

“Queremos que se faça justiça às Comunidades Terapêuticas”



Em entrevista exclusiva à revista Dependências, Ana Povo, a secretária de estado com a tutela dos CAD, aborda as problemáticas que, sobretudo do ponto de vista da decisão política, há muito assolam um país que, ainda recentemente, foi considerado um case-study a nível mundial. Um sistema de saúde “separado” para utentes com problemas relacionados com CAD? Distinção entre cuidados e participações por utente em unidades que tratam problemas de saúde mental, incluindo CAD, em diferentes estruturas convencionadas, ONG ou do setor privado, e em diversas regiões do país? Priorização desta área no orçamento de estado? Novas adições, abuso de álcool, jovens, orçamento e dotação de novos recursos para o ICAD... A decisora política sobre quem recai um pesado legado de bem fazer neste domínio reconhece o trabalho realizado, mas não fica por aí e pretende introduzir novas ideias...

Começaria por colocar uma questão relacionada com a percepção que hoje temos sobre os consumos de substâncias psicoativas: apesar de os dados do último relatório do ICAD demonstrarem uma descida, quando visitamos alguns locais detetamos grandes concentrações de consumidores... O que terá falhado? O desinvestimento? Uma percepção de menor visibilidade do fenómeno?

Ana Povo (AP) – Se olharmos para a cidade do Porto, realidade que conheço melhor do que a da cidade de Lisboa, não vamos falar em falhas, mas antes de uma situação que se encontrava escondida no antigo bairro do Aleixo e que, atualmente, se encontra numa zona visível. Mesmo a percepção das pessoas da Junta de Freguesia de Lordelo do Ouro e Massarelos é que a realidade não está maior, mas está visível.

Se olharmos para o relatório, de facto, apesar de a nossa percepção ser que o consumo aumentou, o que verificamos é que o mesmo diminuiu. O que alterou também - e posso dizer que aflorei isso em muitas conversas que tive nesta sala com o Dr. João Goulão - foi a característica ou perfil do consumidor. O consumo está hoje associado a classes sociais com mais carências e menos àquele consumo que surgiu nos anos 90, associado a classes sociais mais ricas, muitas das quais perderam muito do que tinham e do que não tinham face aos problemas com que lidaram, relacionados com a toxicodependência e com os tratamentos... mas era um consumo mais escondido, ao passo que o que vemos atualmente é um consumo associado a uma população com grandes carências, o que o torna mais visível e não necessariamente maior.

Nesse relatório também detetamos padrões de consumo de álcool extremamente preocupantes, sendo que, neste caso, falamos sobre uma substância enraizada na nossa cultura e hábitos. O que poderá ser feito para alterar esta tendência?

AP – Relativamente ao consumo de álcool, o que nos preocupa muito é o perfil do *big drinker*, ou seja, o consumo ocasional de muita quantidade e de bebidas com alto teor alcoólico, o que vemos em algumas realidades de outros países. E vemos isso em idades cada vez mais jovens. É algo que nos preocupa e, claramente, teremos que criar políticas a olhar para estes mais jovens, para esse consumo muito grande. E também constitui uma preocupação o facto de uma das principais causas de detenção de jovens estar relacionada com a condução sob o efeito de álcool. Portanto, claramente, estamos perante uma geração relativamente à qual teremos que optar por um controlo apertado. Apesar de sabermos que só se podem consumir bebidas alcoólicas a partir dos 18 anos de idade, também sabemos que, infelizmente, essa situação nem sempre acontece. E essa é, claramente, uma área em que teremos que criar políticas nos próximos tempos.

Indo de encontro a essas preocupações com os mais jovens, hoje também assistimos a uma escalada de comportamentos aditivos ou consumos sem substância, nomeadamente os relacionados com o jogo ou o ecrã, que parecem estar a fugir do controlo dos decisores políticos. Que medidas poderão ser adotadas?

AP – Eu acho que não está a fugir do controlo dos decisores políticos atuais. Se calhar, dos do passado... A título de exemplo, o atual ministro da educação tem trazido a debate público a questão do vício dos ecrãs ou dos telemóveis e está já em discussão pública a restrição da utilização do telemóvel nas escolas e a partir de algumas idades. Outra questão igualmente muito importante é a utilização abusiva dos jogos de apostas, hoje acessíveis a partir de aplicações de te-

**“O DR. JOÃO GOULÃO,
É RECONHECIDO COMO UMA
DAS PESSOAS QUE MAIS
SABEM NESTA ÁREA”**

“HÁ INVESTIMENTOS QUE SEI CLARAMENTE QUE TEREMOS QUE FAZER, NOMEADAMENTE NAS UNIDADES DE ALCOOLOGIA, QUE ESTÃO COMPLETAMENTE AO ABANDONO”

lemável, não sendo necessário recorrer a casinos, como antigamente. Também aí, teremos que olhar e legislar num curto prazo.

Não lhe parece contraditório termos algo designado como jogos sociais quando o que pretendemos é uma intervenção que potencie a adoção de hábitos saudáveis?

AP – Sim, mas se pensarmos que muitos programas de promoção e prevenção da saúde e também uma grande parte do financiamento do ICAD é assegurada pelo que cobramos dos impostos sobre os jogos sociais, também pode parecer uma contradição. Mas também já houve aumentos dos impostos sobre o tabaco porque pretendemos aplicar esse valor noutros contextos. Não me parece um contrassenso. Creio que é uma forma de ajudar na construção de políticas, não vou dizer que combatem, mas que, pelo menos, previnem ou potenciam uma utilização sadia.

Em que medida faria sentido seguir exemplos de outros países e aumentar o preço do álcool, como já fizemos relativamente ao tabaco? E até, eventualmente, incluirmos uma taxa destinada a tratar pessoas dependentes desta substância?

AP – Existe em Portugal uma associação de bebidas alcoólicas que inclui nos seus princípios a realização de campanhas destinadas a prevenir o uso abusivo do álcool, portanto, esta questão social está mesmo na própria preocupação. Portugal é um país produtor de vinho, sendo que a produção passou, este ano, por uma situação calamitosa, que afeta a economia de muitas famílias. Portanto, quando tomamos decisões políticas temos que olhar para toda a fotografia e não para uma fotografia em particular. Se este ano tivemos de criar subsídios extra para ajudar os produtores de vinho, nomeadamente da região do Douro, onde a população vive exatamente dessa cultura, não nos faz sentido incluir uma taxa em Portugal sobre o vinho, porque é uma das bebidas de teor alcoólico menos taxada. Essa foi uma opção, o que não significa que não tenhamos que desenvolver políticas de combate à utilização excessiva do álcool.

No início da entrevista, referiu territórios problemáticos da cidade do Porto, contextos semelhantes aos de outras grandes cidades do país, onde intervêm sobretudo as equipas de rua de várias ONG. ONG estas que continuam a dedicar-se de corpo e alma a uma causa, apesar da péssima retribuição financeira que recebem do estado. Falamos de participações de 80% do valor do caderno de encargos do projeto para uma intervenção que é delegada pelo próprio estado, sendo que os restantes 20% estão dependentes da boa vontade das autarquias, que nem sempre a manifestam...

AP – Temos aqui duas situações: a das comunidades terapêuticas, sendo que estas são pagas a 80% pelo lado da saúde e a 20% pelo da Segurança Social. E esta situação, eu defendo claramente que é para manter. E explico: a saúde faz um copagamento de 80% e, mediante os rendimentos da pessoa que será sujeita ao tratamento, há ou não o

apoio social de 20%. Isto não acontece apenas nas comunidades terapêuticas. Se olharmos para as unidades de cuidados continuados ou para as unidades de cuidados paliativos, esta distribuição é sempre feita em copagamento, nos mesmos moldes. Outra situação tem a ver com as equipas de rua, da comunidade. Ao contrário das comunidades terapêuticas, para as quais existe uma tabela com o valor do pagamento, publicada em Diário da República, essas equipas de rua ou da comunidade vivem de apoios, quer por parte do estado, quer por parte das autarquias. Sendo equipas de atuação na comunidade, juntamente com as pessoas locais, é muito importante haver a contribuição das autarquias, não só das câmaras municipais, mas igualmente das juntas de freguesia. A sala de consumo assistido do Porto e as que temos em Lisboa são geridas por equipas da comunidade e, claramente, são as pessoas que melhor conhecem os utentes e que melhor podem oferecer respostas e tratamentos. O que poderemos fazer no futuro é criar uma tabela semelhante à das comunidades terapêuticas, mas para isso aguardarei uma proposta do ICAD.

Relativamente às comunidades terapêuticas, existe a Lei 207, que se aplica à saúde mental e cito: “episódios de doença em serviços, departamentos ou hospitais de psiquiatria e saúde mental devem ser faturados, por diária, num valor de 73,70 euros”. Sabendo que a toxicodependência e o alcoolismo são patologias enquadradas no âmbito da saúde mental, por quê esta discriminação das comunidades terapêuticas que, durante 15 anos, receberam 24 euros por diária...

AP – Depois, foram atualizadas...

Para 27 euros... a miséria continua... acredita ser possível servir cinco refeições por dia, assistência médica de diversas especialidades, medicamentos, transportes e encaminhamentos e uma panóplia de serviços essenciais ao dia-a-dia dos seus utentes com estes valores?

AP – Ainda bem que coloca essa questão. A tabela das comunidades terapêuticas foi atualizada no ano passado, tendo em conta a taxa de inflação, este ano o ICAD enviou-nos uma proposta e, entretanto, recebemos a POCAD, que representa as comunidades terapêuticas, e fizemos um trabalho, um documento conjunto entre a saúde e a Secretaria de Estado do Orçamento, cuja resposta estamos a aguardar pelas finanças. Mesmo que esse valor, os 27 euros, fosse justo, nos últimos anos tivemos não só a inflação como o aumento do custo de vida em geral, incluindo o aumento do ordenado mínimo, dos ordenados, da energia e da alimentação. Olhámos para a tabela praticada nas comunidades terapêuticas e comparámos com todas as outras tabelas, como referi, dos cuidados continuados, dos cuidados paliativos e dos doentes da psiquiatria e apresentámos uma proposta, um pouco superior à do ICAD, para tentarmos pagar um valor justo. Já estamos a trocar algumas informações com a Secretaria de Estado do Orçamento e estamos à espera da resposta.

Podemos então esperar que esta discriminação negativa que se verifica na saúde mental relativamente aos utentes das comunidades terapêuticas terá um fim...

AP – Podemos acreditar que sim. Pretendemos pagar alguns retroativos relativamente a este ano, mas estamos em negociações.

Não quer adiantar o valor?

AP – Quando estiver publicado...

Se recuarmos a um período em que a toxicodependência era priorizada em termos de investimento político e reconhecida como uma das principais problemáticas do país, constatamos que o estado investia cerca de 30 milhões de euros no Projeto Vida e cerca de 10 milhões nos tratamentos oferecidos pelas comunidades terapêuticas.



“PORTUGAL FOI BANDEIRA NA EUROPA E NO MUNDO E QUE DEVEMOS MANTER”

Lamentando a insistência e esperando que a proposta que apresentará evite a realidade que se vem observando ao longo dos últimos 20 anos, em que mais de 20 comunidades terapêuticas cessaram atividade, alerta que estamos perante uma verdadeira crise num setor que desempenha um papel preponderante no eixo do tratamento...

AP – Sim, e existe outra situação: as comunidades terapêuticas não estão ocupadas na taxa que se encontra contratualizada porque não têm sido referenciados utentes. Obviamente, tem que haver uma avaliação e uma prescrição. Não posso permitir que as pessoas vão, de livre vontade, bater à porta. Sei que alguns gostariam que isso acontecesse, mas temos que fazer uma abordagem e uma orientação para percebermos se é ou não necessário um internamento. E, de facto, o que noto – e já pedi esses indicadores - é que está a haver atraso na resposta a quem procura ajuda, e isso é algo que me preocupa. Falamos muito em tempos de espera, sempre que vamos ao Parlamento questionam-nos sobre as *leaks* e sobre os tempos máximos de resposta garantida. Todos assumimos que a adição é uma doença, mas a verdade é que não temos acesso a nenhum tempo de espera, nem está estipulado qual deverá ser o tempo máximo de resposta garantida a estes cidadãos, a estes doentes. E isso é algo que também me preocupa. Outra situação que me preocupa: fala-se tanto do Registo Nacional Único, e da interoperabilidade entre sistemas e, em qualquer sítio, conseguirmos aceder ao processo clínico do utente... não sei se têm essa noção, mas, quando tinha que internar um utente inserido num programa de metadona, nunca conseguia consultar, no hospital, os registos desse utente, porque esta interoperabilidade não existe. Parece um sistema separado do nosso sistema e isso é algo que temos que refletir.

Sei que as relações entre a saúde e as finanças nunca foram muito saudáveis...

AP - ... não diga isso! Eu dou-me muito bem com o Sr. ministro das finanças e com o Sr. secretário de estado adjunto e do orçamento...

Mas pergunto-lhe se o orçamento do ICAD responde às reais necessidades ou se, por outro lado, apenas corresponderá a afirmações que já proferiu, como, se faltar dinheiro, nós colocaremos lá?

AP – Nós temos colocado! Posso garantir que, neste final do ano, em que se colocou uma questão relacionada com o não acerto de contas entre VAT que o ICAD colocava e a interpretação da ICSS, mas que se resolveu em 48 horas e permitiu, por exemplo, pagar a dívida das comunidades terapêuticas... se me falar no futuro, e dependendo do valor, que nunca sabemos que provirá dos jogos sociais, não posso garantir se o ICAD estará ou não subfinanciado. É um processo que teremos que acompanhar ao longo do ano, mas o que sei é que temos que utilizar o nosso dinheiro da forma mais eficiente possível e há investimentos que sei claramente que teremos que fazer, nomeadamente nas unidades de alcoologia, que estão completamente ao abandono, fruto de anos em que não houve qualquer investimento nesta área. É mais uma área para a qual teremos claramente que olhar, fazer obras, verificar. Quanto a recursos humanos, nomeadamente médicos, numa altura em que existe uma falha tão grande de profissionais de saúde, teremos certamente que adotar uma outra abordagem.

Enquanto decisora política, mas igualmente médica, faz-lhe sentido que um colega de formação e profissão se veja obrigado a tratar os mesmos utentes, em diferentes unidades e zonas do país, com recursos e financiamentos diferentes?

AP – Percebo... a mesma clínica, tratando situações semelhantes, pode ter financiamentos diferentes..., mas, como lhe disse, estamos a proceder à atualização dessa tabela. Mas estas comunidades terapêuticas, as que se enquadram nesta tabela, dedicam-se ao tratamento de problemas de adição, sejam de drogas ou de álcool...

... E de patologias e comorbidades, muitas bem graves, de saúde mental e outras...

AP - ... A grande questão que muitos psiquiatras colocam reside no facto de, em Portugal, desde os anos 90, olhamos, e muito bem, para o problema da toxicod dependência como um problema de saúde. Então, por que fazemos o tratamento num sistema de saúde separado? Foi opção política, já se fez, na altura do Dr. Paulo Macedo, uma tentativa de separação, colocando os cuidados destas pessoas a nível regional, nas diferentes ARS, que agora se extinguíram, ainda antes desta extinção, o governo anterior voltou a fundir tudo e a trazer o tratamento para dentro do ICAD e ainda não tivemos tempo para avaliar o resultado desta nova integração. E digo-lhe porquê: porque foi uma integração que, se calhar, só vamos perceber no próximo ano, teve a questão do orçamento que não foi acautelada no ano passado... temos que analisar. A par, temos em curso uma significativa reforma da saúde mental, feita pelo Professor Miguel Xavier, que tem desempenhado um trabalho excecional no terreno, ao nível da resposta de opções terapêuticas para os doentes com problemas de saúde mental, ainda estamos na fase de criação de unidades de longa duração para os imputáveis... mas, de facto, a questão do porquê separar estes tratamentos é algo que teremos que ponderar, até para as novas gerações que irão dedicar-se a esta área.

Não haverá então, em princípio, subfinanciamento...

AP – Não.

E haverá um orçamento para um ano?

AP – Há um orçamento para um ano, que poderá obrigar a injeções durante o ano, nomeadamente se quisermos fazer as obras nos centros de alcoologia.

Espera ter, já no próximo ano, um plano estratégico para os CAD?

AP – O ICAD já fez um plano estratégico, que entregou à Sra. ministra da saúde, para o próximo ano. Como o Dr. João Goulão já anunciou, iremos abrir um concurso para uma nova direção do ICAD, que estava com menos um elemento. Teremos três, sendo que um dos quais terá que ser um vogal financeiro, até para olhar para toda esta questão do financiamento do ICAD, e os outros dois profissionais da saúde. E olhar com outras cabeças para o problema e para um desenho de políticas para 2030. Aqui, nesta sala, quando tomei posse, falei com o Dr. João Goulão, pedi-lhe muito para ele continuar, porque não é só a nível nacional, mas igualmente a nível internacional que é reconhecido como uma das pessoas que mais sabem nesta área e, quando tivemos esta conversa, pedi-lhe para ficar no Conselho Consultivo do ICAD. Ou seja, pretendo que quem vier a seguir, que trará certamente novas ideias, as trabalhe também com o Dr. João Goulão. Há um pensamento em que Portugal foi bandeira na Europa e no mundo e que devemos manter.

Quer dizer que há essa preocupação por parte da tutela no sentido que a qualidade das respostas se mantenha e que Portugal não perca o pioneirismo e a dianteira nesta área?

AP – Totalmente! E até a perspetiva que adotámos relativamente à questão da toxicod dependência, em que separámos claramente o consumo, que é uma doença, do tráfico, uma questão de justiça. Convém recordar que, a nível europeu, existem países que falam connosco para ser esta a perspetiva e o pensamento europeu neste domínio e não apenas o pensamento nacional. Já falámos muito sobre as salas de consumo assistido, se fazem melhor ou pior, se constituem um contributo eficaz... Claro que todos pensamos nisso e eu, enquanto mandatária da candidatura do PSD à Junta de Freguesia de Lordelo do Ouro e Massarelos, estive muito envolvida, a par dos demais, na implementação da sala de consumo assistido. Sou totalmente de acordo que a sala em si, exclusivamente destinada ao consumo, não nos resolve problema nenhum. Não é para isso que queremos a sala, agora, a sala oferece a capacidade de fazer saúde pública. Porque as pessoas que vão à sala e que estão na rua não ficam muito tempo nos hospitais, que se tiverem um problema de saúde dificilmente irão recorrer a esse tipo de estruturas e, nessa sala, sei-o pelos resultados da sala do Porto, conseguimos realizar rastreios do HIV, de hepatites, da sífilis, conseguimos garantir que as pessoas que lá vão consumir façam medicação do VIH ou da tuberculose, entre outras, e sejam assistidas e acompanhadas para garantir que cumprem, é possível fazer



algun apoio social, é possível que tomem banho e adquiram roupa, mas obviamente, estas estruturas também têm que ser uma porta de entrada para o tratamento. E creio que este é o salto que nos falta dar. Claro que não podemos obrigar a tratar-se quem não quiser, mas que é da identificação da pessoa no consumo para o salto para o tratamento que resulta a nossa principal carência. Algo também relacionado com as salas e de que se fala muito a nível europeu tem a ver com a prevenção das overdoses e com a disponibilização da naloxona.

Por falar em naloxona, a buprenorfina de longa duração entrará ou não no nosso país?

AP – Terá que perguntar ao INFARMED, que me faz chegar os pedidos e que tem a responsabilidade de analisar essas questões...

Enquanto médica cirurgiã, o que sentiu ao entrar nesta “casa” onde terá que tomar decisões políticas?

AP – Não senti nada especial... tenho muitas saudades de operar, mas não me senti impedida desse exercício de intervenção na causa pública. Sinto é que as pessoas não têm noção do quanto trabalhamos aqui. Quem está fora daqui, pensa que este é um mundo de vaidades, mas engana-se. Este é um mundo de trabalho. Posso garantir-lhe que, na maior parte dos dias, eu e a minha equipa trabalhamos entre 14 e mais horas. Este é mesmo um gabinete e um trabalho de equipa e consegui reunir-me dos melhores!

Para terminar, e enquanto tutela o que projeta para o futuro, nesta importante área dos CAD?

AP – Gostaria de pensar uma nova filosofia de tratamento destes utentes. E quando me refiro a estes utentes, não me cinto apenas à problemática da toxicod dependência, mas de todas as adições. De termos, por exemplo, também noção do que são os tempos máximos de resposta garantida nesta área, por que não?

**“PRETENDO QUE QUEM
VIER A SEGUIR, QUE TRARÁ
CERTAMENTE NOVAS IDEIAS,
AS TRABALHE TAMBÉM COM O
DR. JOÃO GOULÃO”**