

Fernando Henrique Cardoso



"O Objetivo da política de Portugal é combater a doença e não os doentes"

(NOV 2011)

Kasia Malinowska



"Portugal provou que uma estratégia baseada no respeito pela dignidade humana e no direito à saúde pode aumentar a segurança pública"

(NOV 2011)

Richard Branson



"A experiência portuguesa de dez anos demonstra claramente que é tempo de acabar com a guerra contra as drogas no mundo inteiro"

(JUN 2014)

Leonor Beleza



"Recordo hoje, com satisfação, a qualidade inexcelável dos profissionais que agarraram esta luta contra a dependência como a sua missão mais importante"

(MAR 2016)

Júlio Machado Vaz



"Sinto-me orgulhoso pela internacionalização do modelo português. Sob muitos aspetos Portugal tornou-se um exemplo a seguir e isso é reconfortante"

(MAR 2016)

Juiz Armando Leandro

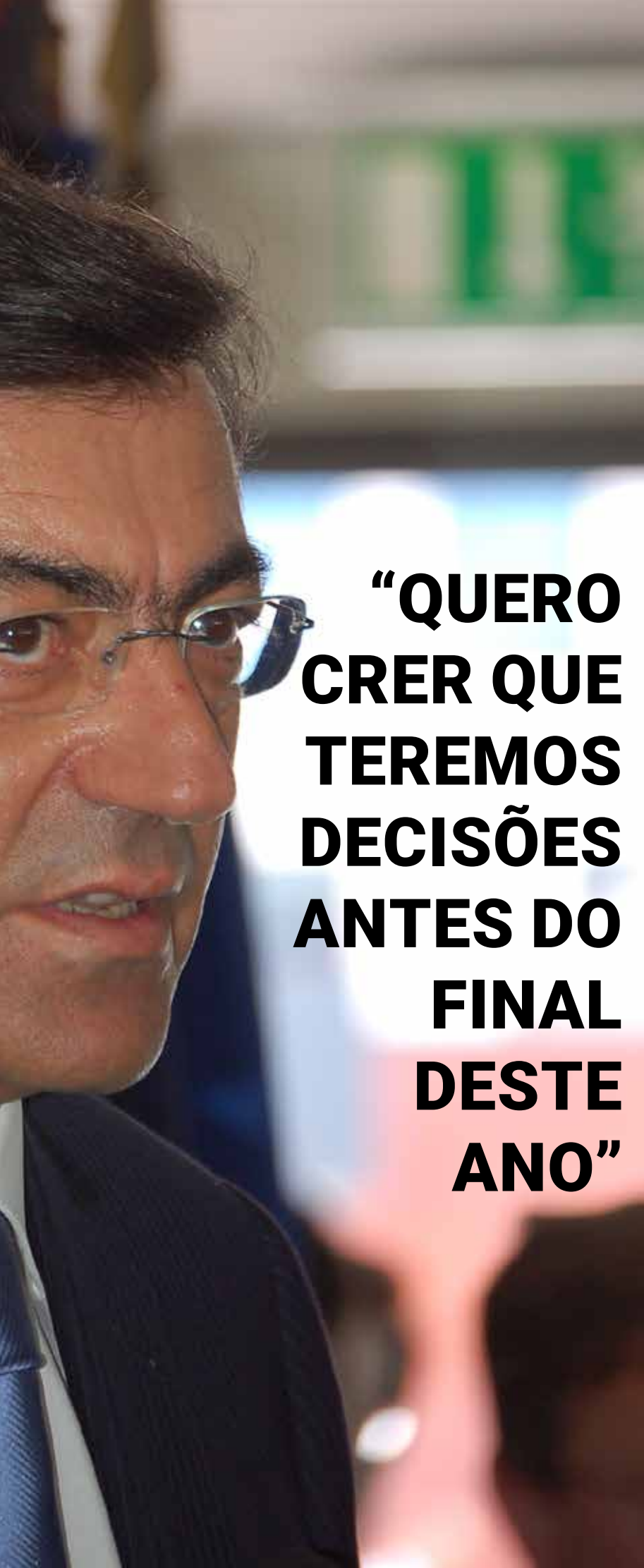


"É reconfortante o prestígio internacional granjeado pela experiência portuguesa de descriminalização do consumo"

(MAR 2016)



João Goulão



**“QUERO
CRER QUE
TEREMOS
DECISÕES
ANTES DO
FINAL
DESTE
ANO”**

Dimitris Avramopoulos



“O problema das drogas não diminuiu, este relatório mostra-nos o caminho para o futuro”

(MAI 2016)

Ministro da Saúde de Cabo Verde



“O modelo português é um exemplo para o mundo”

(JUN 2017)

Alexis Goosdeel, EMCDDA



“Na Europa, temos algo único no mundo há 20 anos: a abordagem equilibrada entre a redução da oferta e a redução da procura e o enfoque desde a perspetiva da saúde pública e Portugal é um país que dá claramente o exemplo a esse nível”

(OUT 2017)

António Guterres, Secretário Geral das Nações Unidas



“Em consonância com os três tratados internacionais de controlo de drogas, apresentei medidas de descriminalização sobre a posse de drogas para uso pessoal, aumentei os recursos destinados para prevenção, tratamento e reinserção social e reforcei a criminalização do tráfico de drogas”

(JUN 2018)

Marta Temido



“Estamos a trabalhar... ainda ontem, houve trabalho interno, ao nível do gabinete do Sr. Secretário de estado que acompanha a área e, quando estivermos perfeitamente estabilizados em termos de modelos alternativos, avançaremos”

(JAN 2020)

Jorge Sampaio



“Regressamos 20 anos atrás e, de facto, tudo era bastante diferente neste domínio. Por isso, acho que este encontro ou celebração pode significar uma transformação em assunto público efetivo que mobilize numerosos atores sociais”

(MAI 2019)

Raquel Duarte



"O vosso trabalho é, como sabem, reconhecido a nível mundial. É com enorme orgulho que, cada vez que vou a uma reunião sobre redução de danos ou o consumo de drogas, Portugal é um

exemplo"

(MAI 2019)

Marcelo Rebelo de Sousa



"Não podemos deixar que os bons resultados das políticas públicas provoquem uma diminuição da importância do tema da droga"

(JUL 2019)

Individualidades, bastonários, governantes enviaram uma carta aberta à Ministra da Saúde



"apelam ao Governo para que valorize de forma adequada o tema da droga e reponha a existência de uma instituição com autonomia e dimensão adequada para lidar com os

problemas dos comportamentos aditivos e as dependências"

(DEZ 2019)

Jody Rich USA



"Vou tentar convencer legisladores, chefes de polícia, de estabelecimentos prisionais e médicos de que a melhor forma para conter a epidemia de drogas e as mortes por overdose no

estado seria adotar um modelo de descriminalização semelhante ao de Portugal.

(JAN 2020)

Adalberto Campos Fernandes



"O Ministério da Saúde e o governo está muito interessado em relançar e recuperar aquilo que foi o prestígio construído e o modelo organizativo de sucesso que existia até 2011".

Fernando Araújo



"Estamos ainda a refletir sobre essa matéria e faz sentido avaliar os resultados, comparar com o que tínhamos no passado e encontrar novas soluções. Penso que, durante este ano de 2016,

faremos seguramente essa avaliação"

(MAR 2016)

"É perfeitamente possível um organismo central articular diretamente com as unidades de intervenção local. O modelo que preconizo neste momento prescinde de estruturas intermédias de coordenação regional". Em entrevista, João Goulão apresenta a sua solução organizacional para a gestão e execução das políticas de CAD para o país, defendendo que o enfoque deverá ser dado à interação e articulação entre um organismo central e as equipas que atuam na primeira linha no terreno. Quanto ao modelo português, alvo de enorme curiosidade internacional, o desabafo não poderia ser outro: "as pessoas vêm visitar-nos e o que temos para dizer é que o nosso modelo era assim..."

Sente nostalgia dos tempos do IDT?

João Goulão (JG) – Francamente, não sei se o termo nostalgia será o adequado... De facto, já passaram oito anos desde as alterações introduzidas às estruturas dedicadas aos comportamentos aditivos e dependências e, ao longo destes anos, foi crescendo a sensação de que esta era uma solução provisória, que nunca foi verdadeiramente consolidada e, desde o início, todos os profissionais tiveram a noção de que haveria uma inevitável perda de eficácia. E durante esta crise mais recente, que estamos ainda a atravessar, essa sensação avolumou-se ainda mais, assim como a necessidade de haver um organismo com a responsabilidade de pensar as políticas e de as executar no terreno, mas falando a uma só voz. E aquilo que vemos e que, insisto, se avolumou durante esta crise foi a dificuldade de assumir posições unívocas, que obriguem o Estado através de uma única entidade em toda esta interação. Nesse sentido, não sei se será nostalgia a palavra adequada, mas sentia-me muito mais confortável... Como sabe, tive o privilégio de presidir o IDT desde 2005 até à sua extinção e continuei como diretor geral do Sicad e estarei à vontade para dizer que não se trata de uma sensação de diminuição de poder, até porque, julgo já ter dado provas, não é por uma questão pessoal que tenho defendido como solução a existência de um organismo único, capaz de desenhar as políticas e de as executar diretamente. Penso que essa solução seria preferível comigo ou com qualquer outro dirigente...

Quando referimos o termo nostalgia, recordamos uma estrutura que transporta um passado marcado por muitas alterações... no início, ainda o Dr. João Goulão era um jovem médico, tivemos uma situação quase pandémica no país, com muitíssimas famílias afetadas, o que levou a que uma equipa de profissionais se unisse, tal como uma família e munida de um enorme espírito de coesão, para responder a um contexto altamente preocupante. Entretanto, ter-se-á perdido eficácia e coesão porque faltou muito apoio a essa "família". É nesse sentido que falamos em nostalgia...

JG – Para além dos afetos, que felizmente se mantêm na maioria dos casos entre os profissionais que partilharam um percurso comum e que, apesar desta pulverização de responsabilidades pelas ARS, ainda partilham, o que se perdeu foi a capacidade de mobilização de massa crítica, de momentos de reflexão, de pensar em conjunto, discutir com muita agilidade os problemas com que eram confrontados... e isso era uma realidade que estava bem presente, quer no SPTT, quer no IDT. Atualmente, é muito mais complicado entendermos o que se passa no terreno. Voltando a este contexto atual e até utilizando as metodologias de comunicação à distância, acabamos por reproduzir um pouco as práticas nesse tempo, ao reunirmos em simultâneo com os responsáveis das DicaD, com as ONG que trabalham na área da redução de riscos e minimização de danos e da reinserção, com as comunidades terapêuticas... mas ainda assim fica a faltar uma quantidade enorme de profissionais da primeira linha, os que estão nos CRI, nas unidades de desabitação ou nas unidades de alcoologia, com quem é muito mais difícil chegar à fala. Só em momentos muito pontuais, como congressos

CHEGOU O TEMPO DE TOMAR DECISÕES!

A política portuguesa para os comportamentos aditivos e dependências sempre assentou numa articulação entre uma rede pública de serviços e uma rede de organizações privadas, IPSS e ONG. Este é um sistema de serviços que tem permitido, nas últimas décadas, o desenvolvimento, em todo o país, de uma organização de serviços integrados no seio da comunidade que se responsabilizam pela prestação dos cuidados, desde o tratamento à reabilitação e com a implementação de programas de prevenção, reinserção e de redução de riscos e de minimização de danos, com verdadeira acessibilidade para todos os cidadãos e sem qualquer discriminação por motivos sócio económicos ou geográficos e desta forma garantindo a responsabilidade pelos cuidados aos doentes e a assistência aos familiares.

Estamos numa época com grandes desafios, onde a problemática da adição põe à prova modelos até então existentes. É uma época em que a qualidade e a sustentabilidade dos serviços de saúde para os comportamentos aditivos e dependências deve passar por uma gestão e definição de uma estratégia nacional que tenha em conta a renovação dos serviços públicos e ajustar as abordagens aos comportamentos aditivos emergentes. Os serviços de proximidade promovidos pela sociedade civil e cofinanciados pelo SICAD evidenciaram, nestes tempos, o seu carácter essencial e permanente na garantia do acesso aos cuidados de saúde em CAD, sendo por isso a altura de (re) pensar a sua sustentabilidade e enquadramento.

Na atual fase de pandemia de Covid-19 os serviços públicos e as outras instituições, conseguiram com esforço adaptar-se aos condicionamentos existentes para continuarem a assegurar os

ou grandes realizações, conseguimos de facto esses momentos de partilha. Durante a existência de organismos de responsabilidade nacional, conseguíamos de facto auscultar e ter as opiniões dos profissionais de primeira linha sobre os problemas com que nos defrontávamos; portanto, nesse sentido, há aqui o sentimento de que algo não funciona com a mesma agilidade com que funcionava anteriormente.

Passo a citar opiniões de duas individualidades, começando por Fernando Henrique Cardoso, que dizia: “Impressionou-me a frase que ouvi do Dr. João Goulão: O objetivo de Portugal é combater a doença e não os doentes” ... Como se sente hoje, ao liderar uma estrutura que visa combater a doença com um corpo desmembrado?

JG – Felizmente, essa é uma cultura que persiste entre os profissionais dedicados a esta área e é algo que faz parte do cerne da política portuguesa relacionada com os CAD. A postura humanista, felizmente, persiste. Do meu ponto de vista, perdemos agilidade e capacidade de resposta, mas, felizmente, essa cultura entre os nossos profissionais de enfrentar a doença - e considera-la como tal - e não as pessoas que sofrem dela, mantém-se. Mas também precisa de ser rapidamente revitalizada e reativada, senão vai-se perdendo.

Kasia Malinowska afirmava que “Portugal provou que uma estratégia baseada no respeito, na dignidade humana e no respeito à saúde aumenta a segurança pública” ... Se assim acontecia nesses tempos, porquê acabar com uma estrutura como o IDT?

JG – Penso que o que presidiu à extinção do IDT teve a ver, por um lado, com um período de plena crise económica que vivíamos... nós estamos habituados a viver sempre em crise... agora temos outra...

... E não será por isso que acabarão com a Direção Geral da Saúde...

JG – Sim, mas a DGS é uma direção geral e ela própria tem também algumas dificuldades de atuação no terreno porque também atua por “interposta pessoa” ... Mas, nessa altura, estávamos em plena intervenção da Troika, com todas aquelas exigências, e os institutos públicos eram apresentados como gastadores e houve como que uma medida generalizada de extinções, fusões e transformações de institutos públicos noutros tipos de organismos. Relativamente ao IDT, a decisão foi a extinção, do meu ponto de vista sobretudo com intuítos de contenção económica; também do meu ponto de vista não se conseguiu nenhum ganho a esse nível porque, na prática, o orçamento do IDT acabou por ser repartido por cinco entidades, o SICAD e cada uma das ARS, sem que tenha havido uma diminuição muito significativa. Houve cortes orçamentais, mas não foram tão severos como os que assistimos noutras áreas. Mas foi sobretudo uma questão de argumento político: extingue-se um instituto público porque, por definição, estes são gastadores. Em contrapartida, perdeu-se claramente eficácia. E acrescentaria que a uniformidade de critérios e a abordagem uniforme ao nível das regiões tem vindo, progressivamente, a deteriorar-se.

Ao fim de todos estes anos, que tipo de modelo organizacional mais se adequaria para se voltar a responder com eficácia à população com problemas relacionados com CAD?

JG – Penso que é perfeitamente possível um organismo central articular diretamente com as unidades de intervenção local. Para além, obviamente, de alguma logística que precisará de ser pensada no sentido de assegurar o metabolismo básico das unidades, ao nível da gestão do pessoal e da gestão clínica e com algum reforço dos serviços centrais - e com o tirocínio que ainda por cima tivemos agora da possibilidade de agir à distância, utilizando estas ferramentas com as quais nos familiarizámos nos últimos meses - penso que é perfeitamente

cuidados de saúde a esta população. Sabemos que trabalhamos com uma população muito vulnerável a esta infeção e, no entanto, seja na consulta, no internamento ou mesmo na população de rua existem poucas referências a casos positivos ao Covid-19. Temos consciência que as medidas de isolamento podem aumentar a vulnerabilidade para comportamentos aditivos causando maior instabilidade. E, estes, não são apenas problemáticos para o indivíduo, mas também para as famílias e para sociedade como um todo.

Este saber fazer de muitos anos, que constitui um património técnico/profissional e científico, desde sempre colocado ao serviço da comunidade, a par da criação de uma rede articulada através de valências e serviços são os elementos indispensáveis de uma resposta aos comportamentos aditivos, por isso parte integrante de uma política que entendemos dever ter continuidade.

Já é tempo de se tomarem decisões!

Assim os Signatários deste documento em representação da Sociedade Civil vêm pedir uma resolução urgente deste impasse dos serviços com graves implicações no futuro das nossas comunidades



José Sócrates



“Nem sempre vence o preconceito” O think tank que conduziu ao melhor modelo do mundo

(MAR 2016)

Assembleia da República



Assembleia da República aprova aditamento ao Orçamento de Estado: “Nova Estrutura de combate à toxicod dependência, ao alcoolismo e a outras dependências, à vista”

(NOV 2016)

Elza Pais, Deputada do PS



“O que se destrói em quatro anos leva muito tempo a reconstruir” “Garantir articulação e sustentabilidade dentro do SNS” “Independentemente do modelo que vier a ser adotado deve ser garantido uma es-

tratégia de intervenção integrada para impedir a segmentação de respostas como aconteceu”

(MAR 2018)

Laura Magalhães, Deputada PSD



“Relativamente às preocupações que aqui levantaram, comprometo-me a fazer chegar ao Grupo Parlamentar do PSD para as trabalharmos em conjunto, para repor os índices de qualidade que anteriormente existiam”

(MAI 2016)

Carla Cruz Deputada do PCP



“Temos de recuperar a resposta nacional de qualidade, o que passa pela reconstrução de uma entidade pública que esteja ligada ao SNS, que articule com os cuidados de saúde primários e

que tenha essa responsabilidade desde o planeamento até à operacionalização e intervenção no terreno, em articulação com as outras estruturas, com as equipas de rua e instituições que trabalhem na área da prevenção”

(MAI 2016)

Moisés Ferreira, Deputado do BE



“Temos construído algumas propostas que apontam, nomeadamente, para a necessidade de se promover novamente uma integração ou uma desfragmentação do que foi fragmentado e a hipótese de estas respostas serem integradas no SNS”

(MAI 2016)

André Silva Deputado do PAN



"Propomos uma única entidade vertical para o combate a droga e toxicoddependência"

(MAR 2018)

Galriça Neto, Deputada do CDS/PP



***"Reconhecemos o trabalho meritório destes profissionais"
"Há um trabalho meritório desenvolvido, desde há anos, primeiro no IDT e depois no SICAD, por equipas empenhadas e de elevado profissionalismo."***

(MAR 2018)

Padre Feytor Pinto



"O Modelo Português, hoje, é reconhecido internacionalmente pelo grande rigor científico e notável eficácia. O trabalho desenvolvido, de maneira integrada e nas suas várias valências, foi conhecido na Europa"

(MAR 2016)

Fernando Leal da Costa



***"Foram dados passos importantes na direção que pretendíamos"
"Mantivemos um modelo que continua a merecer o elogio e aplauso"***

(JAN 2014)

Adictologia



(ABR/MAI 2014)

"Portugal tem 30 anos de experiência acumulada na intervenção da toxicoddependência que não pode perder"

Grupo de Aveiro



"O insucesso do processo de integração nas ARS e a progressiva destruição da Rede de Serviços do Ex-IDT está a desestruturar os cuidados às pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências"

(FEV 2017)

possível gerir as unidades a partir de um organismo central. Portanto, o modelo que preconizo neste momento prescinde de estruturas intermédias de coordenação regional.

Entretanto, quem conhece esta área continua a testemunhar a insatisfação de tantos técnicos que dedicam, nesta fase com impotência, uma vida a uma causa cada vez mais ignorada do ponto de vista político, sendo que há muitos problemas relacionados com CAD por resolver?

JG – Sim, é um facto e mais uma vez a importância da interação direta entre quem tem a possibilidade de organizar as respostas, de fazer os documentos diretores da intervenção com quem está na primeira linha. Esta interação direta é fundamental. Mais uma vez, tivemos recentemente um exemplo prático da importância dessa interação: quando reunimos com as ONG que estão na primeira linha da reinserção e da redução de danos, conseguimos identificar algumas das necessidades mais sentidas a esse nível pela população utilizadora de substâncias ou dependente de outros comportamentos de uma forma muito mais clara do que conseguimos obter através dos relatórios, por mais bem feitos que sejam. E conseguimos reagir à distância sem a existência de estruturas locais, de uma forma mais eficaz do que habitualmente. Por exemplo, uma das enormes carências reportadas por essas organizações prendia-se com a disponibilidade de equipamentos de proteção individual. Não tinham meios nem os conseguiam encontrar no mercado. Pois, nós fizemos aquisições centralizadas e fizemo-los chegar diretamente ao terreno, sem que isso tivesse de passar por estruturas intermédias que fizessem essa distribuição.

Tenho testemunhado queixas de familiares de doentes que se sentem abandonados porque há CRIs que não estão a funcionar... Entretanto, as críticas viram-se para o Sicad... considera-as justas?

JG – Não! De todo não é justo porque não temos nenhum papel na gestão direta dessas equipas. As únicas equipas que têm alguma interação direta connosco são as CDT e essas nunca interromperam as suas atividades, encontraram alternativas exercidas à distância, mas é evidente que as CDT têm características bem diferentes das unidades de tratamento ou de desabilitação e não têm o mesmo impacto na vida dos cidadãos. Ainda assim, de acordo com as orientações e com as resoluções do conselho de ministros, fomos procedendo ao desconfinamento e retomando a atividade e, neste momento, estão a funcionar e a atender os seus clientes de uma forma já muito próxima da normalidade. E parece-me que teríamos já condições, com as precauções adequadas e seguindo as normas que vão sendo emanadas pela DGS, e à semelhança do que vai acontecendo com todas as unidades do SNS, para retomarmos uma atividade próxima do normal no atendimento aos nossos concidadãos. Mas insisto que essa não é uma responsabilidade que possa ser assacada ao Sicad.

Confirma que os resultados dos estudos dos últimos anos, que confirmam aumentos de consumos em vários indicadores, podem também ser atribuídos à existência de um modelo desadequado, de difícil articulação e com pouca autonomia?

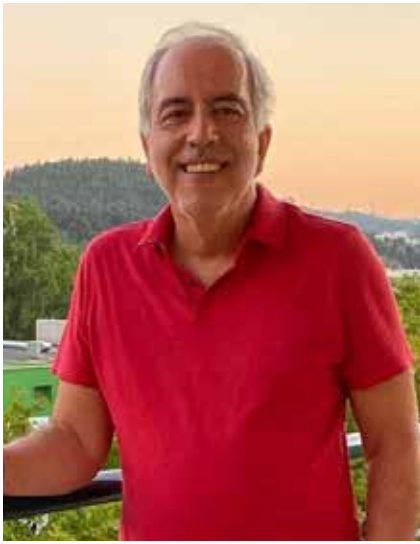
JG – É evidente que as necessidades atuais são diferentes das que existiam anteriormente e esta situação pandémica que estamos a viver acentua essas mesmas necessidades, sendo preciso reagir e dar respostas. De facto, não temos os instrumentos práticos para oferecer essas respostas.

Entretanto, continua a receber os mais altos elogios internacionais face ao ainda propalado modelo português que, a nível nacional, vai sendo "ignorado" ...

JG – O que é de alguma forma irónico e triste é que continuamos a ser objeto de enorme curiosidade internacional, as pessoas vêm visitar-nos e o que temos para dizer é que o nosso modelo "era" assim... Os anos vão passando e, cada vez mais, estamos a partilhar um modelo que já não é exatamente aquilo que temos no terreno. Era bom fazer corresponder a sombra ao objeto que a provoca.

Tem esperança de ver, em breve, aprovada a implementação de um novo modelo organizacional, chamemos-lhe vertical ou não, mas que verdadeiramente responda às necessidades das pessoas?

JG – Eu quero crer que, assim que a situação atual nos dê alguma folga, e nomeadamente aos decisores políticos, à nossa tutela direta, se retome também a análise deste dossier, que nos primeiros meses deste ano parecia bem encaminhado para uma tomada de decisão. É evidente que é compreensível que outro tipo de preocupações assumiu, entretanto prioridades, mas quero crer que estaremos na altura, quanto mais não seja após o período de férias de verão, de este dossier ser retomado e de haver decisões que, acredito, poderão acontecer antes do final deste ano.



Entrevista com Rocha Almeida:

“ESTAMOS A ENTRAR NUM PROCESSO DE MORTE LENTA DOS SERVIÇOS E NÃO TEMOS CAPACIDADE PARA DAR RESPOSTA A TODAS AS SOLICITAÇÕES”

Sente algum tipo de nostalgia dos tempos do extinto IDT?

Rocha Almeida (RA) – (risos)... naturalmente, as coisas evoluem... o IDT foi um período rico e muito importante na resolução do problema das adições. Mas é importante referir que antes do IDT houve o SPTT e antes deste ainda houve o CEPD, isto é, desde 1975 que a política portuguesa sobre as drogas soube acompanhar a evolução de um fenómeno em permanente mudança não só em relação aos padrões de consumo, mas muito especialmente em relação ao conhecimento científico do fenómeno das adições. Por isso, ao longo destes anos, o que aconteceu não foi propriamente uma mudança de siglas, mas sim uma evolução no modelo de intervenção em adições com os resultados positivos que se conhecem e que é reconhecido a nível internacional.

É evidente que, quando o IDT foi extinto pensávamos numa continuidade desta política, até porque há novos desafios, os problemas relacionados com o jogo, a internet, as novas substâncias psicoativas, mas o que verificamos é que desde 2011 ficamos parados a aguardar decisões e esta paragem está a trazer consequências graves.

A sua pergunta é importante porque importa referir que o que nos move não é o saudosismo, mas sim pensar no futuro da intervenção em adições uma vez que o problema não deixou de existir no nosso país

O povo costuma dizer que em equipa que ganha não se mexe... porquê então mudar naquela altura em que tínhamos um modelo seguido e replicado mundialmente e, atualmente, quando as coisas não funcionam como seria desejável, não se muda?

RA – O porquê de se ter mudado naquela altura é uma resposta que nunca nos deram e a prova disso é que o IDT foi extinto em 2011 e, de 2011 até agora, foram feitos dois grupos de trabalho para definir uma nova estrutura e têm sido realizadas múltiplas reuniões, inclusivamente ao nível da Assembleia da República, e o facto é que nunca ninguém nos explicou o porquê de ter sido extinto o IDT. Visto à distância, creio que perante uma patologia tão sensível como é esta das adições, uma decisão como aquela deveria ter sido imediatamente acautelada em termos futuros. Se a opção era extinguir o IDT, deveria ter sido imediatamente definida a forma como iríamos resolver o problema das adições em Portugal e isso nunca foi definido nem pensado, daí a nossa estranheza em todo este processo. Qual foi o critério ou objetivo específico? Não sabemos.

Se naquela altura em que as coisas corriam bem se mudou e, após isso, a comunidade técnica tem sido unânime em considerar que a atual orgânica não serve nem os utentes nem quem intervém nesta área, a questão impõe-se: por que não mudar novamente quando mesmo os decisores políticos anunciam essa mudança há mais de quatro anos?

RA – Na semana passada, na sequência de um pedido de audiência que formulámos ainda antes desta pandemia à Sra. Ministra da Saúde, que nos encaminhou na altura para o Sr. Secretário de Estado que detém este pelouro, tivemos essa mesma audiência. O que solicitámos foi uma decisão, uma vez que os serviços se encontram numa situação de enorme indefinição relativamente ao seu modelo organizativo. Essa inde-

Emídio Abrantes



“As unidades de desabituação, quer do Porto, quer de Coimbra e Lisboa, continuam encerradas; as Unidades de Alcoologia de Lisboa e Coimbra mantêm os internamentos encerrados sem prazos para a reabertura e há equipas de tratamento a trabalhar a meio tempo por falta de recursos humanos”

(MAI 2020)

Álvaro Pereira



“A ENLCD / modelo português pode ser considerado como um marco civilizacional, revolucionário até, na medida em que, afrontando o pensamento então dominante, rompeu com um grande número de dogmas acriticamente aceites, sem qualquer sustentabilidade científica

(MAR 2016)

Fernando Mendes



“Um casamento perfeito entre a política e os profissionais no terreno”

(MAR 2016)

Manuel Pizarro



“A decisão de extinção do IDT foi uma decisão de preconceito político”

(NOV 2016)

Alexandre Quintanilha



“As pessoas vinham ter connosco, emocionadas, para nos agradecerem o que estávamos a fazer”

(OUT 2017)

Nuno Miguel



“A extinção do IDT com a consequente criação do SICAD, não fez qualquer sentido. É fundamental manter um serviço vertical.

(FEV 2017)

João Goulão



"o que sentimos é uma limitação na capacidade prática de as enfrentar, seja pelo desenho atual da estrutura ou na deficiência na articulação entre as estruturas dedicadas a esta temática dos

CAD, seja mesmo pela indefinição quanto ao escopo da coordenação nacional, o que também nos fragiliza"

(OUT 2019)

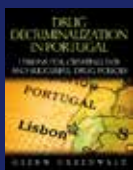
Manuel Cardoso



"O humanismo e o pragmatismo é um enorme factor de sucesso na nossa política"

(MAR 2016)

Glenn Greenwald



"Portugal um exemplo para o mundo"



"Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas"

Papa Francisco



"Não podemos cair na injustiça e classificar os toxicodependentes como objetos (...) esta luta é "difícil" e agradeço a quem dá a cara, e mesmo, recebendo intimidações, não têm medo de defender a dignidade humana

Paulo Macedo



"O SICAD passou a integrar os diversos tipos de dependências, este plano, de longo prazo face ao anterior, visa precisamente esta maior integração, assim como a obtenção de sinergias entre os centros de tratamento e a rede do Serviço Nacional de Saúde"

(JUN 2014)

finição, para além de ter trazido alguma angústia não só aos utentes, mas também aos profissionais, tem levado a um significativo desinvestimento nesta área. Vemos hoje profissionais a saírem, ou por aposentação ou porque emigraram ou porque pediram mobilidade para outros serviços, que não têm sido substituídos. E estamos a entrar num processo de morte lenta destes serviços e chegámos a um ponto em que não temos capacidade para dar resposta a todas as solicitações. Foi isso que fomos dizer ao Sr. Secretário de Estado, que se tinha comprometido na Assembleia da República de apresentar um modelo para estes serviços até ao final do primeiro semestre de 2020. O que nos foi transmitido foi que, devido a esta situação de pandemia, não houve a possibilidade de dar essa resposta até ao momento. Insistimos que, compreendendo a complexidade da situação atual, precisamos mesmo de uma decisão sobre o futuro e o modelo organizativo destes serviços. Na situação atual, temos duas estruturas a funcionar nesta área, o Sicad e as ARS, com competências e sensibilidades muito diferentes, o que torna complicado o desenvolvimento do nosso trabalho. Perante isso, recebemos o feedback do Sr. Secretário de Estado que irá tentar fazer sair o documento que tinha previsto apresentar em junho, mas não se comprometeu com uma data.

Perante o cenário atual, que tipo de modelo mais se adequaria?

RA – Creio que há dois aspetos que seria muito importante que fossem definidos de uma vez por todas. Em primeiro lugar, precisamos de definir se estes serviços são ou não necessários ao nível das estruturas de saúde do nosso país. A competência em adictologia clínica, aprovada na Ordem dos Médicos sobre proposta da Associação Portuguesa de Adictologia, vem exatamente provar a necessidade de especialização nesta área não só em termos de tratamento, mas também ao nível das outras áreas de intervenção. Se a conclusão é que existe efetivamente necessidade destes serviços, já existe uma rede montada que cobre todo o país. E se existe essa rede de serviços e se a mesma sempre funcionou bem, com a mesma ficha informática e num serviço vertical, penso que teremos de enveredar por um serviço deste género, vertical, dependendo de uma instituição que tenha sensibilidade para com esta área específica e que acompanhe a evolução das adições nas várias vertentes. Já tivemos um problema grave com a heroína e com doenças infetocontagiosas associadas ao consumo injetável, tivemos capacidade para dar resposta, agora são novos os desafios que se levantam e penso que devemos aproveitar a rede montada, com técnicos com experiência de muitos anos de intervenção, recentemente comprovada e atestada através da criação da competência em adictologia clínica e certamente que outras ordens profissionais terão também a oportunidade de criar a sua competência nesta área. Mas é importante que a articulação/referenciação com outros serviços de saúde seja uma realidade, não faz sentido estarmos isolados dos outros serviços de saúde. Infelizmente, a integração dos nossos serviços nas ARS não conseguiu resolver este problema da articulação com os cuidados primários e os serviços hospitalares e continuamos com as mesmas dificuldades que sempre sentimos na articulação com esses serviços.

Sabemos face aos estudos recentemente publicados que, em vários indicadores, têm havido subidas nos consumos, sobretudo de álcool, canábis, tabaco e outras substâncias, inclusivamente entre a população feminina... Em que medida poderá isto cruzar-se com a atual inexistência de um modelo organizacional adequado e eficiente?

RA – Como é evidente, a intervenção nesta área não se faz apenas ao nível do tratamento e, portanto, há outras intervenções que têm de ser asseguradas. O modelo que tínhamos era integrado com as várias valências, com a área da prevenção, RRMD, tratamento e reinserção e, como é evidente, se começam a falhar algumas áreas, isso terá inevitáveis consequências. Penso que o facto de não haver uma coordenação nacional que consiga elencar todas essas necessidades em termos das várias áreas de intervenção para depois os serviços atuarem localmente prejudica a nossa intervenção no terreno e isso pode originar algum aumento nos consumos. Por isso dizemos que precisamos de uma decisão, para que seja definido um modelo estrutural e para que depois se comece a pensar seriamente nesta intervenção mais integrada. Recordo que temos programas de intervenção comunitária muito importantes alguns já vinham do IDT e que agora pertencem ao SICAD, os quais temos atualmente alguma dificuldade em implementar porque carecemos de autorização por parte de outra estrutura, que é a ARS, uma vez que os CRI não têm autonomia para tomar essa decisão.



ORDEM DOS MÉDICOS RECONHECE COMPETÊNCIA EM ADICTOLOGIA CLÍNICA

O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos homologou, no dia 24 de junho, os critérios de admissão por consenso na competência de Adictologia Clínica, publicando um documento que reconhece a importância da especialização no SNS e da experiência acumulada por parte dos profissionais de medicina na área dos CAD.

No documento, pode ler-se que: "Considerando que a doença da adição integra um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos, fisiológicos, sociais, económicos e jurídicos, que se desenvolvem após experiência repetida de estímulos psicoativos, que produzam estados emocionais recompensadores. Estes estímulos podem ser desencadeados por substâncias psicoativas ou por atividades igualmente reforçadoras do prazer (jogo, internet, sexo, etc.); se trata de uma doença crónica recidivante cuja etiologia resulta de interações complexas entre variáveis genéticas, neurobiológicas, psíquicas, psicológicas e ambientais; se revela pela necessidade imperiosa, recorrente e incontrolável em aceder ao estímulo psicoativo, persistindo nessa determinação apesar das consequências negativas que eventualmente produza aos vários níveis da sua vida (pessoal, familiar, escolar/profissional e social) e se manifesta por um quadro comportamental de contornos predominantemente auto-agressivos; dada a complexidade da doença, em razão da sua causalidade multifatorial, a sua avaliação diagnóstica e tratamento apresenta características próprias que requerem um conhecimento especializado em diferentes domínios e uma intervenção multidisciplinar"... "Assim, esta comissão propõe um conjunto de critérios para admissão por consenso para se obter esta competência, assentes nos considerados atrás explicitados. Estes critérios basearam-se na análise da prática mais corrente da Medicina da Adição, bem como naquilo que esta comissão entendeu serem os fundamentos para uma admissão à competência em Adictologia Clínica.

Neste sentido foram definidas quatro áreas conectadas com a prática da adictologia clínica: prática clínica, formação teórica, atividade científica na área e área de coordenação de equipas/serviços no âmbito da medicina da adição. Destas quatro áreas, entendeu-se dar maior relevância à prática clínica em razão do seu peso na prática em Portugal.

As restantes áreas foram escolhidas por importância da formação (ministrada ou recebida) para este domínio específico, produção de conhecimento neste domínio através da atividade científica ou exercício de cargos de direção ou coordenação de equipas em contexto da medicina da adição.

Em razão da fundamentação atrás explicitada, os candidatos à competência devem preencher os critérios de acordo com os seguintes parâmetros: Prática clínica nos serviços públicos dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) – Critério 1 – obrigatório; Prática clínica em Serviços de Psiquiatria ou em Hospitais Psiquiátricos; serviços públicos de Cuidados Primários com consultas descentralizadas em CAD – Critério 1 - Obrigatório + Critério 2 – obrigatório quanto à formação recebida; Consultas de qualquer especialidade médica com prática clínica em CAD nos serviços públicos; prática clínica em CAD em serviços privados licenciados pelo Ministério da Saúde – Critério 1 – obrigatório; Critério 2 – obrigatório quanto à formação recebida + cumprir 1 critério entre Formação ministrada/Atividade Científica/Coordenação de Equipas/Serviços.

Os candidatos devem apresentar, para além do CV, toda a documentação relevante que permita aferir a aplicação dos critérios de admissão.

A propósito, Dependências entrevistou Rui Tato Marinho, um dos membros da Direção deste processo.

Cândido da Agra



(FEV 2016)

"É um momento muito forte em toda a minha carreira académica porque criou as condições para concretizar o que sempre defendi: os trabalhos científicos devem ser plasmados em políticas criminais"

Gabriel Rossi, Uruguai



"No Uruguai fala-se muito do modelo português"

(MAR 2017)

Guilherme Castanho, Colômbia



"O mundo aprendeu muito com o modelo Português"

(MAR 2017)

José Júlio - EPP (Custóias)



"Temos resultados de excelência na Unidade Livre de Drogas"

(SET 2017)

Silvia Asandi



"Vir cá, aprender e apresentar ao governo da Roménia o vosso modelo"

(DEZ 2017)

Ministro da Saúde da Noruega



"A Noruega passará em breve a integrar o leque de países que decidiram seguir o exemplo português neste domínio"

(FEV 2018)

Austrália



"inspira-se no modelo português"

(JUN 2018)

Portugal



acolhe Reunião de responsáveis nacionais para os problemas da droga e do uso nocivo do álcool dos Países de Língua Portuguesa
(FEV 2018)

Ministra Irlandesa



Manifestou interesse em recolher informação detalhada sobre a política portuguesa em matéria de comportamentos aditivos e dependências, designadamente a implementação da Lei da Descriminalização e os resultados alcançados desde 2001.

(JUN 2019)

Maria Antónia Almeida Santos, PS



“Estamos em boa altura de poder fazer novamente um aperfeiçoamento do modelo”

(NOV 2016)

Jorge Machado deputado do PCP



“Houve uma deliberada intenção de desmantelamento das respostas”

(MAI 2016)

Diana Ferreira, deputada do PCP



“O Estado Central tem de reforçar o investimento e a disponibilidade de meios humanos na área das toxicodependências”

(DEZ 2019)

Carlos Vasconcelos



“o processo de destruição esteve em curso; falta de recursos humanos nos nossos serviços, designadamente a falta de médicos e de enfermeiros e a dificuldade que temos em repor elementos que vão saindo por reforma, doença ou até falecimento”

(MAR 2016)

O que originou este processo que parece dar finalmente razão a quem afirma há tantos anos que é necessária uma especialização para intervir nesta área das adições?

Rui Tato Marinho (RM) – Embora não tenha sido eu a liderar este processo, mas sim um colega da Psiquiatria, João Marques Teixeira, diria que se pretendeu dar corpo a um problema que é da saúde pública e da sociedade moderna, particularmente em Portugal, por vários aspetos. E foi congregar pessoas com muita experiência no terreno, em vários domínios, até porque esta é uma área multidisciplinar e com múltiplos impactos, e foi sentar à mesma mesa um grupo de pessoas com diferenciações diversas, fazer considerandos acerca do problema da saúde pública, hospitalar e mental para estabelecer critérios objetivos e para chamar as pessoas que estão no terreno e acumulam muito saber desenvolvido nesta área. Creio que isto vai contribuir para ouvirmos várias opiniões, repensar, potenciar o desenvolvimento científico e fazer com que as coisas avancem...

A partir da concretização deste processo, parece que esta área de intervenção passa a ser plenamente profissionalizada, e não será qualquer clínico que poderá intervir em adições...

RM – O futuro logo se verá mas creio que estamos perante uma mudança de paradigma porque isto vai congrega profissionais com experiência nas consequências no fígado, outros na saúde pública, outros na saúde mental, outros na medicina interna, outros nas adições, mais no terreno, outros em comunidades de álcool e drogas... e todos somos precisos. É difícil, neste momento, termos uma espécie de superespecialista que saiba tudo sobre adições, desde a parte mental à estratégica e à das consequências orgânicas. Por isso, creio que é muito positivo estarem todos no mesmo terreno e reconhecer que, independentemente da especialidade, aquela pessoa sabe do que está a falar e, além disso, tem os contactos de uma rede fundamental para a articulação. Aliás, devo dizer a título pessoal que, no desenvolvimento da competência e dos critérios, aprendi imenso e considerei muito importante que estas pessoas de diferentes áreas estivessem à mesma mesa.

Como sabemos, nesta área dos CAD, a articulação entre os profissionais do terreno é fundamental quando se pensa sobretudo em referenciação para algumas especialidades. Em que medida poderá este processo favorecer também essa articulação e referenciação?

RM – Creio que sim... Isto vai abrir uma “Caixa de Pandora” porque as pessoas de várias especialidades que estão interessadas nesta área vão poder concorrer e, havendo uma lista, poderá começar a fazer-se reuniões, quem não entrou mas pretende entrar começa a ver o programa, os objetivos específicos, serão eventualmente realizados congressos, publicação de consensos... Muitas especialidades médicas começaram assim, como sucedeu com a Gastreenterologia, há 60 anos...

No seio da comunidade técnica interventora em CAD é unânime a ineficácia do atual modelo organizacional, que se encontra após a extinção do IDT desprovida de uma coordenação nacional. Reclama-se um modelo vertical, como o que existia quando por todo o mundo se falava do modelo português mas, até ao momento, nenhuma decisão política foi tomada... Já teve algum eco desta realidade no seu exercício ou contactos?

RM – Confesso que não gostaria de me intrometer nessa discussão porque não conheço o suficiente mas, em relação às principais consequências das adições, nomeadamente as doenças hepáticas, e em que a principal causa de morte são as overdoses, o país precisa de maior atenção, algo que já reclamámos há imenso tempo. Creio o adicto devia ser perspectivado no seu problema global e multidisciplinar e não apenas no domínio psiquiátrico ou criminal.



Membros da Direcção

João Eduardo Marques Teixeira – Coordenador
Rodrigo Maria Pinto de Sousa Coutinho
João Nunes Lopes Curto
Maria da Graça de Figueiredo Vilar
Rui António Rocha Tato Marinho
José Alfredo Viegas da Conceição Vieira
José Manuel Marques Miragaia



PAULA SANTOS, GRUPO PARLAMENTAR DO PCP

“Desde o primeiro momento o PCP se opôs à desestruturação da resposta pública na área dos comportamentos aditivos e das dependências, com a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência e a transferência de toda a intervenção operacional para as Administrações Regionais de Saúde, e defendemos a criação de uma estrutura especializada com autonomia administrativa e financeira.

A extinção do IDT constituiu um retrocesso na estratégia de prevenção e tratamento nos comportamentos aditivos e nas dependências que aquele organismo desenvolvia com resultados reconhecidos no plano nacional e internacional.

Registaram-se desigualdades e falta de uniformidade nas respostas. Registou-se uma profunda desmotivação dos profissionais de saúde, levando a que muitos tenham saído dos Centros de Respostas Integradas. Agravaram-se as carências, sobretudo de profissionais de saúde nos Centros de Respostas Integradas. Passados estes anos a realidade revela que não houve vantagens e que se degradou a prestação de cuidados nesta área.

Por isso, acompanhamos os profissionais e os técnicos na reivindicação da criação desta estrutura na área dos comportamentos aditivos e dependências, que permita dar coerência na intervenção pública. Ainda no âmbito da discussão do Orçamento do Estado para 2020 o PCP propôs a criação de uma estrutura na área dos comportamentos aditivos e das dependências, tendo sido rejeitada com os votos contra de PS, PSD e IL e a abstenção de CDS e Chega. Consideramos que é fundamental a criação da estrutura para reforçar a estratégia nacional de Coordenação, Planeamento, Investigação e Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, acompanhada do investimento nos meios adequados à intervenção neste âmbito.”

A Revista Dependências, lamenta profundamente a morte do Psiquiatra Dr. João Tavares

Há cerca de 2 anos teve uma paragem cardiorrespiratória em plena consulta, na unidade de Aqualva-Cacém; embora tenha sido possível a reanimação, ficou com sequelas graves e tem estado institucionalizado desde então. Morreu no dia 30 de julho, dia em que completava 68 anos de idade.

À Família e aos Colegas que com ele trabalharam e que o conheciam mais de perto enviamos um emocionado abraço de sentido pesar.



Diniz Cortes



“O modelo português transporta consigo a noção de continuidade na intervenção”

(MAR 2016)

Paula Marques



“A inovação leva anos a ser reconhecida”

(MAR 2016)

Rodrigo Coutinho



“Foi o conjunto das intervenções inscritas na ENLCD, que, ao aumentarem muito significativamente a procura e a adesão ao tratamento, aumentaram substancialmente a eficácia das estratégias de intervenção, conforme evidenciado nos relatórios nacionais e internacionais pela descida de todos os indicadores de severidade nesta população em Portugal.

(MAR 2016)

Ana Feijão



“Garantir integridade da resposta às dependências”

(NOV 2016)

Júlio Roque



“A indefinição orgânica que temos vivido é preocupante”

(JUN 2017)

Torres Freixo



“A exaustão dos profissionais é uma ameaça real”

(SET 2017)

Miguel Vasconcelos



“Se tivesse que escolher um presente ao nível dos serviços, pediria um serviço nacional vertical”

(NOV 2017)