

# dependências

Parceiro do Plano  
Nacional de Saúde 2014



Plano Nacional de Saúde  
2013-2016



Alexis Goosdeel, Director do EMCDDA:

**“Pretendo que este seja um observatório do futuro das drogas e não apenas do passado”**

# “ContrADIÇÃO”



Vivemos num mundo (1%) de ricos, cheio (99%) de pobres... Um mundo cada vez mais desigual e mais miserável política, económica e socialmente... seja pela guerra, corrupção, pelo crime ou pelo tráfico de pessoas, armas ou droga... vivemos num mundo onde os ricos parasitam os pobres e os pobres vivem parasitando por iniciativa dos ricos. É a eterna dependência sem substância efectiva mas que causa danos irreparáveis e contagiantes numa sociedade doente, deprimida e viciada, incapaz de se tratar porque os parasitadores conseguem convencer os parasitados de que não existe solução nem fármaco para esta doença social provocada pelo vírus da ganância e do poder... Estou a falar de uma sociedade doente que, apesar da cura, não interessa tratar nem sarar porque não dá jeito. E o melhor será mesmo manter a doença e o doente controlado com suspensão prolongada por baixa de direitos ou por direitos excluídos.

Vivemos num mundo virtual, em que aceitamos o inaceitável, que admitimos o inadmissível, que falamos de humanização desumanizando, e que fechamos os olhos as mais torpes e horrorosas violações dos direitos humanos. Não nos equivoquemos, caminhamos seriamente para um beco sem saída porque continuamos a viver num mundo de “meia dúzia” de ricos esquecendo que o mundo dos pobres onde milhões de crianças não dispõem do

mais elementar direito, a um pouco de pão e à vida.

Vivemos num mundo doente, em que alguns doentes infectados teimam em afectar o sistema da “bem dita democracia”, que de vez em quando lá vai conseguindo para o “pobre povo” uma consulta da especialidade medicada no período eleitoral, a quem se atribui uma caixa de promessas que deverá tomar todos os dias de manhã à tarde e à noite mas só durante a campanha. Não deve guardar as promessas nem misturar as cores para evitar ter mais tarde uma recaída e voltar tudo ao mesmo.

Esta é uma perigosa doença contagiosa. Contraindo-se nos paraísos fiscais, apegando-se a um todo sistema financeiro mas só atinge as pessoas mais debilitadas económica e socialmente e aos pobres menos informados e menos resistentes, que continuarão dependentes de uma doença que se chama poder ou valor da moeda... Também há quem encontre no crack a origem desta doença que afecta muitos especuladores que não a diagnosticaram. Apesar dos múltiplos meios de diagnóstico, fizeram uma má radiografia da situação, não tomaram os cuidados devidos, não souberam proteger as causas, não viram prescritos os medicamentos adequados e não souberam ler os resultados das análises, ficaram infectados e acabaram por contaminar os pobres doentes já por si muito debilitados... Esta doença é pratica-

mente incurável. Ela é o cancro que nunca ninguém se preparou para receber, nem está preparado para tratar. Esta é a doença que infectou muitas pessoas na Grécia, Portugal, Espanha, Chipre ou Irlanda porque os seus povos não estavam vacinados... Mas como vacinar quando nem sequer havia um diagnóstico correcto da situação? Não há médico algum que possa prever o fim da epidemia que devastou e vai continuar a devastar os povos afectados por uma doença chamada adição ao dinheiro. É um escândalo que os 85 mais ricos do mundo tenham o mesmo património da metade da população mundial. Como se explica que 1% destas famílias sejam donas de quase metade de toda a riqueza do mundo? Não existem adjetivos que possam explicar a gravíssima e escandalosa desigualdade que se vive em pleno século XXI.

Falamos de uma doença crónica ligada à máquina do poder, sem saber quando a mesma será desligada. Talvez a esperança resida mesmo num qualquer engenheiro informático. Um daqueles que, em vez de insistir em funções como o page up ou page down, reinvente um reset ou um format. É que o passado demonstra que os alicerces do presente são completamente frágeis... É preciso acabar com esta Adição!

Sérgio Oliveira,  
director

## FICHA TÉCNICA

**Propriedade, Redacção e Direcção:** News-Coop - Informação e Comunicação, CRL; Rua António Ramalho, 600E; 4460-240 Senhora da Hora Matosinhos; Publicação periódica mensal registada no ICS com o nº 124 854. Tiragem: 12 000 exemplares. Contactos: 220 966 727 / 916 899 539; sergio.oliveira@newscoop.pt; www.dependencias.pt **Director:** Sérgio Oliveira **Editor:** António Sérgio **Administrativo:** António Alexandre **Colaboração:** Mireia Pascual **Produção Gráfica:** Ana Oliveira **Impressão:** Multitema

Entrevista com Alexis Goosdeel, o novo Director do EMCDDA:

## “Pretendo que este seja um observatório do futuro das drogas e não apenas do passado”

*O belga Alexis Goosdeel é o novo Director do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA), sediado em Lisboa. Na sequência de um concurso público, o Conselho de Administração da agência, reunido em setembro último em Lisboa, entrevistou três candidatos ao cargo constantes de uma lista restrita elaborada em julho pela Comissão Europeia e elegeu Alexis Goosdeel, por voto secreto, com uma maioria superior a dois terços. Goosdeel, de 56 anos, entrou em funções no dia 1 de janeiro de 2016, sucedendo a Wolfgang Götz, que dirigiu a agência entre 1 de Maio de 2005 e 31 de dezembro de 2015.*

*Alexis Goosdeel começou a trabalhar no Observatório em 1999, como gestor de projectos no domínio do alargamento da UE e da cooperação internacional, tendo assumido a partir de 2005 a chefia da Unidade Reitor e cooperação internacional da agência. Nesta qualidade, teve um papel fundamental na coordenação de uma rede de 30 observatórios nacionais da droga, na preparação dos países candidatos e potenciais candidatos à UE a tornarem-se membros da agência, na preparação da futura cooperação com os países vizinhos da UE e no estabelecimento de relações com outros países terceiros (Rússia, Ásia Central e América Latina).*

*Dedicou grande parte dos seus 30 anos de carreira ao trabalho no domínio da saúde pública a nível nacional, europeu e internacional. Foi também um dos fundadores da Modus Vivendi, uma ONG belga que actua na área da redução de danos. Antes de entrar para a agência, entre 1992 e 1999, dirigiu em Bruxelas a Alizés, uma associação europeia para o desenvolvimento e cooperação em matéria de saúde pública.*

*Mestre em psicologia clínica, Goosdeel é também detentor de um diploma específico em gestão avançada e domina seis línguas: francês (língua materna), inglês, espanhol, grego, português e holandês.*

*Em entrevista à Dependências, o novo director do EMCDDA, projecta mudanças institucionais e operacionais, desvendando a estratégia com que convenceu por esmagadora maioria os membros do Conselho de Administração da Agência.*





**Recentemente, e após um criterioso concurso público, foi eleito com uma grande maioria de votos como novo director do Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência. O que representa para si a assunção deste cargo e a unanimidade gerada em torno de quem o elegeu?**

**Alexis Goosdeel (AG)** – É verdade que fui eleito com uma maioria esmagadora logo na primeira volta, algo inédito em agências europeias. Como foi referido pelos membros do Conselho de Administração, esta é também uma grande responsabilidade, significando que tenho um mandato muito forte com o apoio dos estados-membros à proposta estratégica que apresentei à Agência. Por outro lado, dá-me muita força para empreender as mudanças internas e externas que pretendo porque, como também foi destacado pelos membros do Conselho, ter uma maioria tão forte na primeira volta significa que demonstraram interesse e apoio às minhas ideias.

**Em que medida terá o facto de ser um homem da casa, uma vez que está no Observatório desde 1999, assumido preponderância nessa unanimidade?**

**AG** – Creio que serão vários os factores... De certa forma, poderei assumir que sou um dos progenitores do Observatório, uma vez que participei no estudo de viabilidade realizado entre 1992 e 1993. Desde então, sou o único que permanece... Durante algum tempo, exerci funções no meu país de origem, a Bélgica, sempre em colaboração com o Observatório, tive responsabilidades no âmbito de programas de cooperação com a Europa de Leste no campo das drogas e, também nessa altura, já trabalhava com o EMCDDA. Assim, é legítimo afirmar que sinto paixão pelo Observatório enquanto projecto europeu que considero responder a necessidades importantes. Além disso, antes de ser um profissional de gabinete, considero-me um homem do terreno. Iniciei a minha carreira como psicólogo clínico num Hospital Universitário em Bruxelas, tendo ainda desenvolvido actividades na área da redução de danos e sendo um dos sócios fundadores da primeira instituição francófona, na Bélgica, de redução de danos, onde tive contacto com consumidores de drogas. Significa isto que possuo experiência ao nível do trabalho com utilizadores de drogas mas também de gestão de projectos e de management. Outro aspecto relevante da minha candidatura prende-se com o facto de ser um homem muito pragmático, tendo sempre muito presente os impactos e benefícios resultantes do que estamos a fazer. Se estivermos a produzir um relatório, temos que perceber claramente a quem o mesmo serve, se ao profissional ou ao decisor político, e que tipo de utilidade representa. Não estamos cá apenas para produzir informação. Estamos cá para apoiar e contribuir para a definição de políticas europeias. Se não criarmos impacto não justificamos a nossa existência. Sempre elegi essa preocupação e creio que este foi um dos elementos que pesaram na eleição. Falamos de drogas e sei do que estou a falar. Não sei tudo, conheço as minhas limitações mas também não me considero exclusivamente um burocrata ou um gestor. Também tenho aquela bagagem técnica que para o Observatório é importante. Por outro lado, também benefico do facto de ter uma cultura europeia e das instituições europeias, muito vinculada e desenvolvida ao longo dos anos, o que me parece importante para o exercício destas funções. Por fim, creio que a proposta estratégica que apresentei ao Conselho foi preponderante. Conheço todos os países dos estados-membros, com alguns dos quais colaboro há 25 anos, o que favorece o conhecimento e o estabelecimento de uma relação de confiança. Mas creio que a visão estratégica que apresentei foi determinante no processo da minha eleição.

**Nessa estratégia há espaço para problemáticas que o Observatório ainda não tem sob a sua égide como as dependências sem substância ou as dependências de substâncias lícitas como o tabaco e o álcool?**

**AG** – Essa é uma questão importante à qual respondo com dois ou três elementos: a minha estratégia tem como base o mandato actual do Observatório e subordina-se ao objectivo de ajudar os nossos clientes, ou seja, os profissionais, decisores políticos e instituições nacionais e europeias a tomarem melhores decisões ou decisões mais informadas. Obviamente, se um dia o mandato do Observatório for alargado a outras substâncias ou tipos de adições, claro que tomaremos isso em consideração. Existem exemplos nalguns estados-membros, entre os quais Portugal, cujo mandato do observatório nacional, neste caso o SICAD, já inclui o álcool, o tabaco e as dependências sem substâncias mas, no plano geral europeu, o assunto torna-se mais complicado face à existência de várias áreas de competências. A estratégia que apresentei define como primeiro objectivo o incremento do reconhecimento do Observatório enquanto agência que fornece informação sobre drogas que faz a diferença. Pretendo que qualquer coisa que saia daqui seja útil.





**Nesse sentido, considera a possibilidade de produção de recomendações além da tradicional produção de informação?**

**AG** – Sim, faz sentido. Embora reconheça oportunidades a esse nível também tenho que frisar as limitações. No âmbito das oportunidades, a título de exemplo, estamos a ultimar a redacção do novo relatório sobre a situação dos mercados da droga na Europa que apresentaremos no dia 5 de Abril e que incluirá recomendações para acção. Mas o tipo de recomendações que o Observatório pode fazer é meramente técnico e científico ou poderá incidir sobre as melhores formas de aplicar critérios mínimos de qualidade no campo da redução da oferta. Outros tipos de recomendações técnicas que já produzimos, a pedido de países como a Grécia, Roménia e Letónia, prendem-se com a avaliação de riscos ao nível de doenças infecciosas como o VIH ou a Sida. Nestes casos, sem ultrapassarmos o nosso mandato, que não é político, fizemo-lo como resposta a solicitações destes estados e gostaria que o pudéssemos fazer mais vezes, uma vez que temos capacidade para o efeito. O que não podemos fazer é fornecer recomendações para mudanças ao nível de políticas europeias ou nacionais sobre drogas, uma vez que não é esse o nosso papel. Mas estamos, por exemplo, a auxiliar a Irlanda na avaliação da sua estratégia nacional sobre drogas e fico muito grato por termos recebido esse pedido. Em tudo o que estiver relacionado com a análise dos dados, das tendências e até métodos de avaliação podemos oferecer algo, mas questões relacionadas por exemplo com políticas proibicionistas ou anti-proibicionistas têm unicamente a ver com decisões dos estados-membros.

**Tem em mãos uma agência da União Europeia sediada em Lisboa mas descentralizada através dos pontos focais existentes em todos os estados-membros. Além disso, assume a competência do estabelecimento de relações com países terceiros da Ásia Central, Rússia e América Latina. Como descreve a missão de conjugar todas estas relações a partir de Lisboa para o resto do mundo, com países tão diferenciados?**

**AG** – É mais uma questão interessante... Antes de ter sido eleito director, era o responsável pela Rede de Observatórios Nacionais, a Reitox, e para a cooperação internacional. Falando sobre os observatórios nacionais, temos 28 estados-membros, mais a Noruega e a Turquia, o que significa que temos 30, todos diferentes. Apesar dessas diferenças, conseguimos extrair elementos comuns que permitem definir a forma como um observatório nacional deve funcionar, não obstante sabermos conjugar as diversidades existentes que consideramos elementos muito positivos. Sabemos que precisamos de convergências mas também consideramos que não faria sentido impormos um modelo único de observatório porque não seria possível nem útil face às realidades institucionais e legais de cada país. Quanto à cooperação internacional, temos níveis distintos. Tal como as demais agências europeias, o Observatório não pode estabelecer directamente acordos internacionais. Isso faz-se através das instituições Europeias. Uma vez que já temos limitações de recursos para trabalharmos no seio da Europa também não podemos ter a ambição de acorremos desmesuradamente fora da mesma. O Observatório tem um papel muito importante no que concerne ao apoio às políticas europeias sobre drogas, seja a nível interno porque recolhemos informação e analisamo-la, mas também no que respeita à transmissão do modelo europeu e na preparação dos países que estão prestes a entrar na UE. Se queremos ser capazes de analisar possíveis tendências de evolução do problema é imprescindível termos também a oportunidade de recolher informação nos países vizinhos e nos candidatos. Nesse contexto, preparámos os 13 países que mais recentemente aderiram à UE. Já no que toca aos países terceiros como a Ásia Central, a América Latina e, mais recentemente, as Caraíbas, falamos de políticas específicas da UE. O Observatório, enquanto instituição, tem uma cooperação estreita com várias instituições e organizações internacionais. Uma destas é a Organização dos Estados Americanos, que tem um observatório interamericano das drogas e pretendeu apoiar-se na experiência Europeia para desenvolver o seu próprio modelo. Assim, criámos um manual que visa transmitir o nosso know-how nestas matérias e que auxiliou esta organização mas também todos os países que pretendem aderir à UE e criar o seu próprio observatório nacional. Por outro lado, enquanto organização científica também precisamos de obter melhores dados sobre a Ásia Central ou a América Latina, que nos permitam perceber mais claramente o que está a acontecer na Europa ou o que poderá acontecer no futuro. No entanto, evitamos ter demasiadas actividades de cooperação bilateral porque não possuímos recursos.

**Sabendo-se que de um lado do hemisfério temos países produtores e que, na Europa, temos essencialmente países consumidores, como conseguem manter algum equilíbrio no âmbito dessas relações?**

**AG** – Desde logo, há que realçar que a Europa também é hoje produtora. Já não perspectivamos essa distinção entre



países produtores de um lado e consumidores do outro. Existem países do mundo que estão a produzir heroína, o mesmo se aplicando à cocaína, existe produção de ópio na América Latina mas a Europa também é grande produtora de drogas sintéticas e de cannabis. Essas diferenças são menos claras do que antigamente se poderia imaginar. Há sensivelmente 18 anos resultou da reunião de Cochabamba um conceito de responsabilidade partilhada, reconhecido entre as duas zonas geográficas e em torno do qual foi desenvolvido pela CE o COPOLAD, um programa de cooperação entre a UE e a América Latina que elege entre outros objectivos, fortalecer os mecanismos de coordenação e cooperação em matéria de drogas. Aquele programa foi implementado por um consórcio de países liderado por Espanha e contou com a participação muito ativa de Portugal. Nesse sentido, fico muito orgulhoso por o trabalho do Observatório ter sido avaliado de forma tão positiva por parte do programa COPOLAD pela mesma Comissão Europeia. Também partilhamos com os colegas que estão a trabalhar na Ásia Central os mesmos documentos de referência, apoiando sempre que solicitados a sua tradução. Por isso existe também uma tradução em russo e outra em árabe. Uma vez que o manual se traduz num sistema modular, permite a cada país perceber as funções essenciais de um observatório e que compete a cada um articular essas mesmas funções em função dos seus recursos. Já o caso da Rússia é diferente, uma vez que a UE tem uma cooperação específica com aquele país... Recebemos muitos pedidos de informação por parte da Rússia sobre drogas sintéticas.

**Finalmente, em que principais eixos assenta a nova estratégia que elegeu para este mandato no Observatório?**

**AG** – O ponto de partida para a minha estratégia assenta em três elementos. O Observatório, enquanto instituição, enfrenta três desafios: o primeiro está relacionado com a evolução do fenómeno da droga ao longo dos últimos 20 anos. Há duas décadas falávamos de drogas leves e duras, falávamos de consumidores de cannabis e de consumidores de heroína, assistíamos à emergência do ecstasy sobre o qual pouco se sabia, a internet quase não existia... Hoje, é tudo mais complexo e complicado. O uso de várias substâncias, o policonsumo, é hoje mais a regra do que a excepção, a internet desenvolveu-se de tal forma que serve hoje para produzir drogas, para consumir, para comprar e vender, para trocar ideias e experiências... Mais recentemente, passou a servir igualmente para fazer prevenção ou para terapia. Por outro lado, há 23 anos, quando começámos, o conceito de informação não era o mesmo. Nessa altura, informação significava dados e nenhum dos 30 países possuía dados epidemiológicos sobre a situação nacional. Hoje, continua a ser importante recolher dados mas é fundamental a análise e cruzamento desses mesmos dados. Mas também saber o que fazer com a open source data. Hoje, temos também big data... Há 20 anos, já era muito bom conseguir-se apresentar um relatório anual, algo que representava muito esforço e trabalho... Hoje, a proporção das pessoas que utilizam a internet através do telemóvel ultrapassou a das que o fazem através do computador, o que tem consequências também para o nosso trabalho. Significa que as necessidades de informação em torno da droga também mudaram. Por fim, o propósito da criação do Observatório prendia-se com um panorama de mortes na Europa por overdose de heroína e outras doenças associadas ao consumo. O problema era muito visível, o alarme social era muito elevado e a pressão para os políticos para fazerem algo era evidente. Hoje, em grande parte devido ao sucesso das políticas desenvolvidas, as drogas são percebidas como uma não prioridade, não figurando sequer entre as dez maiores preocupações das populações. A razão principal é que graças ao desenvolvimento de respostas adequadas pelos Estados Membros da UE, sobretudo nas áreas do tratamento e da redução de danos, o problema tornou-se menos visível que naquela época do Casal Ventoso em Portugal, de Barranquilla na Espanha ou de muitas outras cidades na Europa onde se podia ver quase todos os dias pessoas a morrer de overdose. Mas o facto de ficar menos visível não significa que o problema desapareceu. Pelo contrário, as drogas de uma certa forma estão disseminadas por toda a parte, com a Internet a desempenhar um novo papel no desenvolvimento do mercado.

Esta parte diz respeito à evolução do fenómeno e significa que temos que nos adaptar. A segunda mudança prende-se com a evolução do contexto institucional do Observatório. Passámos de 15 estados-membros a 28 mais dois e seis potenciais candidatos, trabalhando já com alguns países vizinhos. E num cenário de crise como o que se instalou é ainda maior a pressão para que as agências entreguem resultados visíveis. Precisamos de justificar a nossa existência e demonstrar que somos úteis, num cenário de cortes de pessoal e de recursos. Para além das mudanças em torno do fenómeno e do contexto institucional que acabo de explicar, existe um terceiro desafio, que se prende com a mudança do Observatório em si. Começámos com três pessoas, chegámos a 100, entre os anos 2014 e 2018 perderemos 10 por cento da nossa força de trabalho sem que a justificação tenha algo a ver com a nossa performance. E, ao mesmo tempo, temos muitas mais solicitações por parte dos estados-membros e das instituições europeias.





O nosso modelo de trabalho, tal como foi inventado e desenvolvido ao longo dos últimos 20 anos, não é hoje totalmente sustentável. O meu desafio enquanto director aponta para drogas que são totalmente diferentes e para questões que ainda desconhecemos; o meio ambiente institucional, internacional e europeu é muito difícil, temos menos recursos, o modelo do Observatório tem funcionado muito bem até agora mas temos que o adaptar porque queremos ser capazes de responder às novas e futuras solicitações e necessidades. Este é o meu ponto de partida.

#### **Do ponto de partida ao ponto de chegada, como irá passar das ideias à prática?**

**AG** – Na proposta que entreguei ao Conselho de Administração comprometi-me a apresentar, em Dezembro de 2016, uma estratégia de longo prazo com horizonte 2025. Para enfrentar todos estes desafios não podemos apenas trabalhar trienalmente. Como já frisei, pretendo que o Observatório seja reconhecido como uma agência que produz informação que faz a diferença. Para o realizar, queremos contribuir para uma Europa mais segura e mais saudável. Não pretendo ser revolucionário mas entendo que devemos eleger um meio de abordagem diferente daquele que utilizámos até agora. Demonstrar o impacto e utilidade é hoje, mais do que nunca, fundamental para uma instituição pública como a nossa. Nesse sentido, temos que associar e enquadrar mais o nosso trabalho às políticas europeias. Por isso, elejo como objectivo do EMCDDA contribuir para uma Europa mais segura e saudável, o que nos permitirá manter um equilíbrio entre a redução da oferta e a redução da procura. A minha estratégia tem três pontos fundamentais: o primeiro são os clientes. É tempo de definir a nossa estratégia, não a partir dos nossos processos e do que recolhemos como informação, mas em função das necessidades dos nossos clientes prioritários, as instituições europeias, os decisores políticos nacionais e os profissionais. O segundo ponto designa-se serviço. Pretendo alterar um pouco o enfoque do trabalho do Observatório, passando de *information provider* a *service provider*. Numa era em que abunda a informação, o que precisamos de entregar aos nossos clientes são análises que respondam às suas questões. O terceiro ponto designa-se recursos. Temos de desenhar uma nova estrutura da organização para implementarmos a estratégia e responder às necessidades dos nossos clientes. Como há pouco comentava, o nosso modelo funcionou bem nos últimos 20 anos mas carece de adaptações. Como quase todas as agên-

cias, temos um sistema onde o profissional entra com um contrato para cinco anos que poderá ser renovado uma vez, passando depois a duração indeterminada. A maioria dos profissionais, em que me incluo, é contratada, o que significa que o modelo de crescimento do Observatório ao longo dos últimos 20 anos relacionava o aumento do orçamento com o aumento do número de funcionários e de missões. Hoje, temos menos dinheiro, menos pessoal e mais missões e entendo sinceramente que não é possível fazer mais com menos. O meu compromisso é fazer de forma diferente e melhor. Por isso, pretendemos identificar áreas do conhecimento em que temos algumas fraquezas e procurar, através de contratos a curto prazo com centros de pesquisa e investigação, universidades ou entidades privadas, evoluir. Então, o objectivo que delineei para este ano é ter a estratégia finalizada para o Conselho de Administração de dezembro e propor uma nova estrutura organizativa. Conceberemos essa estratégia, bem como um mapa de competências da organização para identificarmos os recursos que temos e atingirmos os nossos objectivos. Outra novidade prende-se com o lançamento, em meados de Junho de 2017 e que se estenderá durante um ano, de um exercício de análise prospectiva. A ideia é conhecer as tendências emergentes e procurar antecipar novas tendências, juntando o conhecimento do Observatório, os especialistas da rede de observatórios nacionais e todos os parceiros de outras organizações internacionais. Com o que sabemos hoje, com as tendências que somos capazes de analisar e com o que aconteceu nos últimos 20 anos, vamos tentar projectar possíveis cenários no horizonte 2025-2030. A ideia é termos duas ou três hipóteses e falarmos com os decisores políticos sobre estas matérias e sobre potenciais necessidades de todos. Pretendo que este seja um observatório do futuro das drogas e não apenas do passado.

#### **No ano passado, Lisboa acolheu o *Lisbon Addictions*, evento que reuniu os principais pensadores e investigadores mundiais na área das dependências. Está garantida a continuidade do apoio do Observatório?**

**AG** – Sim, o Observatório está comprometido e empenhado a apoiar o evento. Desde o início, apoiámos a conferência com muitos recursos, sobretudo humanos e já me comprometi nesse sentido com o Dr. Goulão e o Dr. Cardoso. Portugal, o SICAD e as autoridades portuguesas sabem que têm no Observatório Europeu um suporte e um parceiro incondicional que assim permanecerá.



5 - 6 - 7 ABRIL DE 2016 • FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN • LISBOA

## INTERVENÇÃO E QUALIDADE EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

### PROGRAMA SÍNTESE

#### 1º DIA | 5 DE ABRIL DE 2016

12h	Registo dos participantes
14h30 – 15h	<b>CERIMÓNIA DE ABERTURA</b>
15h-16h	<b>SESSÃO PLENÁRIA I – QUALIDADE EM SAÚDE</b> – em articulação com o IPQ, CS09
16h-16h30	Coffee - Break
16h30-18h	<b>SESSÃO PLENÁRIA II – MODELOS DA QUALIDADE NA INTERVENÇÃO EM CAD</b>

INSCRIÇÕES GRATUITAS MAS OBRIGATÓRIAS

Pré-Inscrição em [www.sicad.pt](http://www.sicad.pt)

#### 2º DIA | 6 DE ABRIL DE 2016

9h30- 11h	<b>SESSÃO PLENÁRIA III – O PAPEL DO CONHECIMENTO NA MELHORIA DA INTERVENÇÃO EM CAD</b>		
11h- 11h30	Coffee - Break		
11h30 – 13h	<b>SESSÃO PARALELA I - INVESTIGAÇÃO COMO SUPORTE AO DESENHO DAS INTERVENÇÕES</b>	<b>SESSÃO PARALELA II - COMUNICAÇÃO E FORMAÇÃO EM CAD</b>	<b>SESSÃO PARALELA III – INVESTIGAÇÃO COMO SUPORTE À AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, DISPOSITIVOS E INTERVENÇÕES</b>
13h – 14h30	Almoço Livre		
14h30 – 16h	<b>SESSÃO PARALELA IV - INTERVENÇÃO INTEGRADA</b>	<b>SESSÃO PARALELA V - CENTRALIDADE NO CIDADÃO E CICLO DE VIDA</b>	<b>SESSÃO PARALELA VI - CONTEXTOS E TIPOS DE INTERVENÇÃO</b>
16h-16h30	Coffee - Break		
16h30-18h	<b>SESSÃO PLENÁRIA IV - PRÁTICAS NA INTERVENÇÃO EM CAD</b>		
20h30	Jantar Social		

#### 3º DIA | 7 DE ABRIL DE 2016

9h30- 11h	<b>SESSÃO PLENÁRIA V – DESAFIOS À INTERVENÇÃO EM CAD – OLHAR O PASSADO, PENSAR O PRESENTE, PERSPETIVAR O FUTURO – A ATUALIDADE DA ESTRATÉGIA NACIONAL</b>		
11h00 - 11h30	Coffee - Break		
11h30 – 13h	<b>SESSÃO PARALELA VII - REFERENCIAÇÃO EM CAD</b>	<b>SESSÃO PARALELA VIII – NOVAS REDES – NOVAS PRÁTICAS</b>	<b>SESSÃO PARALELA IX – REGULAMENTAÇÃO EM CAD E GANHOS EM SAÚDE</b>
13h – 14h30	Almoço Volante		
14h30 – 15h30	<b>CONFERÊNCIA</b> - HENRIETTA BOWDEN - JONES, U.K		
15h30 -16h	<b>CERIMÓNIA DE ENCERRAMENTO</b>		



Entrevista com novo Secretário Nacional de Drogas do Brasil – SENAD, Luiz Guilherme Paiva:

## “O modelo português é muito estudado e citado nos debates públicos por aqui”



*Luiz Guilherme Paiva foi recentemente nomeado Director de Planeamento e Avaliação de Políticas sobre Drogas do Brasil. O cargo é exercido ao serviço do SENAD, a Secretaria Nacional de Drogas, uma espécie de congénere do anterior organismo português IDT ao nível das competências e atribuições mas sob a tutela do Ministério da Justiça brasileiro. Entre outras competências, cabe a esta direcção articular e coordenar as actividades de prevenção do uso indevido, o tratamento e a reinserção social de utilizadores e dependentes de drogas, definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos, na esfera de sua competência, para alcançar os objectivos propostos na Política Nacional sobre Drogas e acompanhar a sua execução. Em entrevista a Dependências, Luiz Guilherme define os principais eixos em que assentará a execução de políticas de drogas no Brasil para os próximos anos.*

**Sendo o Brasil um país habitado por cerca de 198 milhões de pessoas, com uma enorme discrepância não só geográfica mas igualmente social e económico-financeira, em que as acentuadas desigualdades continuam a ser imagem de marca, calculo que gerir uma Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas num país como o vosso corresponda a um enorme desafio envolto em muitas incertezas...**

**Luiz Guilherme Paiva (LGP)** – Sem dúvida é um grande desafio. Mas é importante ressaltar que a Secretaria Nacional de Po-

líticas sobre Drogas tem um papel articulador das ações de diversos órgãos no governo federal, nos Estados e Municípios. Não podemos esperar que uma política determinada e executada por Brasília dê conta de todas as particularidades regionais. Temos que estabelecer linhas de atuação, parâmetros de funcionamento, estratégias de articulação dos diferentes serviços que estão relacionados com a política de drogas, e, a partir disso, trabalhar para que todos esses diferentes órgãos trabalhem de maneira coordenada. Em outras palavras, o desafio é desenvolver estratégias nacionais que sejam incorporadas e executadas pelos órgãos públicos locais, de acordo com suas particularidades. O diálogo com os Estados e Municípios, portanto, é fundamental.

### **Que principais problemáticas afetam atualmente os brasileiros ao nível de abuso e dependências de substâncias psicoativas?**

**LGP** – A prevalência de drogas no país não é particularmente elevada, especialmente quando comparada com os níveis de consumo em países desenvolvidos. E seguramente o padrão é distinto – temos níveis muito baixos de consumo de drogas por via injetável, o que é ótimo, mas nos demanda estratégias diferentes de redução de danos, por exemplo. Contudo, temos uma grande preocupação com o consumo do crack, uma modalidade de cocaína fumada, pois ele geralmente está associado a outras vulnerabilidades sociais e de saúde. O mesmo se dá com o consumo de álcool, com o agravante de que, nesse caso, há de se combater também a percepção social de que bebidas alcoólicas não são drogas, equívoco reforçado pelo aparato comercial e publicitário da indústria de bebidas. É razoável estimar que a metade dos equipamentos de saúde voltados para a assistência a dependentes químicos atende pessoas com dependência de álcool. Isso para não falar dos danos associados ao consumo, como acidentes de trânsito e outros comportamentos violentos.

### **Em que principais eixos assentará a estratégia e plano de ação que a sua equipa terá a cargo durante o mandato para combater a toxicodependência?**

**LGP** – É certo que o grande desafio da política de drogas nacional é estabelecer uma abordagem equilibrada entre prevenção e cuidado, relacionados ao uso de drogas, e a repressão ao tráfico. No que diz respeito à prevenção, nosso objetivo é caminhar para desenvolver estratégias de prevenção a fatores de risco para jovens e adolescentes, com ações baseadas em evidência científica. Há muito voluntarismo e pouca ciência nas ações de prevenção de drogas, que ademais são executadas de forma pontual. Nosso papel será o de desenvolver e validar metodologias consistentes e eficientes, em conjunto com nossos parceiros regionais, para que sejam aplicadas em larga escala.

Sobre as políticas de cuidado, a rede de atenção psicossocial voltada para álcool e outras drogas foi intensamente ampliada nos últimos quatro anos, mas ainda é insuficiente para atender a toda a demanda. Além disso, a experiência recente demonstra que a questão das drogas entre nós não é tão-somente uma questão de saúde. A população mais vulnerável sofre desproporcionalmente os danos provocados pela toxicodependência, o que nos levou a concluir que é indispensável desenvolver uma política de atenção integral – integrando as ações de saúde com ações de assistência social, trabalho e geração de renda, moradia etc. Assim, a nossa principal meta é articular políticas com esse viés integral e multidisciplinar.

Por fim, as ações repressivas não são de competência da Secretaria. De qualquer forma, desde o primeiro mandato da Presidenta Dilma a orientação das forças federais é a de reforçar o controle de fronteiras em cooperação com os países vizinhos, tendo como foco o grande tráfico e os fluxos financeiros que dele se originam.

**Como avalia o atual enquadramento jurídico em vigor no Brasil na área das dependências? (nomeadamente quando falamos na distinção entre consumidor e traficante)**

**LGP** – Entendo que o enquadramento jurídico atual na Lei de Drogas é deficiente, especialmente quando se trata de estabelecer a distinção legal entre consumidor e traficante de drogas. Os tipos penais relativos às duas condutas são muito semelhantes, e a lei atribui ao juiz a obrigação de diferenciar uma situação da outra a partir de critérios subjetivos como “a natureza e à quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação, as circunstâncias sociais e pessoais, bem como a conduta e os antecedentes do agente”. O resultado é que, sem critérios objetivos a auxiliar na distinção entre usuários e traficantes, nem mesmo com relação à natureza e quantidade das substâncias eventualmente apreendidas, o sistema criminal acaba por conferir o mesmo tratamento jurídico para situações muito diferentes.

**Com uma pena mínima de cinco anos para os crimes de tráfico, não lhe parece que muitas injustiças podem ser cometidas, sobretudo quando temos dependentes a necessitarem mais de cuidados de saúde e sociais e menos de ações ao nível da justiça? Que papel poderá assumir, neste âmbito, um modelo de descriminalização como o português adaptado à realidade brasileira?**

**LGP** – Veja, com penas mínimas tão altas e diante da deficiência já apontada na distinção legal entre usuários e traficantes, são dramáticas as consequências de um enquadramento errôneo

### Fundo Nacional Antidrogas

O Fundo Nacional Antidrogas (Funad) é gerido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). Seus recursos são constituídos de dotações específicas estabelecidas no orçamento da União, de doações, de recursos de qualquer bem de valor econômico, apreendido em decorrência do tráfico de drogas de abuso ou utilizado em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas, após decisão judicial ou administrativa tomada em caráter definitivo.

Os recursos da Funad, em síntese, são destinados ao desenvolvimento, à implementação e à execução de ações, programas e atividades de repressão, de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas.

de um usuário como traficante. É verdade que a lei brasileira permite uma redução importante de pena para os casos de “pequenos traficantes”, contemplando inclusive a substituição da prisão por alternativas ao cárcere. Contudo, temos que reconhecer que o perfil da pessoa presa por crimes relacionados a drogas é, em regra, de profunda exclusão e vulnerabilidade social – como o demonstram várias pesquisas no país.

Por outro lado, ressalvados os casos em que um usuário seja erroneamente classificado como traficante, o uso de drogas não leva ao encarceramento no Brasil. Embora siga sendo um crime, o porte de drogas para uso pessoal está sujeito a medidas alternativas, como advertência e prestação de serviços à comunidade. O debate sobre a descriminalização (em curso atualmente no Supremo Tribunal Federal e em algumas iniciativas legislativas), portanto, deve centrar-se no papel da lei penal como dissuasão ao consumo de substâncias consideradas perigosas, de um lado, e, de outro, nos efeitos colaterais da criminalização, como a estigmatização do usuário e o seu afastamento da rede de saúde e assistência social pelo medo da punição.

O modelo português é muito estudado e frequentemente citado nos debates públicos por aqui, e creio que uma de suas principais qualidades é a de oferecer uma rede de cuidados ampla e efetiva ao público que passa pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência. Estou convicto que o Brasil deve caminhar cada vez mais para um afastamento do modelo que judicializa a dependência química, independente do debate jurídico sobre a descriminalização do uso de drogas.



### Crack, É Possível Vencer

O programa Crack, é possível vencer é um programa coordenado pelo Ministério da Justiça que desenvolve, em parceria com outros Ministérios, uma ação integrada que envolve três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. Dentro desses três aspectos, o programa integra vários grupos sociais, trabalhando, simultaneamente, na prevenção, no combate, na reabilitação e na reintegração social.

O programa é um amplo trabalho realizado pelos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos, visando a oferecer aos grupos de risco irrestrito apoio em todas as suas necessidades, contribuindo, desta forma, para a redução dos índices de consumo de drogas.



**Como se encontra estruturado, em termos orgânicos, o dispositivo brasileiro de combate às dependências? (desde o plano político às estruturas no terreno pertencentes a diversos ministérios e secretarias, como a saúde, a assistência social e a justiça)**

**LGP** – A estruturação da política de drogas no Brasil é bem complexa. O chamado Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD – tem como órgão colegiado de deliberação no âmbito federal o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. O Conselho é formado por representantes de diversos órgãos de governo e da sociedade civil, em números iguais. Além disso, vários órgãos federais têm competências e ações específicas na política de drogas, como o próprio Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Educação etc., e como tal também compõem o SISNAD. Essa grande quantidade de atores envolvidos na política exige a presença de um órgão articulador, cujo papel é exercido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Para aumentar a complexidade desse cenário, estrutura semelhante é reproduzida no âmbito dos Estados e Municípios. Ou seja, as ações locais são realizadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, educação, assistência social... e respondem, portanto, aos regramentos específicos de cada área de atuação – regras sanitárias, normas de financiamento, currículos escolares... Isso leva à fragmentação das políticas, o que reforça a necessidade de coordenação entre diferentes instâncias executivas nas três esferas de governo.

A construção do Programa Crack, por exemplo, que representou o investimento de R\$ 4 mil milhões de reais na política de drogas entre 2011 e 2014, dependeu do estabelecimento de acordos com os 27 Estados brasileiros e mais de 120 municípios. Esses acordos previram a instalação de comitês gestores locais, formados por representantes das áreas de segurança, saúde, educação e assistência social, para dialogar com o Governo Federal e atuar diretamente para o cumprimento das metas estabelecidas. Assim, embora formalmente a construção, digamos, de uma unidade de saúde mental em um determinado município dependesse da formalização de um convênio entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do município, a decisão política era tomada por esses comitês em conjunto com o Governo Federal, e a execução das metas também foram cobradas de todos.

A relação com o Judiciário também é naturalmente fragmentada, mas estamos tentando superar as dificuldades por meio de um importante diálogo com o Conselho Nacional de Justiça, órgão administrativo do Poder Judiciário. Uma das metas é ampliar o oferecimento dos serviços de saúde mental e de assistência social ao público que passa pelo sistema de justiça, o que talvez evite medidas mais drásticas como a determinação de internações involuntárias ou mesmo prisões desnecessárias.

**A dependência do crack é, há anos, uma das maiores problemáticas brasileiras. Que medidas serão ou estão a ser preconizadas para reduzir, por um lado, a oferta e, por outro, a procura?**

**LGP** – O Programa Crack nasceu da demanda social por uma abordagem específica para essa problemática. Investiu-se muito na ampliação das alternativas de cuidados de saúde e assistência social, além do grande esforço de formação e capacitação dos funcionários dessa rede. Além disso, a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack no Brasil confirmou as impressões dos especialistas no sentido de que as pessoas que se encontram nas chamadas “cenas de uso” de crack – aglomerações de usuários nos centros urbanos – possuem diversos acúmulos de vulnerabilidade, o uso de crack sendo apenas um deles. Essa pesquisa, a maior já realizada no mundo sobre o uso de crack, também mostrou que a grande maioria dos usuários manifestou interesse em buscar tratamento. Isso reforçou o diagnóstico de que precisamos de políticas de atenção integral ao usuário, de forma que procuramos integrar ações de assistência social, educação e trabalho aos serviços de saúde e acolhimento. Nossos principais esforços, agora, estão voltados à integração dessas ações nos municípios: queremos fortalecer essa rede, em que o usuário possa encontrar a ajuda que precisa no momento em que decidir buscar esse auxílio.

Algumas iniciativas locais, como o programa De Braços Abertos, na cidade de São Paulo, merecem destaque por integrar ações de moradia e trabalho na política voltada aos usuários de crack que se reúnem no centro da cidade. Esse programa, integrado com as iniciativas federais e estaduais na ampliação das redes de saúde e assistência social, tem obtido sucesso em aumentar o bem-estar das pessoas e projetar uma alternativa ao consumo do crack a essas pessoas. Outros projetos interessantes na linha da atenção integral podem ser mencionados, como o Programa Atitude, no Estado de Pernambuco, e os Pontos de Cidadania, em Salvador da Bahia. Não há de se esperar, contudo, uma solução mágica para o problema. Ainda não há uma “metadona” para



a dependência de estimulantes como a cocaína e o crack, o que amplia sobremaneira o desafio de estabelecer programas efetivos de tratamento e reintegração social.

Do ponto de vista da redução da oferta de crack, as ações federais não poderiam ser diferentes daquelas levadas a cabo para as outras drogas: aumento da vigilância e inteligência nas fronteiras, e fortalecimento das medidas de controle financeiro. Nos Estados, o comércio varejista de crack se aproveita da situação extremamente vulnerável dos usuários para manter o fluxo de fornecimento e consumo. Acreditamos que medidas de redução da vulnerabilidade desse público terá um grande impacto inclusive do ponto de vista da oferta.

**Também a dependência alcoólica ou uso nocivo desta substância figura, com taxas muito elevadas, na população brasileira. Que medidas são implementadas para prevenir, por um lado, o surgimento de novos casos e, por outro, que oferta de tratamento coloca o país à disposição?**

**LGP** – O crack é a droga mais visível e assustadora para a população em geral, mas o álcool é, sem dúvida, o maior problema relacionado a drogas no país, pela prevalência, pelos danos associados e pelos prejuízos pessoais e econômicos causados.

A ampliação da rede por meio do Programa Crack também aproveita às pessoas que apresentam problemas decorrentes da dependência alcoólica. Da mesma forma, as ações de capacitação da rede e de integração dos serviços aumenta a capacidade de resposta do Estado às demandas por tratamento. No próximo ciclo, pretendemos investir em ações de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas por meio de metodologias aplicáveis a crianças e adolescentes, tendo como ponto de apoio as escolas, e também a famílias, aproveitando a estrutura das unidades de assistência social nos municípios brasileiros. A meta é reduzir o número de crianças e adolescentes consumidores de bebidas alcoólicas, a fim de adiar ao máximo a exposição desse público e, assim, minimizar os danos.

Também é preciso retomar um difícil debate no país a respeito da regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, de modo a proteger segmentos populacionais vulneráveis ao consumo de álcool. As práticas de comunicação não condizem com a realidade do consumo de bebidas alcoólicas no país, e os fabricantes de cerveja estão sempre entre os principais anunciantes dos veículos de imprensa. Devemos nos inspirar no sucesso da política brasileira contra o tabaco – cuja prevalência entre a população em geral caiu de 35% em 1989 para 15% em 2013, com medidas de tributação, restrição de comércio e de locais de consumo, de vedação de publicidade que, ao final, alteraram até mesmo a percepção social e cultural a respeito desse produto.

**Como é sabido, esta é uma área que implica uma abordagem integrada e multidisciplinar. Como será possível implicar agentes policiais e do âmbito da justiça, da saúde e da assistência social de forma equilibrada e com uma abordagem baseada em denominadores e princípios comuns?**

**LGP** – A principal vocação da Secretaria, como órgão articulador da política de drogas do país, é dialogar com diversos setores



da sociedade e construir apoios para políticas fundadas nos direitos humanos, que tenham como preocupação o bem-estar da população e que reconheçam as necessidades específicas dos grupos vulneráveis. Esses são pressupostos de um Estado Democrático de Direito.

Ainda assim, grupos sociais diferentes possuem visões distintas sobre quais são os objetivos de uma política sobre drogas, e sobre qual a melhor maneira de alcançá-los. Esse dissenso é da natureza da construção de qualquer política pública, e não temos a pretensão totalitária de suprimir as diferenças de opinião. Procuramos contribuir para que o debate se estabeleça da forma mais coerente e menos apaixonada possível. Isso se consegue basicamente por meio de dois fatores: a ampliação do diálogo e a base em evidências científicas.

Nosso papel é produzir e disseminar informações e evidências científicas confiáveis, propor os caminhos a seguir a partir dessas informações e evidências, e, sobretudo, buscar convencer os agentes públicos, de diversas áreas e com formações distintas, da importância de ações integradas e multidisciplinares. É mais fácil construir ações efetivas quando todos os envolvidos, desde os formuladores até as pessoas que trabalham na ponta, nas estruturas locais, compartilham os pressupostos e compreendem os objetivos da política pública. Por isso a articulação é tão importante e desafiadora.

**Avizinha-se mais um grande evento mundial cuja organização compete ao vosso país, os Jogos Olímpicos de 2016. Será estruturado algum plano especial tendo em conta a massiva adesão de populações de vários países ao território brasileiro?**

**LGP** – Do ponto de vista da organização e da segurança será montado todo um aparato especial por ocasião dos jogos. Independente disso, do ponto de vista das políticas de prevenção, há uma diferença significativa entre a realização da Copa do Mundo em 2014, cujos jogos se espalharam por 12 cidades brasileiras, e dos Jogos Olímpicos, em que a maioria das modalidades se concentrará na cidade do Rio de Janeiro. Assim, é possível realizar campanhas mais específicas, voltadas ao público jovem, aproveitando o mote das práticas esportivas. Pretendemos sim fazer uso da exposição proporcionada pelo evento para atingir um público mais amplo e discutir os fatores de risco e proteção relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

# 30 anos a fazer da ciência uma evidência

*A Associação Ares do Pinhal é uma IPSS prestes a celebrar 30 anos e que iniciou as suas actividades com uma comunidade terapêutica para toxicod dependentes em Aldeia de Eiras, no concelho de Mação. Desde então, criou mais duas comunidades terapêuticas, uma em Chão de Lopes Pequeno (Mação), outra na Rinchoa (Sintra) e um apartamento de reinserção em Caxias (Oeiras). Em parceria com o então Centro das Taipas e com a Câmara Municipal de Lisboa, ajuda na criação da Escola Profissional de Animadores Socioculturais em Lisboa, tendo assumido, a partir de 1998, a gestão de alguns programas de redução de riscos e minimização de danos, como o Programa de Substituição Opiácea em Baixo Limiar de Exigência (PSOB-LE) de Lisboa, no âmbito de uma parceria criada entre a Câmara Municipal de Lisboa (CML) e, na altura, o Projecto Vida, com supervisão técnica do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência (SPTT). Sempre a dar passos rumo à vanguarda, há dois anos a instituição iniciou um programa de avaliação neuropsicológica e de estimulação cognitiva, aplicando-o nas suas comunidades terapêuticas. Dependências foi conhecer o programa, apresentado por Paulo Lopes.*



Paulo Lopes

**Prestes a comemorarem 30 anos de actividade e depois de terem tratado várias centenas de utentes, ainda sente possível introduzir humanização nos cuidados que prestam, tratando o utente verdadeiramente como pessoa e evitando uma certa indiferença ou objectividade excessiva?**

**Paulo Lopes (PL)** – Sim, a humanização faz parte da cultura da Associação. Tem que existir humanização e, para nós, nem sequer é possível trabalhar de outra forma. Temos que pensar que é possível recuperar a pessoa, mesmo sabendo que se trata de um processo difícil e que as taxas de sucesso não são muito elevadas. Mas trabalhamos sempre com esse intuito. Para nós, uma pessoa é uma pessoa humana em relação à qual acreditamos que seja possível reverter este processo do comportamento aditivo, reorganizar-se e reinserir-se na sociedade. Tanto assim é que temos hoje colegas na instituição que passaram por aqui como utentes, fizeram a sua reinserção e hoje fazem parte da nossa equipa técnica.

**Sendo certo que o objectivo último é reinserir os utentes na sociedade por que têm os mesmos que ser vetados a um espaço de isolamento relativamente às suas comunidades e famílias?**

**PL** – Antes de mais, nem todas as pessoas com dependências têm indicação ou precisam de internamento em Comunidade Terapêutica... Algumas conseguem reorganizar-se nas equipas de tratamento e não precisam deste isolamento. Em muitos casos a comunidade terapêutica não é vista como uma primeira opção a seguir. Mas quando a desorganização se acentua, na maior parte das vezes materializada em recaídas sucessivas, pelo deteriorar ou ausência de relação com a família e rede de suporte social, perda de emprego e perda de competências pessoais, sociais e cognitivas parece-nos de todo indicado que seja introduzido este “parar” na vida da pessoa, que porventura não se conseguiria reorganizar se não for num meio como este, mais protegido. E o isolamento é muito parcial, verificando-se apenas numa primeira fase do tratamento, em que existe realmente um corte com as relações exteriores, o que favorece a introspecção e, a partir daí, toda uma reorganização... E mesmo uma pessoa que entre aqui e tenha que fazer esse corte, durante o primeiro mês, se tiver consultas, vai sozinha e regressa... Ou seja, continuamos a dar autonomia à pessoa mas num meio mais protegido. Ao longo deste percurso, que varia entre os 12 e os 18 meses, a ideia é autonomizarmos as pessoas e também fomentar e potenciar o prazer noutro tipo de actividades que não apenas o uso de substâncias.

**A grande maioria dos utentes que recebem já vem com um diagnóstico realizado por outras estruturas que não a vossa equipa... Ocorre com alguma frequência terem que voltar a diagnosticar o utente?**

**PL** – Grande parte das pessoas que nos chegam já vêm com muitos anos de seguimento nas equipas de tratamento e, muitos destes, já vêm com diagnóstico feito. O que de todo não significa que



### Avaliação Neuropsicológica e Estimulação Cognitiva C.T. Ares do Pinhal

A dependência é um fenómeno complexo com importantes causas e consequências médicas, psíquicas e sociais. Para a sua compreensão, deve ser tomada em consideração os efeitos da exposição prolongada a um agente biológico (droga) num substrato biológico (cérebro) ao longo de um período de tempo. As alterações que a exposição à droga induzem no sistema neuronal alteram o seu adequado funcionamento que, por seu lado, alteram o equilíbrio e funcionamento dos circuitos nervosos nos quais estão integrados. Estes factos levam a comportamentos complexos (dependência, tolerância, sensibilização, entre outros) que caracterizam a toxicodependência. Estudos prévios sugerem que a atenção, a memória e a tomada de decisão são as principais áreas comprometidas em sujeitos toxicodependentes.

O objectivo deste trabalho é triplo: 1) avaliar o funcionamento cognitivo de toxicodependentes através de uma avaliação neuropsicológica (ANP); 2) aplicar um programa de estimulação cognitiva (PEC); 3) avaliar o impacto cognitivo depois da aplicação do PEC.

com a entrada na comunidade não apareçam novas facetas da pessoa que impliquem reajuste a nível da estratégia terapêutica e farmacológico. Hoje, deparamo-nos com pedidos frequentes por parte das equipas de tratamento para utentes que são hospitalizados e depois não têm para onde ir, carecendo ainda de um melhor acompanhamento por uma equipa de tratamento. Ou seja, têm alta clínica mas não têm alta social. Essa é uma dificuldade que temos sentido mas que, no seio desta nossa reorganização, estamos a aceder.

#### A esse nível, do diagnóstico, a equipa da comunidade Ares do Pinhal implementou um sistema de avaliação neuropsicológica dos utentes... Em que consiste?

**PL** – Entendo que existe muito trabalho ao nível do diagnóstico que tem que ser feito nestas instituições. Não podemos estar à espera que sejam as equipas de tratamento a fazer todo esse trabalho. E, muitas vezes, o diagnóstico pode estar mais ou menos traçado mas

a pessoa, aqui, tem mesmo que parar os consumos. Não tem alternativa. E o facto de parar os consumos vem, muitas vezes, libertar outro tipo de sintomatologia permitindo um melhor esclarecimento diagnóstico). Entendemos que esse trabalho deve ser feito desde a raiz nas comunidades e estamos a dar muita importância à avaliação. Já fazíamos a avaliação clínica e, há dois anos, estamos igualmente a fazer uma avaliação neuropsicológica aprofundada para tentarmos perceber o que se passa com estes utentes, quais as características cognitivas. Estudos internacionais apontam algumas áreas deficitárias e à partida os nossos não fugirão muito a isso mas, se não fizermos esta avaliação, nunca teremos a certeza de que é isso que verdadeiramente acontece... Como tal, assim que entram, as pessoas fazem uma entrevista inicial, temos uma neuropsicóloga a tempo inteiro que faz toda a avaliação neuropsicológica e temos uma psicóloga clínica que faz toda a história clínica, ou seja, passámos a ter uma panóplia de informação muito importante e que nos permite traçar um projecto porque cada pessoa é uma pessoa...

#### Em que medida permitirão essas ferramentas de avaliação definir projectos individuais para os utentes, por um lado, e adequar a vossa resposta, por outro?

**PL** – A área da neuropsicologia é uma área de referência para mim, uma vez que foi aquela em que realizei o meu investimento ao nível do doutoramento. É uma área em que reconheço um enorme potencial e constato que é muito pouco explorada em Portugal. Por isso, há dois anos começámos a investir na comunidade nesta área. O que pretendemos é que a neuropsicologia seja uma parte de uma equipa multidisciplinar e há que perceber que uma coisa é a psicologia clínica e outra, diferente, é a neuropsicologia. Os neuropsicólogos são treinados para fazerem diagnóstico e estimulação cognitiva. As avaliações que fazemos permitem traçar um perfil cognitivo da pessoa, a partir do qual adaptamos, quer ao nível da vivência quotidiana na comunidade, quer ao nível da estimulação cognitiva, objetivos de perseveração das competências mantidas e estimulação das competências deficitárias.

#### O que releva o papel do cérebro ao nível do estudo e da intervenção nas dependências...

**PL** – Sim, claramente, até porque constatamos cada vez mais a importância de percebermos o funcionamento de toda a parte cerebral e



como, deixando de funcionar de uma forma correcta, pode intrometer-se na num alargado espectro de ações do dia-a-dia da pessoa ou seja interferir na qualidade de vida da pessoa, nomeadamente ao nível da tomada de decisão.

**Em que medida irá esse tipo de conhecimento interferir nos processos de estimulação cognitiva levados a cabo na comunidade?**

**PL** – A este nível, existem duas situações diferentes. No âmbito da avaliação, há que perceber quais são as áreas que surgem mais deficitárias, sendo que a literatura aponta sobretudo para três áreas: a atenção, a memória e a tomada de decisão. O que tentamos fazer é adequar uma intervenção às debilidades de cada pessoa, tendo em conta que nem todas têm estas áreas lesadas... Por outro lado, ao nível da estimulação, tentamos dar um maior enfoque e temos desenhado um programa de estimulação cognitiva que se baseia sobretudo nestes três eixos. Estamos sistematicamente a fazer exercícios e treino para conseguirmos reverter o que for possível nos défices relacionados com a atenção, a memória e a tomada de decisão. E acreditamos, porque os indicadores apontam nesse sentido, que é possível fazer reversão. É uma área que tem que fazer parte do processo de tratamento! A literatura apontava para resultados animadores que, entretanto, a nossa equipa técnica já confirmou, nomeadamente menos abandonos e uma maior assimilação de conteúdos terapêuticos. As pessoas gostam de fazer estimulação cognitiva ou avaliação e consideram as actividades agradáveis. Actualmente, o que pretendemos é, com dados reais, comprovar que o modelo funciona.

**Já têm indicadores?**

**PL** – Sim, temos indicadores que apresentámos no ano passado no Encontro das Taipas mas que consideramos ainda muito curtos. Só agora iremos finalizar com indicadores mais concretos e estruturados. Criámos um grupo de pessoas que só tiveram as actividades terapêuticas normais e outro grupo que, para além dessas, tiveram a estimulação cognitiva. O que pretendemos perceber é se a estimulação cognitiva pode ou não ser uma mais-valia. Além da nossa instituição, também a Clínica Novo Rumo da Casa de Saúde do Telhal, que trabalha com população com problemática de álcool, implementou este projecto e aí já temos dados mais concretos que apontam para que as pessoas que fazem estimulação cognitiva, melhoram mais do que quem não faz, a nível das funções frontais, executivas, de tomada de decisão, de percepção e impulsividade. Trata-se de um resultado fantástico, que vem provar que isto funciona e que as pessoas podem realmente recuperar mais se esta for uma ferramenta terapêutica.



**Presépio Decopedra construído e elaborado pelos utentes da Comunidade Terapêutica Ares do Pinhal foi distinguido pela Câmara Municipal de Mação com um honroso 2º lugar**



**Esta terapêutica é combinada com a farmacológica?**

**PL** – Sim, é.

**Mas isso não dificulta depois a atribuição de resultados a uma ou outra terapia?**

**PL** – Essa é uma dificuldade que dificilmente conseguiremos ultrapassar. É uma crítica que nos têm apontado nalguns congressos em que apresentamos resultados que normalmente rebato afirmando que não é possível fazer de outra forma. Em 2014, publicámos um trabalho sobre alguns dos resultados alcançados na Clínica Novo Rumo, no Journal of Medical Internet Research com um impacto muito interessante para a área e, antes de o artigo ser aceite, colocaram-nos essa questão: como controlávamos a questão da medicação? Respondemos abertamente que não podemos controlar completamente. Temos uma série de actividades terapêuticas na comunidade e, além disto, vamos incluir a estimulação nalguns deles, de forma aleatória, para percebermos se se trata ou não de uma mais-valia. E conseguimos perceber que passa a ser realmente uma mais-valia.

**Além desta oferta, a Associação Ares do Pinhal também disponibiliza um PSOBLE em Lisboa...**

**PL** – Actualmente, a Associação Ares do Pinhal tem dois grandes projectos. O primeiro e principal foi este da comunidade terapêutica, que se iniciou há 30 anos e, em 1998, fomos convidados pela Câmara Municipal de Lisboa para aderirmos ao programa de





reestruturação do Casal Ventoso e, nessa altura, passámos a gerir um gabinete de apoio e um centro de acolhimento. Em 2001, começámos com as unidades móveis, com o programa de substituição em baixo limiar de exigência. Pessoas que estejam em substituição opiácea de baixo limiar podem vir para a comunidade e algumas das quais estão aqui a fazer manutenção. Algumas, ao fim de certo tempo, querem começar a reduzir e fazem-no de forma gradual, com avaliação psiquiátrica, com a nossa avaliação... Agora, uma pessoa que esteja a fazer metadona não deixa de poder entrar aqui. Essa foi outra dificuldade que encontrámos com este projecto de Lisboa: inicialmente, as comunidades não estavam abertas a receber pessoas com metadona... Hoje, creio que não existe nenhuma que não as receba. Temos que nos adaptar à realidade e a metadona acaba por ser um equilíbrio na balança destas pessoas... Tem que ser feito de forma estruturada, gradual e com calma.

**A recaída é encarada pela equipa como algo natural e inerente ao processo de tratamento ou existem técnicas específicas que a previnem?**

**PL** – Esse é um ponto muito interessante e que foi até objecto de uma comunicação que recentemente apresentámos num encontro da Comunidade Terapêutica do Norte. O percurso de um dependente é, na maior parte dos casos, feito de recaídas. É uma etapa que faz parte e o que tentamos é que o faça o menos vezes possível ou, se possível, que não faça parte. Mas vemos isso como um processo natural, até porque as comunidades terapêuticas também foram feitas para pessoas que recaem. E temos que perceber que, quando há uma recaída, a responsabilidade não pode ser exclusivamente atribuída à pessoa que recaiu... Será que a equipa técnica pensou em todas as estratégias e minimizou ao máximo a possibilidade de haver recaída? Creio que é isso que nos faz crescer. Se o erro também é nosso por que não deveremos também repensar toda esta estratégia? Não expulsamos ninguém que recaia. Agora, o projecto terapêutico é pensado para que as pessoas tenham aprendizagens cá dentro que possam aplicar lá fora.

**Admitiria a possibilidade de receber utentes em processo de tratamento mas com consumos activos?**

**PL** – Sim, creio que teremos que repensar futuramente essa estratégia e, eventualmente, fará sentido termos alguma casa com esse tipo de população. Envolver essa população com outra que está numa outra fase ou que acreditamos ter capacidades para reaprender a viver sem drogas parece-me demasiado agressivo. Agora, as entidades deverão repensar a possibilidade de terem alguma casa específica só para este tipo de populações. É um pouco como a redução de riscos quando surgiu: era muito criticada porque as pessoas continuavam a consumir drogas mas, entretanto, provámos que temos, por exemplo, uma taxa muito superior de tratamento da tuberculose no PSoble do que na população geral. Creio que devemos criar uma estrutura onde seja possível ter pessoas com consumos controlados. Se esta é uma doença vista como crónica e com recaídas, o ideal é que a pessoa esteja mais vezes sem consumos do que com consumos e num ambiente controlado. E, nesse contexto, acredito que haveria pessoas que conseguiríamos reverter. Seria uma espécie de comunidade terapêutica de baixo limiar de exigência... A estrutura que existe e que procura trabalhar com eles, aceitando que possam continuar a consumir, pelos seus próprios meios, é a estrutura descrita na lei como Centro de Acolhimento.

**E o que acontece aos utentes com alta clínica se não beneficiarem de um projecto profissional ou carecerem de suporte social ou familiar?**

**PL** – Da nossa comunidade não sai ninguém que não tenha isso estruturado com alta clínica. Nós temos inclusive um apartamento terapêutico, portanto, a pessoa pode acabar o percurso na comunidade terapêutica e beneficiar dessa ligação. Este apartamento é suportado pela instituição e temos sete vagas protocoladas com a Segurança Social. O utente também suporta esta fase com uma verba de 100 euros mensais destinada a toda a gestão do apartamento terapêutico. É muito importante a pessoa estar re-inserida mas beneficiar ainda de algum apoio terapêutico. Além disso, temos assistente social e um clube de emprego bem como uma forte ligação à sociedade civil e ao tecido empresarial. Em 2016, projectamos criar uma empresa de inserção em conjunto com alguns utentes que, quando estiverem numa fase de reinserção, passarão para esta empresa, que será gerida por eles e por alguns técnicos da instituição.

Autarquia portuense investe na economia social:

# C.M. Porto cede novas instalações à cooperativa de solidariedade social Fisoot

*Foram inauguradas, no dia 14 de Dezembro, as novas instalações da Fisoot, uma cooperativa de solidariedade social que desenvolve acções e projectos de combate à desigualdade e à exclusão social. A cerimónia contou com a presença do presidente da Câmara do Porto, Rui Moreira, do vereador da Habitação e Acção Social, Manuel Pizarro, do presidente da junta de freguesia de Campanhã, Ernesto Santos, e do presidente da junta de freguesia de Paranhos, Alberto Machado.*

*A autarquia portuense cedeu um edifício municipal, localizado em Campanhã, junto ao bairro Pio XII, por um período de 10 anos, tendo procedido à substituição da cobertura do mesmo, bem como a requalificações nas instalações de águas e nos arranjos exteriores e jardins.*

*A presidente da direcção da Fisoot, Maria Antónia Moreira salientou o "reconhecimento público municipal pelo trabalho desenvolvido pela instituição", destacando os projectos relacionados com o acompanhamento psicossociológico das vítimas de violência doméstica e da sua autonomização financeira. A título de exemplo, Maria Moreira referiu "o projecto Mãos à Obra, que foi finalista no prémio da Fundação Manuel António da Mota e surgiu da constatação de que as vítimas tinham muito falta de auto-estima e uma dependência económica total dos maridos, companheiros, namorados. Damos-lhe formação e depois arranjamos-lhe trabalho", explicou. Dependências testemunhou a ocasião e entrevistou Manuel Pizarro.*

## **Esta é uma forma diferente de apoiar as instituições?**

**Manuel Pizarro (MP)** – Nós ajudámos a Fisoot, cedendo um imóvel que era da Câmara Municipal do Porto mas que estava ao abandono, causando até alguma insegurança junto do Bairro Pio XII e toda esta zona urbana. Cedemos estas instalações à Fisoot, e procedemos também à substituição do telhado porque acreditamos no potencial desta instituição, que trabalha para auxiliar a reinserção social e profissional de pessoas que estão em situação de grave exclusão. Temos acompanhado este trabalho e verificamos que o mesmo é feito com muito carinho, com muito cuidado e com resultados muito interessantes, por isso achámos que era importante ajudarmos para que possa decorrer em melhores condições.

**Os bairros sociais continuam a representar guetos de problemas e a população continua a reclamar em função das carências existentes. Ao fim de dois anos, que resposta poderá o vereador da acção social da Câmara Municipal do Porto dar a esta população?**



**MP** – Acho que têm havido melhorias progressivas. Não se pode ter a expectativa de que os problemas sejam todos resolvidos de um dia para o outro e aqui está uma iniciativa dentro desse espírito. Precisamos de abrir os bairros à cidade e instalar uma instituição tão importante como a Fisoot na proximidade de um bairro é também um sinal do que pretendemos: instituições qualificadas que ajudem o trabalho social com pessoas que estão em situações de grande vulnerabilidade em função do desemprego, da exclusão social e da diminuição dos apoios sociais do Estado. Acho que se vive hoje melhor nos bairros do Porto e a minha expectativa é que isso vá acontecendo progressivamente com um sinal decisivo: participação dos moradores. Damos muita importância às associações de moradores e às formas de participação dos moradores porque não podemos estar a fazer política para as pessoas, queremos fazer política com as pessoas.

## **Dois anos depois, que retrato faz da cidade do Porto?**

**MP** – A cidade tem muitos problemas... isso é manifesto. Muitos dos aspectos que tínhamos diagnosticado, como a perda de actividade económica e o aprofundamento das desigualdades sociais, continuam a existir mas acho que os cidadãos da cidade do Porto sentem, como eu, que a cidade está melhor. Está mais progressiva, nota-se uma reanimação da actividade económica, há um grande esforço de coesão social e as pessoas sentem que têm na câmara municipal uma equipa para as ouvir e valorizar a sua iniciativa.

## **Apesar de termos vindo a assistir a um crescente interesse turístico, o aeroporto parece estar em vias de encerrar uma resposta que tantos proveitos tem dado...**

**MP** – O Porto sofreu muito com estes anos de centralismo exacerbado do Governo e espero que o novo tempo do Governo signifique também uma atitude de maior respeito pelos interesses da cidade e da região, decisivas para o país. Esse anúncio da TAP, de deixar de haver voos intercontinentais a partir do Porto é um ataque miserável à importância estratégica da cidade do Porto e do Norte do país na vida nacional.



# CONGRESSO NACIONAL DE ADICTOLOGIA

O TEMPO E AS ADIÇÕES  
LIGANDO A CIÊNCIA, A CLÍNICA E A POLÍTICA

**19 E 20 DE MAIO • 2016**

**HOTEL DONA INÊS • COIMBRA**

É com enorme satisfação que a Associação Portuguesa de Adictologia- Associação Portuguesa para o Estudo das Drogas e das Dependências (APEDD) vai realizar o Congresso Nacional de Adictologia que tem como tema geral “O Tempo e as Adições – Ligando a Ciência, a Clínica e a Política”.

Até à actualidade tem vindo a ser desenvolvido um consistente corpo teórico e empírico sobre os comportamentos aditivos. Contudo e apesar do indiscutível avanço no conhecimento das adições, permanecem algumas questões em aberto tanto na explicação do seu desenvolvimento e na persecução de tratamentos mais eficazes como sobretudo na tradução do conhecimento das novas

linhas de investigação, em particular das neurociências, para o âmbito da prática clínica, com possíveis implicações na definição de modelos de organização dos serviços de saúde para as adições e na clarificação e ajuste da dimensão jurídica.

Obrigado por participar, esperamos conseguir uma elevada qualidade científica e que vá de encontro às suas expectativas.

Tudo faremos para um bom acolhimento e que possa disfrutar da sua estadia na cidade de Coimbra, bem-vindo ao Congresso Nacional de Adictologia

*João Curto*  
Presidente da APEDD

## QUINTA FEIRA, 19 de Maio de 2016

**08.30** Abertura do Secretariado e Recepção dos Congressistas

	SALA SANTA CLARA	SALA COIMBRA
<b>09.30</b>	Prevenção dos comportamentos aditivos, o que há de novo?	Redução de Riscos e Minimização de Danos – Evolução dos Dispositivos

**11.00** Intervalo

<b>11.30</b>	CONFERÊNCIA
<b>12.30</b>	Sessão de Abertura

**13.00** Pausa para Almoço

<b>14.30</b>	Identidade clínica nos comportamentos aditivos	Comunicações livres
--------------	--	---------------------

**16.00** Intervalo

<b>16.30</b>	A investigação e a clínica das adições	Controvérsias nas Adições
--------------	--	---------------------------

<b>18.00</b>	Assembleia Geral da APEDD
--------------	---------------------------

**21.30** RECITAL DOS CONGRESSISTAS

## SEXTA FEIRA, 20 de Maio de 2016

	SALA SANTA CLARA	SALA COIMBRA
<b>09.30</b>	Intervenções na Dependência opióide	Inserir: por onde começar?

**11.00** Intervalo

<b>11.30</b>	Afinal, o que é que fazemos com a Cannabis!?	Os meios de comunicação e as adições: rigor científico vs estigma
--------------	--	---

**13.00** Pausa para Almoço

<b>14.15</b>	CONFERÊNCIA	
<b>15.00</b>	Atualidades e controvérsias em alcoologia: do dogma da abstinência até ao consumo controlado	Compreender o percurso das substâncias e os comportamentos aditivos emergentes

**16.30** Intervalo

<b>16.45</b>	O que esperam os decisores políticos: para onde caminhamos	Organizações não-governamentais e adições: importância na atualidade
--------------	--	--

**18.00** ENCERRAMENTO

INSCRIÇÃO NO CONGRESSO ATRAVÉS DA PÁGINA [www.adictologia.com](http://www.adictologia.com)

Não sócios 25 € • Sócios – Quota de 2012 • CURSOS PRÉ-CONGRESSO – 20 €

# “Los déficits de atención de la población que consume con gran frecuencia cannabis, al final afectan a la economía conjunta de toda la sociedad”

## Más del 9% de la población española consume cannabis, ¿es verdad?

Francisco de Asís Babín – (FAB) Bueno, el indicador está construido de forma que el que haya consumido al menos una vez en el último año va a aparecer en esa encuesta, por lo tanto, estamos diciendo que el 9% de los individuos de entre 15 y 64 años de edad han consumido cannabis alguna vez en el último año. Eso es menos que hace una década. El consumo de cannabis está en descenso. Pero lo que nos preocupa es el 1'4% que hace un consumo de riesgo y la inmensa banalización que se está intentando hacer desde múltiples focos y foros contándonos que es inevitable algo que en España no queremos. Es evidente que tenemos que seguir trabajando. En la península estamos en una encrucijada de caminos en la que el hachís que se produce en el norte de África circula ampliamente. Y luego tenemos también un clima que hace que sea muy propicio para las plantaciones y busca la provisión de marihuana tanto para España como para otros países.

## ¿Estamos hablando de una sustancia peligrosa?

**FAB** – Indiscutiblemente sí. En España los que aspiran a hacer una especialidad médica tienen que hacer un examen de altísimo nivel muy competitivo para poder optar a una plaza de médico residente. Hace años una pregunta de ese examen era ‘¿Cuál es la causa más frecuente por la que una adolescente acude a urgencias por un trastorno psicológico?’. La respuesta correcta es el consumo de cannabis. A estas alturas ya no vamos a discutir la capacidad de alteración cerebral cuando se consume durante la adolescencia conllevando después problemas de concentración y atención, no solo en el rendimiento escolar sino más tarde en la etapa adulta. Además de que en la población española se suele consumir combinado con tabaco, lo cual pone en cuestión el discurso de que el cannabis es un producto natural que no es dañino, pero sobre todo lo que es más preocupante es que hemos duplicado el contenido de tetrahidrocannabinol de las especies que se cultivan.

**Cuando se habla de que el cannabis es una sustancia natural es muy discutible porque en muchas ocasiones se está consumiendo cannabis sintético con altos porcentajes de THC.**

**FAB** – Concentraciones del 14, 15 y 16 %, que van a producir muy fácilmente una adicción. Indiscutiblemente aparte de que es evidente que las drogas dejan a muchas personas en muy malas condiciones, tenemos que pensar a la hora de definir nuestra política en el daño para terceros. Por ejemplo, en el caso del tabaco



ya no se discute que el humo del tabaco es muy dañino también para terceros y nos ha ido llevando a hacer cada vez legislaciones más restrictivas, pensando en proteger los derechos de la comunidad, incluso en contra de los derechos hipotéticos del fumador. Ahora se demuestra que en un porcentaje muy elevado de los casos, los accidentes de tráfico están directamente relacionados con el consumo de drogas y frecuentemente del cannabis. También se demuestra que los déficits de atención de la población que consume con gran frecuencia cannabis, al final afectan a la economía conjunta de toda la sociedad. Es decir, que hay que enfocarlo desde la perspectiva de cuál es el derecho que debe de prevalecer.

**Después de la medida adoptada con respecto al tabaco, un 50% de las mujeres y un 30% de los hombres dejaron de fumar. Si se ha demostrado tan efectiva, ¿por qué no se hace lo mismo con el alcohol?**

**FAB** – Lo estamos intentando. Los dos proyectos de ley, que fueron casi sucesivos, que se tramitaron en España y que están en vigor, han conseguido dos cosas fundamentales: En primer lugar, crear un debate social que nos ha llevado a conocer que incluso los

propios fumadores están de acuerdo con esta normativa. Y segundo, que hemos conseguido unos descensos en población adolescente que ya no se incorpora al tabaco que son tremendos. De hecho una de las principales preocupaciones que tenemos es que hay más adolescentes que se inician al consumo de cannabis que adolescentes que lo hacen con el consumo de tabaco. Otro dato destacable es que el 70% de los padres y madres están totalmente en contra de que sus hijos empiecen a fumar, solo el 37% está en contra de que sus hijos empiecen a beber. Esto quiere decir que necesitamos de un amplio debate social que no va a cristalizar en un día ni en dos, porque si bien es importante el contexto de las medidas ambientales y las normativas para proteger a los menores del consumo de alcohol, lo cierto es que mientras la sociedad no reflexione sobre los terribles efectos que tiene el modelo de consumo de alcohol en nuestros menores, va a ser imposible que consigamos bajar la prevalencia. No obstante aventuro que nuestra próxima encuesta va a presentar resultados más favorables.

### **Entonces el poder económico se sobrepone al poder de la salud**

**FAB —** Bueno, o quiere decir también, que de alguna manera o se genera una conciencia social protectora o es muy difícil que solo desde la función de autoridad o la administrativa o política, etc. se pueda cambiar la realidad.

### **¿Qué ha fallado para que la percepción de riesgo del consumo de cannabis sea la que es?**

**FAB —** Es sorprendente la cantidad de fuentes que hay continuamente volcadas en banalizar el consumo de cannabis y habiendo personajes como George Soros detrás de los movimientos cannábicos, apoyándolos y financiándolos con millones de dólares detrás; pues es obvio que desde la perspectiva de la disponibilidad de recursos que nosotros tenemos (en una etapa de crisis como la que hemos estado atravesando), la inversión es mucho mayor en pro de la banalización que la que podamos hacer para conseguir el efecto contrario. Todo esto al final no es neutro, claro, que tiene un efecto.

### **¿Cuáles son las consecuencias de los actuales consumidores de cannabis?**

**FAB —** Pues si han empezado a consumir en la edad adulta, seguramente no tendrán ningún problema, suponiendo que no se queden en una cuneta en un accidente de tráfico o que no se lleven por delante a otra persona y acaben en un presidio. Desde el punto de vista de su salud individual, seguramente, la inmensa mayoría no tendrán ningún problema. Ahora, de los que consu-

men a diario las variedades que ahora mismo encontramos en el mercado de marihuana con las concentraciones de tetrahidrocannabinol, ya podemos prever que al menos un tercio acabará desarrollando una adicción con todo lo que ello conlleva de riesgo de exclusión, pérdida de las relaciones sociales, de la capacidad laboral, etc. Esto nos tiene que preocupar no solo desde el punto de vista individual, ya que en este país a nadie se le penaliza por el hecho mismo de consumir, pero evidentemente esto nos lleva a tener que proteger al conjunto de la sociedad de las consecuencias que ese consumo conlleva.

### **Después de los intentos de la aplicación de la ley del alcohol, ¿Qué ha pasado para que no se haya aplicado de nuevo?**

**FAB —** Que no nos ha dado tiempo. La ministra Ana Mato dijo en su momento en sede parlamentaria que haríamos una ley y que la haríamos con el consenso de todos. El consenso lo hemos alcanzado y está escrito y firmado pero lo suficientemente tarde como para que ya no diera tiempo porque la aplicación de un proyecto de ley no se puede hacer tres meses antes de que se disuelvan las cortes generales. Con lo cual quien tenga la responsabilidad de la próxima legislatura se encuentra un trabajo sólido, bien hecho, muy consensuado del que espero que tire para poder alcanzar ese objetivo. De todos modos, el plan estratégico que está en marcha alcanza hasta diciembre de 2016, tenemos ese tiempo para terminar de redondear ese objetivo que está dentro de esa estrategia.

### **¿Cuál es la valoración del trabajo hecho los últimos 4 años desde el Plan Nacional sobre Drogas?**

**FAB —** El balance es muy satisfactorio. Hemos puesto en marcha un plan de acción con 36 medidas imprescindibles cuya valoración es enormemente positiva, donde hemos conseguido un consenso amplísimo, de más de 20 productos de ese plan que todas las comunidades autónomas han aprobado aplicar. Hemos conseguido crear el consejo estatal de drogodependencias y otras adicciones, hemos aumentado y mejorado los recursos con lo que tiene que ver con el fondo de bienes decomisados, hemos conseguido un grado enorme de identificación de sociedades científicas, de ONGs y de administraciones en relación a la tarea y a los objetivos a realizar. En definitiva es un balance positivo, aunque siempre quedan espinitas. A mí me hubiese gustado que hubiésemos podido concluir con el proceso de la ley de protección de los menores y también queremos dar de una base normativa al sistema de alerta temprana. Siempre hay cosas y siempre hay que seguir trabajando.





# El alcohol causa uno de cada 30 cánceres en todo el mundo

“El Alcohol aumenta el riesgo de diversos cánceres del aparato digestivo y también de mama en las mujeres”, ha indicado hoy el Dr. Josep Guardia Serecigni, miembro de la Junta Directiva de SOCDROGALCOHOL

En 1988, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) declaró que el alcohol es un agente carcinógeno, lo cual ha sido confirmado en diversas ocasiones y se ha convertido en una evidencia científica.

23-Dc- 2006. Según Josep Guardia, “El Informe Mundial sobre el Cáncer, publicado en 2014 por la Organización Mundial de la Salud, afirma que el alcohol causa el 3,5% de cánceres, lo cual supone 1 de cada 30 cánceres en todo el mundo. Informes recientes indican además que la proporción de cánceres atribuibles al alcohol ha aumentado en los últimos años, debido a un incremento tanto en la prevalencia de personas que toman bebidas alcohólicas, como en la cantidad de alcohol consumido, sobre todo entre las mujeres”.

Diversos estudios de seguimiento, tanto de hombres como de mujeres, han confirmado una clara relación entre la cantidad total de alcohol consumido durante años y los cánceres de colon y recto, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado y de mama en la mujer.

Una sola consumición pequeña (un quinto de cerveza o una copita de vino) equivalentes a 10 gramos de alcohol puro al día, aumenta el riesgo de cáncer de mama en un 6%. Y, cada 10 gramos más de alcohol al día, aumenta un 4,2% el riesgo de cáncer de mama en las mujeres. El efecto es por tanto acumulativo y se produce una relación dosis-respuesta. “Es decir, a mayor cantidad de alcohol consumido mayor riesgo de cáncer, a partir de dos o más décadas después”, afirma Josep Guardia.

Esta relación ha sido también confirmada con respecto al cáncer colo-rectal (de colon y recto) y otros cánceres del tubo digestivo, cuyo riesgo se suma al determinante genético para determinados cánceres como el de mama o el cáncer colo-rectal, que puede ser mayor en determinadas familias.

Fumar tabaco es otro claro factor de riesgo de cáncer de pulmón y de las vías respiratorias, que también se suma al riesgo del alcohol. El riesgo de cáncer de la cavidad oral (boca), faringe, laringe y esófago, es todavía mayor en las personas que además de fumar tabaco toman bebidas alcohólicas de manera habitual y en cantidades elevadas, (es decir, que superen las 3 consumiciones al día para los hombres o 2 para las mujeres). Como contrapartida, evitar los cigarrillos y el alcohol podría prevenir hasta el 80% de casos de cánceres de la boca y el 90% de los de laringe.

Aunque el riesgo de cáncer aumenta en proporción directa a la cantidad de alcohol consumida, más de 200 estudios han confirmado que el riesgo aumenta ya desde una sola consumición al día, para los cánceres de boca, faringe y de mama. Además, en las personas que además son fumadoras, el riesgo de cáncer de oro-faringe llegaría a ser casi 6 veces mayor.



***Una sola consumición pequeña  
(un quinto de cerveza o una  
copita de vino) equivalentes a  
10 gramos de alcohol puro al  
día, aumenta el riesgo de cáncer  
de mama en un 6%.***

Los cánceres más frecuentes, atribuibles al alcohol, serían los de intestino en los hombres y de mama en las mujeres. El número de hospitalizaciones por cánceres relacionados con el consumo de alcohol ha aumentado en la última década y ha llegado a superar los ingresos hospitalarios por accidentes de tráfico y violencia juntos, en el Reino Unido.

En general, la población sabe que el alcohol puede causar enfermedades del hígado, pero desconoce que también puede aumentar también el riesgo de cáncer. Un 26% de los hombres y un 17% de las mujeres del Reino Unido toman bebidas alcohólicas por encima de los límites recomendados y los mayores promedios de consumo de alcohol se producen en personas de 45 a 64 años de edad (no en los jóvenes).

Si se pretende reducir la incidencia de cánceres relacionados con el alcohol, tendrían que ampliarse tanto las estrategias que han demostrado ser eficaces, centradas en la reducción del consumo de alcohol en la población general, como el número de personas que reciben un tratamiento especializado del Alcoholismo, que son sólo una pequeña proporción del total de personas que sufren dicha enfermedad adictiva.

Una reducción sustancial del consumo de bebidas alcohólicas, hasta un consumo mínimo en cantidad y frecuencia, sobre todo en las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama. De la misma manera que los hombres y mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de colon y recto.

# EL USO DE MARIHUANA Y LOS RESULTADOS EDUCATIVOS



Los estudios de investigación muestran que la marihuana interfiere con la atención, la motivación, la memoria, y el aprendizaje. Los estudiantes que usan marihuana en forma regular tienden a sacar notas mas bajas, y tienen mayor probabilidad de abandonar la escuela secundaria (high school), en comparación con los estudiantes que no usan marihuana. Aquellas personas que usan marihuana con regularidad podrían estar funcionando a un nivel intelectual reducido la mayoría o casi todo el tiempo.

LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS  
QUE USAN MARIHUANA  
COMIENZAN EN LA  
**ADOLESCENCIA**



**78%**

de los 2.4 millones de  
personas que comenzaron a  
usar marihuana durante el  
año pasado tenían entre 12 y  
20 años de edad.<sup>1</sup>

A medida que disminuye  
la percepción de daño...



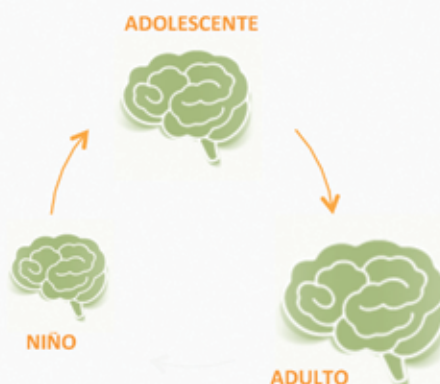
aumenta  
el uso de marihuana.<sup>2</sup>

**CADA DÍA,**

**3,287**  
**ADOLESCENTES**  
**USAN MARIHUANA**  
**POR**  
**PRIMERA VEZ<sup>1</sup>**

## LA MARIHUANA PUEDE DAÑAR EL CEREBRO EN DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

El cerebro del  
adolescente aún  
**está en**  
**desarrollo** y es  
especialmente  
vulnerable al  
uso de drogas.



**ICI**

El uso frecuente e  
intenso de  
marihuana por  
adolescentes puede  
disminuir el  
coeficiente  
intelectual (CI) por  
hasta **8 puntos<sup>3</sup>**

## EL USO INTENSO DE MARIHUANA POR ADOLESCENTES SE ASOCIA CON<sup>4</sup>:

### Resultados educativos



calificaciones y  
puntuaciones de  
exámenes  
**más bajas**



**menor**  
**probabilidad**  
de matricularse en  
la universidad



**menor**  
**probabilidad** de  
graduarse de  
escuela secundaria  
(HS) o de la universidad



**menor**  
**satisfacción**  
con la vida



**mayor probabilidad**  
de ganar salarios  
**más bajos**



**mayor**  
**probabilidad**  
de estar  
**desempleado**



National Institute  
on Drug Abuse

1. NSDUH, SAMHSA, 2014; 2. MTF Survey; 3. Meier et al 2012; 4. MTF Survey; Cobb-Clark et al. 2013; Silins et al 2014; Tucker et al 2005; Homel et al. 2014; Volkow et al 2014; Fergusson and Boden 2008; Brook et al 2013

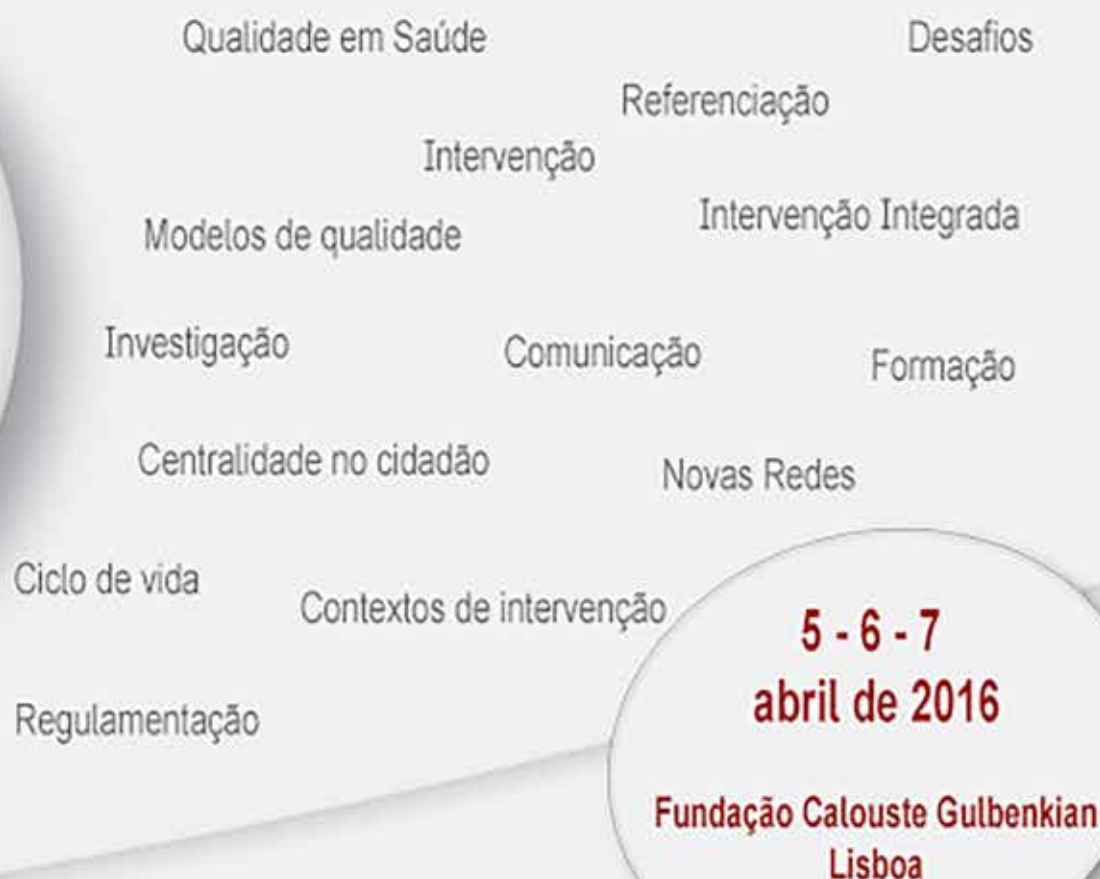
Translated by the [Addiction Technology Transfer Center \(ATTC\) Network](#).

# II Congresso SICAD

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências



## Intervenção e Qualidade em Comportamentos Aditivos e Dependências



Consulte o Programa Síntese e faça a sua Pré-Inscrição em:

**[www.sicad.pt](http://www.sicad.pt)**