OMS é que o diálogo se faça com a indústria, no sentido da assunção de um papel por parte desta na implementação das políticas. Não me parece que o Fórum seja o local mais apropriado para discutir novas políticas, papel que cabe ao governo... Existem conflitos de interesse e, obviamente, uma indústria que está interessada em vender mais, não irá discutir com o governo políticas que levarão à redução da venda. Existem foras de discussão importantes, devem continuar mas é importante que seja definido o papel de cada um e os limites. Ao governo cabe definir políticas e legislar no sentido de melhorar a saúde das populações e à indústria cabe pôr em prática medidas, dentro dessa perspetiva definida pelo governo, que possam contribuir para alcançar essa redução, que é meta do governo.

Pedro Hubert, Instituto de Apoio ao Jogador



Pedia-lhe que nos apresentasse um resumo da sua comunicação, subordinada à temática do jogo...

Pedro Hubert (PH) – O que tentei transmitir ao público foi a existência de inúmeros sinais de alguém que está com problemas de jogo e, seja numa fase já mais avançada, seja numa fase intermédia, há que estar atento a esses sinais, que variam consoante seja um jogador de casino ou um jogador online. Os jogadores offline estão mais relacionados com a roleta e as máquinas, ao passo que o jogador offline se dedica às apostas desportivas e ao poker e temos ain-



da os gamers, jogadores de videojogos, que não jogando a dinheiro também sofrem consequências face à quantidade de tempo que dependem e às prioridades trocadas. Então, tentei definir os sinais, alguns dos quais conjugam e são idênticos a todos, como a troca de prioridades, as consequências, o continuar a jogar apesar dos problemas, etc., outros são diferentes devido às idades, à forma de jogar ou ao dinheiro envolvido...

Estes problemas, quando surgem, já evidenciam uma atitude compulsiva ou será possível prevenir o abuso ou dependência?

PH – Acho que podemos prevenir de várias maneiras. Relativamente ao jogo online, existem hoje programas algorítmicos que podem sinalizar uma pessoa que ainda está numa fase intermédia e alertá-la mas o ideal é mesmo o tipo de prevenção primária, ou seja, dizer às pessoas que o jogo é recreativo, que se ultrapassarem certos excessos será melhor parar. O ideal é começar nas escolas, nas juntas de freguesia, nos media... haver uma informação disseminada sobre o jogo. No entanto, se a relação estabelecida com o jogo for problemática, fazer qualquer coisa de início será o ideal.

Também evidenciou aqui que o problema do jogo não é assim tão atual... Parece que estamos muito mal informados sobre isso...

PH – Sim, e a propósito falei aqui num jogador com perturbação do jogo, Dostoiévski, mas existem hieróglifos do Alto Egípto, em que já jogavam não só com dados mas igualmente com a aposta de conchas, havendo relatos de algumas pessoas que tinham problemas de jogo há 4 mil anos atrás... E acredito que, mesmo antes disso, também já haveria... Onde há humanos haverá sempre algum tipo de dependência relacionada com a procura de prazer. Os nossos sistemas de recompensa, por vezes, para quem tem uma predisposição, são activados muito velocemente.

Existem respostas para este problema?

PH – Começam a existir, nomeadamente através do SICAD, das ET... Já começam a surgir técnicos mais formados, a adquirirem sensi-

bilidade e experiência nesta área. Claro que não temos a tradição de jogo de outros países mas já começamos a fazer algo como deve ser.

A oferta deverá passar pelo tratamento ou poderá ser feita em ambulatório?

PH – Sou adepto de, quando o tratamento em ambulatório não funciona, o internamento pode ser a solução, nomeadamente quando há ideação suicida, depressão grave, falta de estrutura familiar, social ou profissional. Até para gerir um pouco as dívidas, um tempo de paragem proporcionado pelo internamento pode ser muito eficaz.

Rui Duarte Luís, Secretário Regional da Saúde, Governo Regional dos Açores



O que vieram os Açores “beber” ao III Congresso do SICAD, particularmente neste último dia dedicado ao álcool?

Rui Duarte Luís (RDL) – Em primeiro lugar, comemorando-se os 10 anos do FNAS, trata-se essencialmente de uma homenagem e um reconhecimento do trabalho que o SICAD tem vindo a fazer nesta área do álcool. Por outro lado, também uma questão simbólica, por hoje ter sido publicamente anunciado que a primeira reunião do Fórum Regional do Álcool na Região Autónoma dos Açores se irá realizar no dia 27 de julho e, como tal, o cumprimento de um compromisso que tínhamos assumido no início desta legislatura, que consistia em colocarmos as questões do álcool na agenda política. O Fórum Regional do Álcool foi aprovado em janeiro deste ano, tem vindo a ser desenvolvido um conjunto de contactos com os possíveis parceiros e já

estamos em condições de fazermos essa primeira formalização da reunião e a assinatura dos respectivos compromissos. Isto vem na linha de um plano de ação do combate à redução dos problemas ligados ao álcool que o Governo Regional tem vindo a implementar; em breve, teremos também em discussão na Assembleia Legislativa a proposta de alteração da legislação para aumentar a idade mínima do consumo de álcool nos Açores, com algumas novidades que irão permitir não só essa vertente da proteção dos menores mas também reforçar a aposta na prevenção, com o intuito de que, daqui a dez ou quinze anos, os resultados sejam outros.

Por questões culturais e sociológicas, os Açores enfrentam um grave problema relacionado com o consumo de álcool... Será este o vosso maior problema em CAD?

RDL – Talvez o tabaco seja um problema ainda maior... Em termos médios, o álcool não representa para nós um problema tão grave como aquele que se verifica a nível nacional. Quando escarpelizamos os dados estatísticos do álcool, verificamos que existem dois indicadores preocupantes, nomeadamente o nível de embriaguez nos últimos 30 dias e que está inerente à questão do binge drinking, que afeta muitos jovens. São esses dois dados que mais nos preocupam e que nos colocam numa posição pior do que a média nacional. Daí as medidas de prevenção...

São nove ilhas, nove problemas ou um problema comum a todas elas?

RDL – Nós temos uma visão territorial. Não só de ilha mas também dentro de cada ilha, o problema estava localizado e, portanto, quer na área do álcool, quer dos demais CAD, temos uma visão muito territorial porque tudo isto tem a ver com condições socioeconómicas e culturais de cada um dos territórios e é aí que estamos a trabalhar sem ter uma solução igualitária em todo o arquipélago mas sim localizada.



Entrevista com Manuel Cardoso:

Austrália inspira-se no modelo português

Nos dias 7 e 8 de junho, Manuel Cardoso, Subdiretor-Geral do SICAD, foi convidado a participar numa conferência nacional na Austrália, organizada por uma federação de ONG locais, que pretendem viabilizar a descriminalização do uso de drogas naquele país. Recorde-se que, na Austrália, ainda vigora a criminalização do uso e posse para uso e, ao contrário do que sucede noutros territórios, estes atos ainda continuam a resultar em penas efetivas de prisão para os utilizadores, pelo que as organizações da sociedade civil que trabalham em dependências, particularmente no eixo da redução de danos, pretenderam perceber como foi implementado o modelo português. Em entrevista, Manuel Cardoso relata-nos a experiência vivida do outro lado do planeta...



Dr. Manuel Cardoso e ministro da Saúde do Estado da Nova Gales do Sul (Sidney)

mente um serviço nacional de saúde, pelo menos organizado como o nosso, mas o Estado paga às organizações privadas. Como no nosso caso, a maior parte dos participantes eram indivíduos da área do tratamento, um pouco menos da redução de danos e nada relativamente à reinserção porque, claramente, naquele estado o consumo é crime e as medidas são aplicadas, ou seja, as pessoas são mesmo presas por estarem a consumir. Daí que estas entidades que trabalham a área, conhecendo os doentes, manifestam uma enorme vontade em reverter esse cenário para poderem trabalhar. Num primeiro momento, questionava-me como seria trabalhar num enquadramento de descriminalização. Essa foi a base para a conferência, que decorreu nos dias 7 e 8 de junho, sendo que no primeiro dia eu era o conferencista internacional convidado para fazer a apresentação do modelo português completo e, no segundo dia, participei numa mesa redonda, a trabalhar questões de género, de redução de riscos e minimização de danos. Entretanto, o presidente dessa agência apresentou-me a outros elementos da sociedade civil e de ONG para poder fazer algumas reuniões, entre as quais uma primeira em que estiveram cerca de mil participantes. Um dos convites partiu de uma associação que gere a sala de injeção assistida de Sidney, a única no hemisfério sul, claramente defensora da redução de riscos e minimização de danos. Pedi para visitar a sala, o que foi aceite e foi assim que comecei a minha estada naquele País no dia 5 de Junho. Depois tive um encontro com o Ministro da Saúde e o Procurador-Geral. De seguida fizemos uma reunião em Sidney com os responsáveis desta associação, nos vários Estados, em que tivemos cerca de 50 pessoas. Fiz mais uma apresentação do modelo, que suscitou muitas questões e correu muito bem. As pessoas pretendiam verdadeiramente saber como funcionava, o que fazem as comissões de dissuasão ou a polícia, como funciona o financiamento... e perceber como poderia resultar a sua implementação na Austrália. Entretanto, dei algumas entrevistas a jornais locais, rádios e alguns jornalistas freelancers. O dia acabou então com essa reunião, em que um facilitador de outra associação pretendia discutir o assunto, convidando-me, bem como à gestora da sala de injeção as-

sistida e a um ex-ministro da saúde do Estado da Austrália Ocidental. Foi fazendo perguntas com o intuito de perceber qual foi o nosso enquadramento, como era o problema, como o resolvemos e quais foram os efeitos e resultados.

Naturalmente, terá encontrado pontos fortes e fracos na política da Austrália, a partir desta experiência... Quais destacaria?

MC – Deixe-me frisar que fiz estas quatro ações no primeiro dia... No segundo, tive mais quatro intervenções, duas com entidades ligadas à Igreja e que são grandes operadores na área da saúde, gerindo hospitais e centros de saúde, que pretendiam saber o que era isto da descriminalização e de que forma poderiam participar. Ora, a descriminalização, não sendo uma panaceia, é um enquadramento perfeito para fazer todo o resto da intervenção. Porque, antes da descriminalização, e o que fez com que chegássemos aos patamares a que chegámos, num enquadramento criminalizador, a ajuda a um consumidor era considerada crime. Lembre-se que, na lei, ajudar um consumidor a consumir era punido com uma pena maior do que ser apanhado a consumir... Como alguém me dizia na Austrália, a criminalização não faz sentido e eu, aqui, disse muitas vezes que a criminalização era paradoxal para o que fazíamos. Estamos, por um lado, a tentar ajudar e, por outro, a cometer e permitir que haja o tal crime. A mensagem que passei foi de que, com o enquadramento que a descriminalização traz, podem fazer uma intervenção terapêutica sem peias, uma intervenção preventiva que já fazem (exceto prevenção indicada) e podem continuar a fazer, uma intervenção de RRMD sem qualquer problema e uma intervenção de reinserção perfeitamente assegurada. Se conseguirem integrar tudo isto, algo perfeitamente viável neste enquadramento, então os ganhos virão seguramente. Ainda assim, face a uma cultura de punição, só quando sugerimos uma mudança de paradigma, em que se esquece a punição e se pensa que estamos perante um doente que carece de cuidados é que deixam de surgir questões do género "como punir"... Por outro lado, o anglo-saxónico não entende como algo é ilegal e não é crime... Sugerimos que se use a expressão não é permitido e a sanção deverá ser do mesmo géne-

Como correu esta visita de trabalho à Austrália?

Manuel Cardoso (MC) – Na minha perspectiva, as coisas correram muitíssimo bem... Havia um público ávido de informação, que queria muito conhecer o modelo português, empenhado em que a descriminalização seja também implementada, neste caso no estado de Nova Gales do Sul, cuja capital é Sidney, onde estive. Foi muitíssimo interessante...

Falamos em cerca de mil pessoas... Como era constituído esse público?

MC – Ainda que eventualmente muito próximo das mil pessoas, foram vários os públicos e os eventos... Fui convidado a participar numa conferência nacional de agências ligadas à saúde, organizada por uma ONG. Eles não têm propria-

ro que a aplicada à condução em excesso de velocidade... Uma das reuniões que tive foi com a Fundação Paul Ramsey, do tipo da nossa Gulbenkian, que suporta muitas das intervenções sociais em Sidnei e Melbourne. O próprio presidente e o CEO, ainda que sendo de áreas da gestão, fizeram questão de marcar presença na reunião com o intuito de perceberem como poderá funcionar a implementação de um modelo inspirado no nosso.

Portanto, foi muito interessante sentir este entusiasmo e carinho com que fui recebido... Se atentarmos às características deste país, que é enorme e se chama Austrália, verificamos, em primeiro lugar, que tem uma esperança de vida superior à portuguesa; depois, se o SNS português está em 12º lugar, o deles está em 4º em termos mundiais... Logo aí, surge a dúvida: o que terei para “ensinar” a esta gente, que está organizada de tal maneira que nos bate aos pontos? Mas temos características muito semelhantes em termos de consumo e de padrões, daí que nos tenham endereçado este convite... Depois, têm uma componente que me pareceu interessante: porque a privada intervém muito na execução das políticas, para ganharem a aposta do Estado, têm que se esforçar para produzir evidência e para apresentarem sucesso, o que faz com que tenham um desenvolvimento muito grande em cada uma das áreas políticas e tenham que desenhar muito bem a intervenção. Uma das perguntas que me faziam era como a descriminalização afeta o tratamento, nomeadamente no sentido da definição de pro-

colos de tratamento. Ora, isto faz sentido em termos absolutos, mas fá-lo muito mais quando se é contratado para cumprir tarefas perfeitamente definidas, um pouco à imagem do que fazemos com as comunidades terapêuticas.

Os padrões de consumo são semelhantes aos nossos?

MC – Eles tiveram o problema da heroína como nós, que entretanto decresceu e recentemente recrudesciu. O que aconteceu no Canadá, nos EUA - na Grécia atribuímo-lo à crise mas nos outros dois não foi por isso – aconteceu também na Austrália... O Fentanil está aí e está claramente a fazer as coisas tremerem. Isto significa que as coisas podem estar aparentemente bem e, de um momento para o outro, descambarem se não estivermos suficientemente atentos. Nessa perspetiva, tiveram padrões de consumo muito altos, a diferença é que nós tivemos problemas da infeção VIH e eles não têm. Tive uma reunião com o ministro da saúde, com o procurador-geral, como disse, e com responsáveis do Ministério da Saúde (Diretora Geral e responsáveis de Unidades) e uma das coisas que me diziam é que uma das nossas bandeiras relativamente à infeção VIH, ali, não se colocava.

Não o entristece o facto de o modelo português ser tão reconhecido lá fora e, cá dentro, ser ignorado, esquecido e até vexado por quem não devia?

MC – Honestamente, posso ter alguma pena, mas sou muito pragmático nestas coisas. Quando, há cerca de dez anos, me perguntavam sobre o futuro afirmava que uma “Visão” pragmática (ou utópica!), do que seria o SICAD ou o IDT era a de “deixar de ser necessário”. Em suma, a nossa visão tem que ser lutar para que deixemos de ser imprescindíveis. Nós (todos os profissionais da área) trabalhamos realmente bem e só nos podem acusar por ter trabalhado bem... E por termos trabalhado bem estamos a ser penalizados. Gostaria que a população portuguesa, particularmente aqueles que são consumidores e poderão vir a ser dependentes, não saiam penalizados por causa de decisões políticas menos acertadas. Na minha perspetiva, até porque temos, não só problemas relacionados com as drogas, mas igualmente as questões do tabaco, do jogo e do álcool ou dependências sem substância, ainda não estamos em altura de dismantelar completamente a estrutura que dava resposta à implementação do Plano Nacional Para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, em todo o território nacional e ao nível do Ministério da Saúde e que tão bem foi capaz de executar a Estratégia Nacional de Combate à Droga e Toxicodependência, de 1999, o Plano Nacional contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012 ou o Plano para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool.

Sei que é difícil abstrair-se da condição de subdiretor do Sicad, mas não posso deixar de questionar a pessoa e médico de saúde pública e pedir a sua opinião sobre a actual estrutura nos comportamentos aditivos e dependências.

MC – Creio que é difícil ser absolutamente isento, apesar de tentar sempre ter uma visão abrangente e estratégica. De qualquer modo teremos que considerar vários pontos:

1 – O Governo terá decidido que não faria alterações orgânicas nesta legislatura.

Senão vejamos: Por serem consideradas alterações orgânicas, apesar de não implicar qualquer custo adicional, - A proposta de alteração do Decreto-lei que cria a Coordenação Nacional, para adaptar as competências do Coordenador Nacional e da Comissão Técnica aos CAD e não apenas aos problemas da droga e do uso nocivo do álcool, apresentada em meados de 2016, não foi aprovada; - Nas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, cinco encontram-se sem quórum para decidir, algo que só aconteceu em 2005, não há decisão quanto às propostas de resolução apresentadas...

Teremos, assim, que compreender a falta ou o atraso na tomada de decisão, quanto à alteração orgânica dos Serviços CAD, que significarão sempre algum aumento de custos.

2 – As questões da droga e os problemas ligados ao uso nocivo do álcool, bem como os outros

Comportamentos Aditivos e Dependências não são entendidos pela população, e também pelo Governo, como um problema. Apesar das alterações orgânicas operadas nos serviços pelo anterior Governo “as coisas até não estão piores...” dirão alguns. Se melhoraram, se estamos a resolver melhor os problemas das pessoas, se os profissionais estão mais satisfeitos, ou menos, se há ganhos mais significativos em saúde, não importa. O que importa é que as coisas não estão piores ou pelo menos significativamente piores. Por outro lado há ainda, entre alguns dirigentes, a convicção de que os doentes e os profissionais desta área eram uns privilegiados e haveria que acabar com esses privilégios.

3 – A Rede de respostas aos problemas da droga e da Toxicodependência criada a partir de 1987 no Ministério da Saúde, pela emergência do problema e pela incapacidade do SNS em lhe dar resposta, acrescida pela estigmatização a que doentes e profissionais eram sujeitos, criou um distanciamento entre esta rede e o SNS que tem, obrigatoriamente, que ser suprido. Se em determinada altura não permitimos que esta Rede se transformasse num SNS para toxicodependentes, hoje as respostas às questões do uso nocivo do álcool, ao jogo ou outros CAD, carecem de ser muito bem articuladas e integradas com toda a resposta do SNS às necessidades dos cidadãos. Por outro lado, a população toxicodependente está cada vez mais velha e por isso mais doente,



quer com patologias físicas, quer mentais. A articulação com os outros serviços do SNS tem que ser adequada e célere. Esta é uma dimensão que tem obrigatoriamente de ser tida em conta numa qualquer tomada de decisão.

4 – Hoje, nas discussões sobre estes problemas, não ouvimos falar das necessidades dos doentes e da melhor maneira de lhes dar respostas. Falamos de como nos podemos organizar melhor, privilegiando os interesses individuais e da organização em detrimento dos ganhos em saúde da comunidade.



5 – Globalmente, no Ministério da Saúde, a saúde e o bem-estar dos cidadãos parece não ser o primeiro objetivo. As preocupações com o processo, o desempenho e a redução de custos parecem tomar a dianteira.

Uma evidência que tento comunicar há algum tempo é a de que os portugueses, homens e mulheres, tem uma esperança de vida à nascença ligeiramente acima da média da União Europeia. Tem uma esperança de vida aos 65 anos também acima da média da União Europeia. Mas quando falamos de esperança de vida com saúde, aos 65 anos, estamos claramente no fim da tabela (24º-25º em 28). Grosso modo, enquanto um sueco, dos 20 anos que espera viver aos 65 anos, viverá quinze com saúde, os portugueses viverão cinco. Para além do sofrimento e da baixa qualidade de vida dos próprios e dos familiares, esta situação provoca um aumento de custos em saúde que torna insustentável o SNS.

Por outro lado, sabemos a partir de dados da OMS que estes anos de vida sem saúde são provocados por doenças crónicas ou não transmissíveis. Sabemos ainda, da mesma fonte, que os principais fatores de risco destas doenças são os consumos de tabaco, álcool e drogas, contribuindo com cerca de 20% e as questões da nutrição e inatividade física que contribuem com cerca de 25%. Sabemos também que cerca de 30% dos portugueses sofrem ou sofreram de alguma patologia mental.

Se, no Ministério da Saúde, assumíssemos todos, como desígnio e não apenas como meta, o aumentar em 40 ou 50% o número de anos de vida com saúde; se cada um dos profissionais e dos Serviços fosse capaz de assumir que contribuiria de maneira empenhada para esse objetivo; se entretanto o Plano Nacional de saúde fosse claro na definição do processo para atingir esse objetivo, teríamos verdadeiros ganhos em saúde a curto prazo.

6 – No que toca aos CAD, diria que o sucesso do modelo português se deve ao facto de ter uma Coordenação Nacional (todas as áreas ministeriais concorrem para atingir os mesmos objetivos – saúde em todas as políticas); ter uma estratégia e sucessivos planos nacionais para a/os executar

e ter tido, dentro do Ministério da Saúde, uma Rede que, de modo articulado, integrado e multidisciplinar, tenta dar resposta aos problemas dos cidadãos sejam de natureza preventiva, de dissuasão, de redução de danos, de tratamento e de reinserção.

Até aqui, identificávamos um problema, fazíamos planos para o resolver, executávamos com maior ou menor sucesso cada plano. Se as avaliações externas ao cumprimento dos Planos Nacionais não forem suficientes como exemplo, poderemos analisar o Plano Operacional de Respostas Integradas. Estamos, o País está, a perder esta capacidade.

Que dificuldades se colocam para a organização de uma rede de referência que responda às necessidades das pessoas?

MC – Em poucas palavras, diria que por um lado a vontade, a proximidade e capacidade de diálogo ou a falta delas por parte das ARS. O que era a grande bandeira da alteração orgânica feita pelo Governo anterior simplesmente não aconteceu.

Por outro lado, o não termos ainda sido capazes de criar um suporte informático amigável que facilite o diagnóstico precoce e a referência, quer entre os Cuidados Saúde Primários (ACeS) e as Unidades de Intervenção Local, quer entre as UIL e os CSP.

Qual a sua visão para uma rede de intervenção de cuidados de proximidade?

MC – Vejamos o seguinte: 1 - O SNS foi criado com duas redes de cuidados: os cuidados de saúde primários ou primeiros, mais próximos do cidadão; os cuidados de saúde hospitalares algumas vezes também chamados de secundários.

2 – Com o aparecimento e gravidade do problema da droga e da toxicod dependência, acrescentou a recusa dos médicos psiquiatras em internarem toxicod dependentes, o Governo criou uma terceira rede, a de atendimento a toxicod dependentes, ainda que não tenha criado mecanismos de articulação entre elas.

3 – Com a crescente subida dos custos com internamentos hospitalares foi criada a rede de Cuidados Continuados.

4 – Mais recentemente foi criada a rede de cuidados paliativos.

5 – Apesar de cada vez melhor articulação entre os Cuidados Primários e os cuidados hospitalares, por via da informatização, a maior concentração das especialidades hospitalares, deixa os cidadãos cada vez com menor acesso físico a estes cuidados. Perante isto, muitas especialidades hospitalares descentralizaram consultas e atendimentos. Estou a falar da pediatria, da obstetrícia, da saúde mental, também da endocrinologia, oftalmologia ou estomatologia e seguramente outras, quando dirigentes hospitalares e de Centros de Saúde se entendem para melhor dar resposta às necessidades dos seus utentes.

Os médicos de família e os outros profissionais dos CSP são os heróis do SNS, mas precisam desta ajuda de proximidade de cuidados e respostas mais específicas para problemas que

eles identifiquem. É nesta perspetiva que vemos a resposta aos problemas dos CAD. Uma “segunda linha” de suporte aos CSP, nestas matérias. Foi isto que desenhamos com as ARS e a DGS na Rede de referência. Uma Rede de cuidados de proximidade, segundo nível de intervenção, para dar respostas aos problemas de Comportamentos Aditivos e Dependências dos cidadãos. Como a rede de Cuidados Continuados ou Cuidados Paliativos existe um Plano, que é Nacional e uma Coordenação, que também é nacional, para a sua implementação. A rede de Cuidados de Saúde Primários está hoje organizada no território, para garantir a proximidade ao cidadão, em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) ou Unidades Locais de Saúde. Para que a Rede CAD funcione e se integre numa resposta SNS, cada Unidade de Intervenção Local tem que ser “empoderada” de capacidade de gestão e de negociação para que possa articular com os ACeS. Recordo que apesar de em muito menor número, a resposta territorial das UIL se sobrepõe, em muitos casos, à dos ACeS. Idealmente deveria ser sobreponível.

Quando falamos do SNS estamos a falar de quê? Onde entram as pessoas que necessitam de respostas para os comportamentos aditivos?

MC – Para mim, o SNS deve ser o organismo do Estado que, de forma gratuita, garante a saúde e bem-estar de todos os cidadãos. Quando falamos das necessidades dos cidadãos estamos, normalmente a falar de necessidades expressas. As necessidades que eles nos fazem saber que têm. Mas existem também as necessidades sentidas, que não sendo expressas, são percebidas como tal, por cada um. Por outro lado existem as necessidades reais que normalmente são definidas após uma avaliação técnica. Podem sobrepor-se às anteriores ou ir além daquelas. Quando falamos de diagnóstico precoce ou intervenção precoce, estamos a falar em identificar necessidades reais que não são sentidas e por isso também não são expressas. Quando falamos de rastreios do cancro da mama, do cólon ou da próstata estamos a identificar necessidades reais que maioritariamente não tem qualquer sinal. Falamos do mesmo quando falamos de problemas ligados ao comportamento como os consumos de álcool, tabaco ou drogas ou do jogo problemático ou dependência de écran. Mais do que a capacidade de resposta às necessidades sentidas ou expressas pelos cidadãos, que é específica, multidisciplinar e com uma grande componente social, tem que haver a capacidade para identificar tão precocemente quanto possível, as necessidades reais e não expressas pelos cidadãos. A identificação precoce tem que ser feito nos cuidados de primeira linha: cuidados de saúde primários; serviços de saúde ocupacional; urgências e subsistemas de saúde, por exemplo. Naturalmente os CSP terão a maior responsabilidade. É necessária uma forte articulação e uma clara capacidade de referência entre uma e outra rede de cuidados (CSP e CAD), para que a identificação de um problema tenha o adequado e atempado seguimento.