

# dependências

Parceiro do Plano  
Nacional de Saúde 2014



Plano Nacional de Saúde  
2012-2016



Assembleia da Republica aprova aditamento ao Orçamento de Estado:

**“Nova Estrutura de combate  
à toxicodependência, ao alcoolismo  
e a outras dependências” à vista...**



SICAD assinala marco histórico  
no Porto:

**“Descriminalização  
15 anos depois”**



**“Sala de consumo  
assistido não é  
solução para Lisboa”**

# Editorial



A Assembleia da Republica aprovou, por proposta do Grupo Parlamentar do PCP, um aditamento ao Orçamento de Estado que define que “o Governo, durante o ano de 2017, procede ao levantamento das consequências da extinção do IDT, IP e enceta as diligências necessárias à criação, no âmbito da administração pública, de uma entidade dotada de autonomia administrativa e financeira que tenha como missão a coordenação, o planeamento, a investigação e a intervenção no combate à toxicodependência, ao alcoolismo e a outras dependências, integrando as vertentes da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção social”.

Esta iniciativa surge na sequência do impacto negativo, reconhecido e manifestado pelos profissionais que trabalham nesta área, que viram fragmentadas as respostas na intervenção nos comportamentos aditivos e dependências, tal como foi excelentemente retratado na “Declaração de Aveiro”.

Com esta proposta, pretende-se inverter esta tendência de destruição de um serviço público de excelência na área dos comportamentos aditivos

e das dependências, reconhecido internacionalmente.

Foi na cidade do Porto que se comemoraram os 15 anos da Lei que descriminalizou o consumo de droga e que deu origem à Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. O balanço não suscita dúvidas: a descriminalização foi um sucesso e é hoje uma referência a nível internacional.

Estamos a falar de um marco histórico na luta contra a droga e as toxicodependências, que soube afinar instrumentos para a redução da oferta e da procura. Do mesmo modo, resultou um modelo pragmático no seu principal objectivo: a redução do número de portugueses que sofrem por via da dependência e das suas consequências para a saúde pública, centrando toda a sua atenção na centralidade no cidadão, na parceria activa com a sociedade civil e na pro-actividade. Com a implementação de políticas de proximidade, da prevenção ao tratamento, através de planos operacionais de respostas integradas, envolvendo e articulando com a sociedade civil e o meio envolvente, optimizando recursos e abordagens, foram atingidos altos níveis de intervenção na promoção e protecção da saúde, do bem-estar e da coesão social.

Por isso, o que hoje se exige é a continuidade desse consenso político para fazer regressar e continuar o excelente trabalho iniciado há mais de duas décadas por um conjunto de jovens (na altura) profissionais e que hoje, apesar das rugas que o tempo não apaga, fizeram a história do País.

É em nome destes homens e de muitos profissionais que não posso calar a minha voz, pelo que desenvolveram ao longo destes anos, que pela sua intervenção e persistência foram capazes de transformar o impossível numa realidade. Devemos continuar a afirmar que se a descriminalização da droga cumpriu os seus desígnios e princípios humanistas, se já todos reflectiram sobre a necessidade de mudança, é hora de fazer história e repor a dignidade na intervenção nos comportamentos aditivos para que Portugal volte a ter uma “entidade pública responsável pela coordenação, o planeamento, a investigação e a intervenção no combate à toxicodependência, ao alcoolismo e a outras dependências, que integre as vertentes da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção social”.

Sérgio Oliveira,  
director

SICAD assinala marco histórico:

# Descriminalização – 15 anos depois

O Auditório da Biblioteca Municipal Almeida Garrett, no Porto, acolheu a realização do Encontro Descriminalização – 15 anos depois. A organização coube ao SICAD e pretendeu assinalar um marco histórico a nível nacional mas também com grande repercussão a nível internacional. Após 15 anos de descriminalização do consumo de drogas (Lei 30/2000 de 29 de Novembro), Portugal vê internacionalmente reconhecida a estratégia política que adoptou em matéria de comportamentos aditivos e dependências.

O sucesso do Modelo Português deve-se sobretudo a uma abordagem global e integrada na toxicodependência onde a Dissuasão, a Prevenção, o Tratamento, a Redução de Riscos e Minimização de Danos, e a Reinserção se entrelaçam conferindo singularidade à intervenção.

As Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) celebraram no dia 1 de Julho, 15 anos de existência na sua missão crucial de promover a dissuasão do consumo de substâncias psicoactivas e a diminuição das dependências, constituindo-se como um serviço ímpar, de referência nacional e internacional, na operacionalização da Lei.

No encontro foram abordados temas como o contexto social e político da descriminalização, a visão política da descriminalização, a qualidade da intervenção em dissuasão e o papel das CDT na perspectiva de uma intervenção integrada, dissuasão, a afirmação de um modelo único e a descriminalização e o impacto na comunidade internacional.

Dependências associou-se ao evento e entrevistou o vereador da Câmara Municipal do Porto, Manuel Pizarro, a deputada Antónia Almeida Santos e recolheu ainda depoimentos de João Goulão e Manuel Cardoso e Elza Pais.

**MANUEL PIZARRO**

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



**Que balanço faz após estes 15 anos sobre a descriminalização?**

**Manuel Pizarro (MP)** – Acho que é um balanço muito positivo. Nós somos sempre muito críticos com o nosso país e creio que é muito importante que sejamos capazes de reconhecer as coisas que fizemos bem. Nesta matéria do combate à droga e aos seus efeitos dramáticos sobre as pessoas, as famílias e as comunidades, Portugal deu passos em frente na liderança mundial deste processo. A consideração dos problemas da droga como problemas que são tratados em primeiro lugar e sobretudo no domínio da saúde permitiu-nos avançar. Um toxicodependente é, em primeiro lugar, um doente e não um criminoso e tem que ser tratado de forma a aproximar-se do sistema de saúde. Isso faz toda a diferença. Há 20 anos, este era o mais importante problema das pessoas e hoje está fora da lista dos 10 mais importantes... o que não quer dizer que não tenhamos necessidade de lhe prestar atenção e de criar novas respostas para as novas realidades que também hoje existem.

**Ainda assim, há questões que estavam na altura previstas e que não vieram a ser concretizadas, nomeadamente as salas de consumo assistido... No Porto, chegaram a surgir propostas nesse sentido mas não avançaram... Não existe para já consenso em relação a essa questão?**

**MP** – Temos que perceber se, tantos anos depois, aquilo que parecia há 15 anos uma necessidade se mantém como tal... Entendo que devemos criar as respostas quando as mesmas forem necessárias e úteis, não devemos fechar-lhes a porta por preconceito mas também não as devemos criar apenas por moda para parecer que somos modernos. Por isso, o que a Câmara Municipal do Porto fez foi encomendar ao Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto um estudo para procurar demonstrar se, na realidade que hoje temos, a sala de injeção assistida é ou não uma prioridade. Não temos nenhum preconceito mas também não a iremos criar se a mesma não for a resposta mais im-







portante ou se verificarmos, como alguns grupos que actuam no terreno parecem dizer-nos que, mais importante hoje, é haver apoio social para que muitas pessoas que continuam a consumir nesses espaços públicos possam encontrar um espaço de alojamento e de protecção. Parece que, hoje, essa realidade da desprotecção social se afigura mais dramática do que a realidade na área directamente sanitária. Vamos actuar procurando conhecer com profundidade a realidade para termos apoio técnico para uma decisão política que não deixaremos de tomar na protecção das pessoas.

**Existe alguma previsão para a conclusão desse estudo?**

**MP** – Esse estudo ser-nos-á entrega entre Fevereiro e Março do próximo ano.

**Há dois anos atrás, neste mesmo espaço, referindo-se à extinção do IDT por parte do governo anterior, afirmou que “quem não sabe não mexe”... Passados dois anos, tudo continua igual...**

**MP** – Pois... é daqueles casos em que foi tomada uma decisão muito irresponsável e que não tem nada que a sustente do ponto de vista técnico. A decisão de extinção do IDT foi uma decisão de preconceito político contra a existência de um instituto público que tratava de um tema muito relevante. Acho que foi motivada pela ignorância e acho que precisamos medir bem os efeitos que daí resultaram. A sensação que todos temos hoje, mesmo no aparelho da administração local, é de que falta um parceiro do Estado que possa trazer-nos o contributo do conhecimento técnico e da reflexão científica que uma matéria como esta precisa para ser lida com a profundidade que merece.



**ANTÓNIA ALMEIDA SANTOS**

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

**15 anos depois, fica uma política muito mais humanista mas também o dismantelamento de uma rede e de um modelo que funcionava e era até reconhecido internacionalmente...**

**Antónia Almeida Santos (AS)** – Creio que dismantelamento será um termo um pouco forte. É certo que houve um desinvestimento mas a mudança de paradigma tem-se mantido inalterável. Aquela política repressiva de ver o consumidor como um criminoso deixou de existir, mantém-se a distinção entre consumo e tráfico, que me parece fundamental... Agora, é evidente que existia uma estratégia centralizada, em que havia um modelo com várias vertentes, incluindo a prevenção primária e secundária, a RRMD e a reinserção e, de facto, essa estratégia global, que se mostrou eficaz, foi um pouco abandonada. E isso também se deveu ao facto de se ter descentralizado a estrutura que tratava estes assuntos, colocando-os nas ARS. Este não pode ser um problema tratado de forma dispersa e, nesse aspecto, considero que tem alguma



razão, embora tenha utilizado um termo que não quero subscrever porque recuso achar que está desmantelado. Acho que estamos em boa altura de poder fazer novamente um aperfeiçoamento do modelo. 15 anos passados temos resultados, já passámos fases piores e não me esqueço que o anterior governo do PSD quis retroceder, voltando a criminalizar e conseguimos que isso não passasse, até porque existe hoje um consenso nacional, até de muitos conservadores que não querem voltar atrás. Portanto, acho que temos as condições necessárias para fazermos agora esse trabalho de aperfeiçoamento e de voltarmos a ter uma estratégia mais eficaz, com todas as áreas de missão incluídas dentro do mesmo sistema.

**Enquanto deputada, que contributo poderá dar para que esse aperfeiçoamento seja uma realidade?**

**AS** – Por iniciativas que já fizemos no Parlamento, nomeadamente perguntas ao Governo aquando da presença do ministro da saúde, que tutela esta área, constato que existe vontade política e um grupo de trabalho que está a pensar sobre a melhor forma de fazer esse aperfeiçoamento.



**MANUEL CARDOSO**  
***“Temos matéria para continuar e um produto que vale a pena ainda mais valorizar”***

“Parabéns a todos os prelectores, que foram fantásticos e parabéns às CDT pelos resultados que foram aqui apresentados a todos os profissionais, o que demonstra que temos matéria para continuar e um produto que vale a pena ainda mais valorizar. Vou muitíssimo mais rico e muito contente por ter feito parte de quem decidiu fazer este encontro. 15 anos depois, não sei até quando, mantenho que vamos repensar tudo isto mas se calhar com um novo olhar”.



**JOÃO GOULÃO**  
***“O que interessa é a relação que o cidadão estabelece com a substância e não a substância ela própria”***

“Há dois tipos de balanços que vale a pena fazer: por um lado, o do próprio encontro e aqui associo-me ao que já foi dito, cumprimentando todos os prelectores e presentes pelos contributos que deram... Mas também devo enquadrar o âmbito deste encontro... O próprio Brandom, hoje de manhã, fez um comentário relativamente ao título, achando-o redutor. Ora, a descriminalização é uma das componentes das nossas políticas e este encontro, que aliás nasceu de um movimento das próprias CDT no sentido de comemorarem os 15 anos da sua actividade, é muito focado na intervenção no âmbito da dissuasão e no âmbito da actividade das CDT com as suas articulações com parceiros a montante e a jusante. A nossa política tem mais do que isso. Tem muitas outras componentes na área da redução da oferta e na área da redução da procura. Mas este encontro era sobretudo uma reflexão centrada no dispositivo que operacionalizou a descriminalização.

Vimos aqui vários estudos e indicadores e continuo a pensar que não conseguimos identificar a descriminalização como uma variável independente nem estabelecer uma relação de causa efeito entre a evolução dos indicadores e a descriminalização ela própria. É o pacote completo de uma nova abordagem pelas forças policiais. As coisas não se fazem de um momento para o outro mas, como o órgão internacional de controlo de estupefacientes era no início extremamente crítico face à solução que Portugal encontrou e 15 anos depois a aponta como um exemplo de boas práticas, também a estrutura de forças de segurança evoluiu ao longo do tempo. E considero que temos hoje um entrosamento cada vez maior, elegendo como objectivo último o ganho do cidadão que tem ligações com o consumo de substâncias. Foi dito e muito bem que, no nosso quadro legal, usar drogas continua a ser proibido e é nesse campo que as forças de se-



gurança cumprem o seu papel. Se calhar, há reflexões que têm que ser feitas... Fomos tão longe quanto possível e à margem quanto possível do paradigma proibicionista. Descriminalizámos, mantendo penalidades e isso mantém-nos dentro do tal paradigma aceite internacionalmente e do qual somos subscritores.

Penso que a sociedade portuguesa está hoje relativamente confortável, sendo evidente que este não é um problema resolvido, desde os impactos envolvidos para a saúde individual e colectiva à pequena criminalidade aquisitiva. Mas também já foi dito várias vezes e referido por oradores ao longo destes dois dias que o problema da droga, da toxicodependência e dos toxicodependentes passou de primeira preocupação dos portugueses para a 13ª desde a aprovação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, em 1999. É evidente que muito já estava a ser feito antes da aprovação da estratégia mas sentíamos claramente a necessidade de balizas e orientações claras. A título de exemplo, havia trabalho preventivo mas, se calhar, havia também uma preponderância de investimento em campanhas mediáticas e spots publicitários que têm um ganho perfeitamente residual em termos de alteração dos comportamentos, sobretudo se o compararmos com o preço que custa. É verdade que não temos hoje esse trabalho mas temos o trabalho de “formiguinha”, diariamente no terreno, junto de grupos de risco acrescido, junto dos nossos jovens nas escolas, com a aplicação do Eu e os Outros e de outros programas, muito eficazes, que vão alterando mentalidades, aumentando a resiliência à pressão de pares e permitindo que as pessoas tenham outra consciência e façam as suas escolhas de forma informada.

Quando foi aprovada a estratégia de 1999, tínhamos em desenvolvimento inúmeros programas, estávamos em pleno desenvolvimento da rede de CAT e eu e o Dr. Manuel Cardoso, que já éramos então responsáveis do SPTT, tivemos meios uma vez que houve investimento público face àquela que era a primeira preocupação dos portugueses e uma prioridade política. E fizemos rapidamente uma rede, que foi crescendo, com cada vez mais profissionais e mecanismos razoavelmente ágeis para contratar. Mas as coisas não pareciam estar a resultar... Começámos a desenvolver políticas de redução de danos e fomos também inovadores ao disponibilizarmos a troca de seringas nas farmácias, começámos a desenvolver outras medidas, como os centros de abrigo e de acolhimento. Tipificar isto e incluir num pensamento estratégico foi um papel que tive o prazer de alinhar, juntamente com outros membros e incluímos a tal comissão para a estratégia de 1999...

Hoje, falamos aqui com toda a tranquilidade sobre metadona e de como veio alterar completamente o panorama da abordagem ao inimigo público número um da altura, a heroína, que de alguma forma

ainda marca muito a nossa realidade. Trabalhei uns largos anos no Algarve numa altura em que o acesso à metadona se circunscrevia ao Porto. E mesmo no meio técnico não tínhamos consenso relativamente à utilização da metadona... A estratégia tentou pôr as coisas nos carris. Não determinou nenhum tipo de obrigatoriedade acerca da sua utilização mas antes que deveria estar disponível em todo o território nacional para que, se os médicos entendessem, a prescrevessem aos seus doentes. Isto aconteceu e penso que todos estamos conscientes do salto qualitativo que tal representou na abordagem destes problemas e no lidar de algumas das consequências mais chocantes e marcantes, como a evolução da infecção pelo VIH, das mortes por overdose, etc.

Tudo isto fazia mais sentido se o humanismo consagrado nesta estratégia contemplasse uma abordagem pelo lado da saúde e do social do que propriamente pela abordagem das forças policiais e dos tribunais. E a grande virtualidade da descriminalização foi, do meu ponto de vista, tornar tudo isto muito mais coerente. Depois, houve mais uma originalidade, que foi a forma como foi implementada. Existem países que têm tribunais da droga, com procedimentos mais aligeirados mas que não deixam de estar na dependência do poder judicial e nós temos instâncias administrativas que podem aplicar penalidades mas cujo grande objectivo é serem didácticas e terem a possibilidade de encaminharem as pessoas para as respostas mais adequadas. Quer tenhamos um toxicodependente, quer tenhamos alguém que está na sua “lua-de-mel” com as substâncias, quebramos a inércia, identificamos problemas e temos a possibilidade de intervirmos e de encaminharmos a pessoa para as respostas existentes que a possam ajudar e, eventualmente, intervir num qualquer factor que, coexistindo com o uso de drogas, pode vir a conduzir a que esse uso se torne problemático. Toda esta panóplia de virtualidades da intervenção das CDT só é possível se as mesmas interagirem com todas as estruturas existentes na sociedade e vimos aqui alguns bons exemplos. Penso que é algo de que nos devemos orgulhar. A tal atitude crítica de há 15 anos está hoje em velocidade cruzeiro e assumida e interiorizada na sociedade portuguesa, colhendo aceitação consensual por parte de todas as forças políticas. Este percurso que fizemos juntos, com percalços, com investimentos maiores ou menores ao longo do tempo, trouxe-nos um balanço que, neste 15º aniversário, não pode ser senão positivo.

Sou sensível à argumentação de alguns participantes, nomeadamente o Sérgio Rodrigues, que várias vezes insistiu na necessidade de envolver de uma forma mais activa a sociedade civil e, particularmente, os utilizadores de substâncias. Devo dizer que estamos actualmente em processo de revisão das estruturas de coordenação





nacional e já enviámos para o Governo uma proposta para que a designação do cargo que desempenho passe a ser Coordenador Nacional para os Comportamentos Aditivos e Dependências, substituindo a actual designação de Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, da Toxicodependência e do Uso Nocivo do Álcool. Ora, isto tem algumas implicações na composição dos representantes ministeriais e dos próprios órgãos de coordenação nacional, havendo um conselho nacional consultivo em que está prevista a participação de organizações da sociedade civil, onde já temos o GAT enquanto representante das associações que se dedicam à problemática do VIH/Sida e a CASO ou outras associações poderão eventualmente entrar neste novo desenho das estruturas. De qualquer forma, penso que têm vindo a ser mais envolvidos nestas reflexões e quero dizer-vos que a vossa presença e atitude crítica em muitos momentos é muito bem-vinda estimulam-nos e ajudam-nos a olhar para a frente.

O salto a seguir é para um novo paradigma no quadro da legalização. Quando discutimos a descriminalização e a decidimos fizemo-lo para todas as substâncias, não embarcando na distinção entre drogas leves e duras que, como sabemos, do ponto de vista científico, nunca fez grande sentido. O que interessa é a relação que o cidadão estabelece com a substância e não a substância ela própria. Ao abordarmos a questão da legalização das drogas penso que deveríamos fazê-lo para todas... Penso que não temos nenhuma urgência em alterar o actual quadro legal porque a evolução dos indicadores sobre as consequências dos consumos problemáticos tem vindo a descer. Fomos um laboratório especial, onde outros países puderam vir buscar inspiração e penso que é nossa responsabilidade acompanhar outros laboratórios que estão hoje a funcionar, como o Uruguai, vários estados dos EUA onde o uso foi legalizado, percebermos como as coisas evoluem e como se posicionam alguns interesses económicos em torno destas questões. Precisamos de perceber também que a premência para saltarmos deste novo paradigma regulador é particularmente intenso em países da América Latina e que, nesses países, em regra, a droga mata muito mais por via das balas do que propriamente pelo seu uso. Em suma, temos alguma folga de tempo para vermos como evoluirão estas coisas nesses países antes de saltarmos para o paradigma regulador.

Outra questão em que penso que devemos fazer finca-pé é numa distinção clara acerca da regulação da cannabis para fins terapêuticos versus regulação para fins recreativos. Penso que são duas discussões perfeitamente legítimas mas que devem ser tratadas em sedes completamente diferentes. A regulação da cannabis para fins terapêuticos é um assunto para o Infarmed, para a Ordem dos Médicos, para os colégios da especialidade, para os oncologistas e os infecciolistas dizerem claramente se temos vantagens em prescrever cannabis ou produtos preparados a partir de cannabis a doentes em determinadas situações e, aí, penso que o SICAD não terá nada que se "atravessar"... Seremos certamente solicitados a dar um pa-

recer mas não teremos nada a obstar a uma decisão desse tipo... Outra questão é a regulação do uso recreativo, cuja discussão é igualmente legítima, mas que passa por conferir ao cidadão, supostamente informado, a capacidade de fazer a sua escolha e, se tiver mais de 18 anos, de, como compra um maço de tabaco ou uma garrafa de whisky, comprar essa substância... Curiosamente, esta solução é suportada por dois tipos de forças políticas: os ultra liberais, que defendem que a pessoa tenha a liberdade de usar mas isenta o Estado da responsabilidade de tratar eventuais consequências desse uso; por outro lado, temos teses que defendem este uso apenas em nome da liberdade individual e da não interferência do Estado no acesso a estas substâncias, reivindicando no entanto a oferta de respostas de tratamento... É aqui que estamos, estas questões estão em cima da mesa e, quando se fala na descriminalização como algo de meio caminho, diria que, em termos civilizacionais, o mesmo se deu antecorrem... Não temos que saltar para a frente só porque sim. Vamos acompanhar os tais laboratórios sociais que estão a funcionar e ver como as coisas evoluem.

Termino renovando os agradecimentos a toda a organização, aos colegas das CDT e a todos os participantes".



**ELZA PAIS. DEPUTADA  
À ASSEMBLEIA DA  
REPÚBLICA DO GPPS**

***“Quebrámos  
o paradigma  
repressivo,  
adotámos uma  
perspetiva,  
despida de  
preconceitos”***

Começo por felicitar a organização deste Encontro e pedir desculpas por não poder estar presente, como muito gostaria, num momento em que as CDT comemoram 15 anos da sua existência.

Trata-se de um projeto que ajudei e vi nascer, enquanto Presidente do IPDT, à época, e por isso a minha implicação, para com o importante e meritório trabalho que as CDT têm vindo a desenvolver, é total, e foi com particular orgulho que assisti ao longo destes 15 anos à consolidação de uma estratégia inovadora que projetou Portugal e a sua política de prevenção e combate às drogas e à toxicodependência além-fronteiras.

Tratou-se de uma caminhada conjunta, onde uma equipa larga e diversificada definiu uma estratégia que permitiu a operacionalização



da Lei 30/2000, de descriminalização do consumo de drogas, na linha do proposto pela Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga,

coordenada pelo Prof. Alexandre Quintanilha, cientista impar, que impulsionou também, pela sua coordenação, a escolha de um caminho inovador, de grande visão humanistas, que nos projetou para um futuro de inclusão e respeito pelos direitos humanos dos consumidores, de que muito nos orgulhamos.

Foi para mim um orgulho ter integrado essa equipa.

Uma palavra também de cumprimento caloroso para os colegas de painel, Maria Antónia Almeida Santos, coordenadora à época da CDT de Lisboa, que com a sua dedicação e empenho muito fez e continua a fazer, hoje na sua qualidade de deputada, e Vice-Presidente da Comissão de Saúde da AR, da qual também já foi Presidente, pela afirmação de uma estratégia integrada de prevenção, redução de risco, tratamento e integração dos toxicodependentes.

Esta estratégia, como sabemos, sofreu alguns retrocessos na anterior legislatura, que esperamos poderem ser minimizados no quadro das políticas de prevenção e combate às dependências deste Governo.

Cumprimentar igualmente o Prof. Carlos Poiães, que com o seu saber académico foi um grande impulsionador e apoiante deste movimento e desta estratégia inovadora que afirmou Portugal como uma referência mundial e humanista em matéria de drogas e toxicod dependência.

Ao Dr. João Goulão, Presidente do SICAD e na altura do SPTT, que muitas responsabilidades sempre teve ao longo destes 15 anos, da definição desta estratégia nacional inovadora, desejo-lhe hoje os maiores sucessos para que consiga restituir à estratégia o seu carácter integrado, com ganhos para os toxicodependentes e para a saúde pública, como tão bem tem ficado demonstrados nos relatórios anuais que o SICAD sobre a matéria tem vindo a realizar.

A toda a equipa das CDT, quero saudar-vos por estes 15 anos de empenho e dedicação e pela forma como têm resistido, espero que por muitos anos, e como têm conseguido operacionalizar um modelo integrado na charneira entre a prevenção, o tratamento, a redução de riscos e a reintegração dos consumidores de drogas ilícitas.

Tratou-se de um projeto desafiante que, contra ventos e marés, prosseguiu o seu caminho, uma experiência que ia ao encontro dos consumidores, tratando-os como pessoas que precisavam de encaminhamento e não de repressão, acentuando o princípio não estigmatizador, terapêutico e humanista deste modelo.

O Estado português ao manter o consumo de drogas como um ilícito, continuou desse modo a assinalar o desvalor do ato através da censura por via administrativa, embora lhe tenha retirado a dignidade penal.

A teologia da Lei, segundo Cândido Agra, um pensador fundamental neste processo, foi a de criar condições para que o consumidor se tratasse.

Portugal foi considerado um país modelo e um exemplo de sucesso.

Quebrámos o paradigma repressivo, adotámos uma perspetiva aberta à complexidade, pragmática, despida de preconceitos, respeitando a dignidade da pessoa humana, cujo objetivo foi salvaguardar a saúde e a segurança dos cidadãos.

Assumimos sem medo os programas de redução de riscos, com resultados visíveis ao nível da diminuição VIH/SIDA e outras doenças infecto contagiosas,

Conseguimos por fim à ditadura do medo, desmantelámos nichos problemáticos de consumo e tráfico, como o Casal Ventoso.

O número de consumidores não aumentou dramaticamente, como alguns vaticinaram, e o número de consumos problemáticos e de pessoas com VIH/SIDA diminuiu significativamente, contrariando os rumores que se faziam sentir por algumas vozes dissonantes.

O Modelo tem vindo a ser alvo de avaliações diversas, de onde destaco a da Open Society Foundation, que refere o carácter avassalador da visibilidade internacional da política portuguesa em matéria de Droga.

Fernando Henriques Cardoso, ex-Presidente do Brasil e Presidente da Comissão Global sobre Política de Drogas das Nações Unidas chegou mesmo a afirmar que “a política nacional de droga em Portugal representa uma verdadeira mudança de paradigma da política internacional de drogas.

Revela-se uma alternativa mais humana e eficiente que as ações meramente repressivas que, além de inúteis, violam direitos humanos básicos, como o direito à saúde e à reinserção social”.

Por isso, disse, “temer que as mudanças que se fizeram na última legislatura, e o ambiente económico e social do país, pudessem retirar a capacidade de intervenção e a debilitar a eficácia da política nacional de droga ... e o lugar cimeiro e de vanguarda que Portugal tinha conquistado ao ousar inovar”.

Espero, pois, que o modelo integrado se volte a recuperar e que continue a ser atribuído grande valor ao tratamento e à redução de riscos, e atribuída grande importância à dissuasão e à prevenção, aproximando de forma considerável os toxicodependentes do sistema de saúde.

Espero que, como recomendam os relatórios da Comissão Global sobre Política de Drogas, se continuem a questionar preconceitos e visões estereotipadas sobre o mercado e o uso de drogas e a toxicod dependência;

e o conhecimento científico, a saúde, a segurança e os direitos humanos continuem a ser o motor dos novos avanços e experiências mundiais em matéria de droga e toxicod dependência.

O sucesso da nossa estratégia também se deve ao profissionalismo, qualidade, rigor e dedicação das pessoas que a têm executado.

Parabéns e obrigada!





# Addressing addiction in the USA

The huge toll that substance use and misuse is having on individuals, families, and communities in the USA has culminated in a major public health crisis that shows few signs of abating. Last week, the US Surgeon General released *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*—the Surgeon General's first-ever statement on this topic. This 426-page report addresses the problem of substance use and the wide range of adverse health effects from alcohol and both legal and illegal drugs. It brings together evidence on prevention; treatment; and recovery interventions, policies, and programmes.

There are some alarming statistics. 20.8 million people in the USA have a substance use disorder, equivalent to the number of Americans with diabetes. In 2014, there were 47 055 drug overdose deaths, 28 647 of which involved prescription opioid drugs and heroin. Of the one in seven Americans (14.6% of the population) expected to develop a substance use disorder during their lives, only one in ten will receive treatment. More than 66.7 million people reported binge drinking in the past month. Alcohol misuse contributes to 88 000 deaths in the USA each year. These numbers do not include the millions of people misusing substances who will later develop a substance disorder.

The Surgeon General, Vivek Murthy, emphasises that addiction is a chronic neurological disorder that should be treated like other chronic illnesses. He calls for a cultural shift—from perceiving addiction as a “moral failing” to removing the stigma and shame that prevents addicted people from seeking help. The review of the science of substance abuse is thorough, and the argument for an evidenced-based and equitable public health approach to reducing the harms of both alcohol and drugs is a welcome advance. The report defends harm reduction and policies that reduce the imprisonment of drug users. It also advocates screening and early intervention in primary care and the integration of alcohol and drug use treatment into mainstream medical care. Endorsement of these effective approaches is a radical departure from the preceding US drug policy.

The challenge will be in implementing the report's recommendations. The call for more investment in scientific research should be heeded, but this report could have been more specific about what should be done over the next 5 years in expanding treatment capacity, for example. The report does not go far enough in acknowledging the major harms of past US drug policies of zero tolerance—namely, racial and ethnic discrimination in enforcement, leading to the mass incarceration of Black and Latino men, to the detriment of minority families and communities. The report does not even acknowledge that race has been at the centre of the war of the drugs.



*Vivek Murthy*

Nor does it see drug policy reform as an essential step in reducing the harms of substance use.

Despite the acknowledged severity of the US opioid problem, the report provides few details on how best to address it. It is a pity the report emphasises “brain disease” explanations at the expense of the socioeconomic factors that underlie addiction. For example, the chances of becoming addicted to opioid drugs increases if an individual is young, unemployed, or has co-occurring psychiatric disorders. This situation makes it critically important to have social policies that ensure people have job opportunities and affordable access to effective mental health services, rather than exclusively focusing on eliminating drugs from society.

It is unclear if Murthy's report will have the same impact as the 1964 landmark tobacco report from the Surgeon General, which galvanised several decades of work on the dangers of smoking and helped bring smoking rates down substantially. We already knew that substance use is a public health problem in the US. That fact still needed to be shown conclusively for tobacco in 1964. Also tobacco has been easier to address as a single legal substance that was culturally acceptable in the 1960s, unlike a mix of licit and illicit substances that are not all culturally acceptable. Clearly, different approaches will be required to gain traction. There is also a real danger that the incoming administration will oppose the approaches set out in this report, and return to the failed drug policies of the past. This would be disastrous given the evidence presented here. America's leaders must take a bipartisan stance on this issue. It would be a moral and political failure to allow the premature loss of lives from substance use to continue.

Encontro Álcool – desempenho e produtividade:

# Educação, desporto, trabalho e... álcool

No âmbito dos compromissos do Fórum Nacional Álcool e Saúde, o Instituto Português da Juventude, em conjunto com os seus parceiros, Direcção Geral da Educação (DGE), Federação Portuguesa de Rugby (FPR) e Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (SPMT), organizou o Encontro "Álcool - desempenho e produtividade".

Reflectir sobre a influência do consumo do álcool no desempenho e produtividade em diversos contextos (educativo, desportivo, laboral, etc.), bem como estabelecer sinergias para o trabalho em rede entre entidades foram objectivos desta iniciativa, que visa continuar a contribuir para a mudança da cultura de consumos.

Dependências marcou presença no Picoas Plaza, em Lisboa, onde cerca de 60 profissionais afectos a várias áreas e instituições enriqueceram conhecimentos sobre a problemática do consumo do álcool e entrevistou Manuel Cardoso, em representação do SICAD e do FNAS.



**MANUEL CARDOSO**  
***"Juntar  
 os vários  
 contextos para  
 a intervenção"***

**O que se pretendia em concreto com esta iniciativa, enquadrada no FNAS?**

**Manuel Cardoso (MC) –**

A iniciativa é fruto do trabalho do Fórum... É um compromisso destas três entidades e resulta do trabalho de encontro que fizemos. Ao mesmo tempo, deste compromisso consegue-se uma intervenção e uma capacidade de interação e de acção a níveis completamente diferentes: a educa-



ção, claramente – eu foquei muito na minha intervenção a questão do desporto e o sermos capazes de o trazermos para este desafio – a juventude, inevitavelmente porque é nas idades mais precoces que se desenvolve toda a nossa perspectiva de comportamento e, por outro lado, a componente laboral. Conseguimos juntar o ciclo de vida, os vários contextos para a intervenção e vários parceiros. Temos aqui a administração pública, com a educação, o IPJ e o próprio SICAD e a sociedade civil e científica, com a Federação Portuguesa de Râguebi e a Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Sinto-me muito orgulhoso deste processo e creio que é da consciencialização que formos capazes de ir fazendo para todos para que as escolhas sejam informadas que surgirá alguma liberdade, o que se reveste de importância para nós.

**Presumo que a ideia passe por partilhar aqui conhecimento com técnicos que o disseminarão pela população...**

**MC –** Exactamente... A ideia é trabalhar com estes técnicos, que frequentam workshops, e prepará-los para serem capazes de divulgar e interagir melhor. A consciencialização faz-se deste modo.



# Salas de consumo assistido desenquadradas do contexto actual

Uma discussão alargada sobre comportamentos aditivos e dependências reuniu em Lisboa, nos Paços do Concelho, no dia 4 de Novembro, diversas entidades, parceiros e especialistas nacionais e internacionais.

O primeiro encontro sobre comportamentos aditivos e dependências em Lisboa foi organizado com o objectivo de debater a eventual estratégia municipal sobre estes comportamentos na capital, completando o ciclo de respostas já consagradas na lei e responder às necessidades que têm vindo a ser diagnosticadas na cidade. O encontro resultou de uma recomendação da Assembleia Municipal de Lisboa para um debate sobre a actuação nesta área, como a abertura de salas de consumo assistido no âmbito das respostas integradas, e contou com testemunhos de nomes como João Goulão ou o guitarrista dos Xutos & Pontapés, Zé Pedro.

Numa cidade que se encontra sob “um processo acelerado de desenvolvimento” a vários níveis, crescem também sérios riscos de “fractura social e exclusão”, afirmou o presidente da Câmara Municipal de Lisboa, Fernando Medina, na abertura do encontro, sublinhando que a coesão, a justiça e a dignidade humana são premissas fundamentais para uma cidade que se quer “mais aberta e cosmopolita”.

É preciso “carregar no acelerador” para a cidade avançar, diz, mas ao mesmo tempo é fundamental “assegurar que conseguimos levar todos no barco”. Fernando Medina lembra que a complexidade e a diversidade na cidade têm vindo a aumentar, realidade que faz também crescer os riscos de exclusão, e por isso é preciso definir estratégias “a todos os títulos para reduzir os riscos de exclusão, as fracturas, e assegurar uma cidade mais inclusiva.” Nesse sentido, o encontro enquadra-se na “visão de cidade” do actual executivo camarário e pode constituir “um ponto de partida para uma cidade mais inclusiva”.

Já João Afonso, vereador da autarquia de Lisboa, enfatiza a participação de “especialistas de todo o mundo” e a sua vontade

de conhecerem o trabalho da autarquia nesta área, em bairros como o Casal Ventoso, a Mouraria, Lumiar ou a Curraleira, “com erros mas muita coisa boa”. O vereador salientou projectos como o “Contigo Vais Longe” e considerou que “a vulnerabilidade tem muitas faces” não havendo soluções e respostas únicas. Por isso, é importante o debate e a estratégia da autarquia assenta na redução de riscos, na minimização de danos, na prevenção e na reinserção.

A discussão juntou parceiros sociais, entidades, especialistas nacionais e internacionais e membros da sociedade civil, procurando encontrar respostas para os problemas relacionados com os vários comportamentos aditivos e dependências identificados na cidade, tais como drogas, álcool, jogo, internet ou sexo.

Da parte da tarde decorreu um workshop para discutir e definir o que poderá ser uma estratégia municipal nesta área de intervenção.

## Sala de consumo assistido não reúne qualquer consenso

Durante as intervenções realizadas no âmbito do Primeiro Encontro Sobre CAD em Lisboa, foi possível constatar uma unanimidade de posições relativamente à desadequação da instalação de uma resposta como a sala de consumo assistido nos dias que correm. Desde o plano técnico, em que vários profissionais, políticos e até o Director Geral do SICAD, João Goulão, asseguram que, apesar de outrora o dispositivo ter tido eventualmente alguma justificação, no momento actual, serão muito mais necessários outros dispositivos. De acordo com João Goulão, “temos hoje, para além de utilizadores de heroína, consumidores de crack, de anfetaminas e de novas substâncias psicoactivas que não procuram o contacto com os serviços. É uma realidade mais complexa e a criação de uma ou mais salas de chuto não pode ser uma resposta a pressões políticas. Quando as salas de consumo assistido eram indispensáveis não tivemos as condições políticas para as





abrir. Quando houve condições políticas, verificou-se um decréscimo do consumo por via injectável, pelo que abrir salas neste momento pode ser um sinal errado que se está a dar à sociedade”.

Já Fernando Medina, que parece ter deixado cair a proposta do Bloco de Esquerda de criar uma sala de consumo assistido – curiosamente, o mesmo Bloco de Esquerda que havia apresentado a proposta e que não compareceu na reunião. A estratégia para Lisboa deverá então passar por um reforço das equipas de rua e de outros dispositivos de apoio e de proximidade de base social.

O vereador dos Assuntos Sociais, João Afonso, alertou que “o padrão de consumo já não é só o do heroinómano da década de 80 do século passado e não se pode falar em criar uma ou mais salas de consumo assistido na cidade sem se falar da prevenção e do trabalho com a comunidade, com todos os que sofrem com o problema da toxicodependência e não apenas com os consumidores”. O autarca acrescenta que “podemos também pensar noutro modelo de intervenção, com recurso às equipas móveis, sabendo que é necessário reforçar o apoio aos toxicodependentes nos locais mais problemáticos da cidade, nomeadamente aos que querem reduzir ou até deixar os consumos”.



**JOÃO AFONSO,  
VEREADOR DOS  
DIREITOS SOCIAIS DA  
CÂMARA MUNICIPAL  
DE LISBOA**

***“Pretendemos  
um debate  
aberto”***

**Como avalia este primeiro encontro, que cativou a sociedade civil para discutir um problema de saúde pública?**

**João Afonso (JA)** – Avalio como positivo e importante. Aqui, o foco da questão consiste em percebermos que se trata de um problema de todos. Nem de um grupo alvo, nem de um grupo de especialistas nem de um grupo de pessoas mas antes de todas as pessoas e, na junção de todas elas teremos a solução. Temos um quadro legal muito positivo e abrangente, que temos que saber utilizar juntando também a vontade e predisposição da comunidade para a resolução de um problema.

## ***“O Bloco de Esquerda, perdeu por falta de comparência.”***

**Referiu que o ponto de partida para a realização deste encontro residiu numa proposta do Bloco de Esquerda, que considera fundamental trazer esta matéria para a discussão pública mas que hoje não compareceu nesta sessão... Como avalia esta posição?**

**JA** – Avalio como inconsequente. Primeiro, porque não se faz um debate de uma possível solução isolada. Aliás, todas as intervenções a que assistimos de outras experiências revelam que uma sala de consumo assistido surge enquadrada num conjunto de respostas e de soluções que têm a ver com a prevenção, com a resposta na dependência e na reintegração e, portanto, nunca se fala nessa solução isoladamente, até porque não existe uma solução única. Por outro lado, não se faz de um dia para o outro, ou seja, não é por se dizer que se quer debater que, no dia a seguir, temos a conversa feita... Temos que falar com todos os possíveis parceiros, perceber que tipo de discussão têm e como a mesma se constrói, o que leva tempo. E, finalmente, quando há essa possibilidade de termos uma conversa consequente, não estar significa que não havia essa vontade ou, então, que não se estava a perceber para onde estávamos a ir... O que pretendemos ter aqui é precisamente isso, um debate aberto.

**Existe um diagnóstico de base que permita aferir quem são, quantos são e onde estão os potenciais beneficiários deste tipo de dispositivo?**

**JA** – Sim, existem vários trabalhos realizados, desde logo o PORI, concluído em Dezembro de 2015, um trabalho realizado no âmbito da Rede Social de Lisboa, o Diagnóstico Social de Lisboa de 2016, no seio do qual estamos a terminar o Plano de Desenvolvimento Social com horizonte 2017-2020 e todo o trabalho feito no âmbito de uma plataforma de encontro e troca de conhecimento, experiências e de avaliação da situação no terreno, que junta todas as entidades que trabalham na rua com a Câmara Municipal de Lisboa, com a Polícia Municipal e a Polícia de Segurança Pública e que, constantemente, vai reunindo e debatendo esta questão. Paralelamente, existem avaliações a nível local, em freguesias e bairros e tudo isso irá enformar a decisão que iremos tomar e que se encontra ainda em aberto.





**Vários indicadores europeus relatam que o consumo endovenoso de heroína e cocaína está a diminuir, havendo salas de consumo assistido que estão a fechar face à falta de utentes... Encara hoje como necessária a adopção deste dispositivo em Lisboa?**

**JA** – Vejo-a como possível. E vejo como positivo soluções que foram úteis em determinado momento fechem. No domínio dos serviços públicos, do que mais precisamos em permanência é dos serviços de saúde, das unidades de saúde, das escolas... Relativamente àqueles que servem para atacar vulnerabilidades, como é o caso das dependências, o que pretendemos é que dêem resposta, resolvam o problema e fechem. Não tenho a ingenuidade de pensar que vamos resolver tudo mas o objectivo é que, com a prevenção e a reintegração, se diminua a necessidade de intervenção na resposta aos cuidados aditivos. Há um quadro local que define possibilidades de intervenção, a sala de consumo assistido é uma das possibilidades legais que faz sentido se der resposta a um problema em determinado momento, situação e local e se estiver integrada numa rede.

**Hoje referiu “à política o que é da política e aos técnicos o que é dos técnicos”... Quer dizer que a solução a adoptar pela autarquia de Lisboa terá sempre em conta a opinião dos técnicos e a evidência científica?**

**JA** – Necessariamente! É a base de trabalho com que decidimos. Depois, aos políticos compete tomar as decisões difíceis. É para isso que somos eleitos, para tomarmos decisões sobre ques-

tões em que sabemos não ser possível obter consensos mas em que é possível obter compromissos. E esses compromissos demoram tempo a trabalhar e, também por isso, demorámos tempo a organizar este debate e demoraremos o tempo que for necessário para tomarmos uma decisão.

#### PRÉMIO EUROPEU DE PREVENÇÃO 2016

O projeto + ATITUDE, desenvolvido pela delegação de Braga da Juventude Cruz Vermelha com o apoio financeiro do SICAD, foi um dos vencedores do Prémio Europeu de Prevenção 2016, atribuído pelo Grupo Pompidou do Conselho da Europa.

Este Prémio é atribuído cada dois anos, desde 2004, e continua a ter um papel fundamental na divulgação de boas práticas, encorajando os jovens a assumir um papel ativo na prevenção do consumo de drogas. Este ano foram submetidos e avaliados 47 projetos oriundos de 22 países, tendo o júri selecionado 3 projetos, entre os quais o projeto português +ATITUDE, um projeto de prevenção do consumo de substâncias psicoativas, orientado para a minimização de fatores de risco e potenciação de fatores de proteção, envolvendo o mais possível a comunidade na resolução dos seus problemas e a sinergia de parceiros estratégicos.

Este projeto está a ser desenvolvido em quatro escolas do Ensino Básico do centro de Braga, bem como em dois lares de infância e juventude e está direccionado a uma população alvo constituída por crianças e jovens, entre os 10 e os 19 anos. São também abrangidos elementos estratégicos da comunidade escolar (professores, assistentes operacionais, técnicos sociais e encarregados de educação), com o intuito de potenciar o envolvimento de todos e aumentar a qualidade das intervenções.





Conferência “Narcotics: problems and solutions of this global issue”:

# João Goulão partilha conhecimentos no Vaticano



O Director Geral do SICAD e Coordenador Nacional para os Problemas das Drogas, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, João Goulão, participou na Conferência “Narcotics: problems and solutions of this global issue”, que se realizou na Cidade do Vaticano, nos dias 23 e 24 de novembro. O evento foi organizado pela Pontifícia Academia de Ciências, dando resposta a um desejo formulado pelo Papa Francisco, tendo João Goulão efectuado uma apresentação sobre o tema: Addressing the Recreational Use of Cannabis: A Public Health Approach”.

A Conferência contou com uma intervenção do Papa Francisco e foram abordados os aspectos científicos do fenómeno da droga, tais como as consequências do uso de substâncias no corpo e no cérebro e os potenciais usos médicos de determinadas drogas para doenças e distúrbios específicos. Outros temas discutidos incluíram a produção ilícita de drogas; estratégias para combater as condições que favorecem o uso de drogas; exploração de crianças menores em organizações criminosas que traficam estupefacientes; e os efeitos da legalização de drogas na nossa sociedade. A Conferência contou com a participação da Rainha da Suécia e de um grupo restrito de profissionais de renome (cientistas, especialistas, médicos, investigadores, representantes da sociedade civil, juízes e académicos), que foram convidados a analisar e discutir possíveis soluções sociopolíticas inovadoras para estas questões relacionadas com as drogas.



## Papa discursou em conferência sobre «praga mundial» do narcotráfico

No seu discurso de abertura da conferência sobre narcotráfico promovida pela Academia Pontifícia das Ciências, o Papa Francisco criticou as mafias da droga que matam quem lhe faz frente, numa conferência sobre narcotráfico promovida pela Academia Pontifícia das Ciências.

“A droga é uma ferida na nossa sociedade”, denunciou, falando numa rede que captura muitas pessoas, “vítimas” que perdem a sua liberdade.

Francisco considerou que a toxicodependência é uma “nova forma de escravatura” que prejudica a sociedade.

“Mas quando queremos ir à procura das redes de distribuição, deparamo-nos com uma palavra de cinco letras: máfia. E chega mesmo a matar quem combate a escravatura da droga”, alertou.

O Papa pediu mais controlo sobre a lavagem de dinheiro e os circuitos de corrupção para combater o narcotráfico e o crime organizado.

A intervenção decorreu perante dezenas de pessoas reunidas para debater o tema ‘Narcóticos: problemas e soluções desta praga mundial’, que se concluiu esta tarde.

O pontífice argentino admitiu que não há uma “causa única” para estas situações, como a “ausência da família, a pressão social, a propaganda dos traficantes” ou o desejo de “viver novas experiências”.

“Não podemos cair na injustiça de classifica-los (toxicodependentes) como objetos e ferramentas partidas, porque cada pessoa tem de ser valorizada e apreciada na sua dignidade para que possa recuperar a sua dignidade”, defendeu.

O Papa admitiu que esta luta é “difícil” e saudou quem dá a cara, recebendo “intimidações”, sem medo de defender a dignidade humana



Viseu reflecte sobre CAD:

# II Congresso dos Comportamentos Aditivos

A Escola Superior de Saúde de Viseu, a CDT de Viseu e o CRI de Viseu organizaram, no dia 14 de Novembro, o II Congresso dos Comportamentos Aditivos. O evento, que decorreu no Auditório da Escola Superior de Saúde de Viseu, contou com cerca de 200 congressistas e do programa constaram comunicações em torno do modelo português da descriminalização, da implementação do modelo integrado a nível local, de projectos Locais de Intervenção em CAD, álcool na gravidez, neurobiologia do álcool e intervenções de enfermagem em CAD.

Dependências esteve presente e entrevistou Patrícia Monteiro, coordenadora do CRI de Viseu.



**PATRÍCIA MONTEIRO,  
COORDENADORA DO  
CRI DE VISEU**

***“Pessoas  
diferentes  
merecem  
uma resposta  
diferente”***

## **Que balanço faz deste II Congresso dos Comportamentos Aditivos?**

**Patrícia Monteiro (PM)** – Este congresso é, para nós, o primeiro em parceria porque, efectivamente, no primeiro não entrámos em parceria do ponto de vista da organização. Escolhemos aqui alguns temas mais actuais, nomeadamente a comemoração dos 15 anos relativamente à lei da descriminalização, que decorreu da parte da manhã e, de tarde, o incontornável tema do álcool. De alguma forma, continuamos a colocar uma grande tónica nas ilícitas mas é um desafio cada vez maior também para estes servi-

ços na área das dependências dar uma resposta célere, seja do ponto de vista do tratamento em ambulatório, quando falamos dos CRI, seja do ponto de vista da prevenção, que ainda traz desafios acrescidos quando falamos de uma substância legal e presente no dia-a-dia, nomeadamente dos jovens. Acho que é um congresso importante, e mais uma oportunidade, em Viseu, para reflectir sobre estas questões.

## **Além da parceria com a CDT, o que mudou entre o primeiro e o segundo congresso?**

**PM** – Desde logo a nossa presença... No anterior não estive-mos presentes e, como tal, não poderei falar muito. Pelo que sei, em termos de temáticas, tentou-se diversificar um pouco, apesar de o álcool também ter estado presente no primeiro congresso. Essencialmente, consideramos que o mais importante é reflectir-mos sobre estas questões em Viseu com estes parceiros. A segunda mesa da manhã, que abordou a implementação do modelo ao nível local, foi uma boa oportunidade de explicitar a operacionalização da lei da descriminalização, destacando o papel do CRI no acompanhamento de indiciados encaminhados pela CDT. A articulação com a Escola Superior de Saúde não é de hoje mas importa sempre ressaltar a importância desta instituição e destacar o facto de se “incomodar” também com estes temas.

## **Quais são os principais problemas que Viseu apresenta em termos de consumos?**

**PM** – Acabamos por não ter alguns fenómenos mais residuais e pontuais que caracterizam os grandes centros e, se olharmos para os relatórios, não teremos tão presentes as novas substâncias, cujas prevalências de consumo não são assim tão significativas mas elegeria como principais o álcool e a canábis. Neste momento, em termos de procura da equipa de tratamento, evidencia-se a questão dos alcoólicos, com uma grande procura em termos de primeiras consultas; se falarmos num sentido mais alargado,





sem incluir propriamente a procura dos serviços de saúde, será a canábis, para não falar das clássicas como a heroína e a cocaína.

**Estas intervenções em diferentes eixos, desde a prevenção à redução de riscos, passando pela reinserção, constroem-se a partir da celebração de parcerias. Que importância assume a captação de novos parceiros para responder aos problemas que o fenómeno dos CAD está a trazer?**

**PM** – É fundamental. E o CRI de Viseu sempre privilegiou a manutenção de uma boa articulação com os parceiros. Uma das estratégias passa por formar população alvo estratégica diversificada, o que inclui professores, técnicos de autarquias, da Segurança Social, forças de segurança... e costumo dizer que, sobre esta questão das drogas, toda a gente fala um bocadinho. E o problema, por vezes, também reside aí, em basearmos a nossa intervenção no senso comum, de acordo com o nosso referencial de valores. É necessário ter algum suporte. Sobretudo em termos de prevenção, até porque não possuímos recursos que nos permitam ter um técnico em cada escola ou em cada concelho. Portanto, mobilizar a comunidade para que esta dê uma resposta integrada quando falamos de consumos, sobretudo na prevenção, é fundamental. As outras áreas articulam-se porque a comunidade é quem, no fundo, pode identificar, sinalizar e encaminhar. Estas formações permitem capacitar a comunidade para fazer isto de forma célere e adequada. Um serviço como este não pode viver fechado em si e, como tal, o esforço será sempre no sentido de o abrir o mais possível, dando a conhecer o que faz e, quanto mais fizermos isso, mais próximos estaremos das pessoas.

**Foi essa abertura que levou à criação do gabinete Click?**

**PM** – Sim, sobretudo porque percebíamos que era uma lacuna. Isso estava identificado nos diagnósticos no âmbito do PORI,

tivemos um projecto financiado na área da prevenção que tinha um gabinete de prevenção mas que se cingia ao concelho de Viseu e muito cedo percebemos que seria uma resposta que teria adesão, como viemos a comprovar. Como parceiros principais, temos a CDT mas contamos igualmente com as CPCJ, as escolas, os próprios pais... Chegámos a um ponto em que, com estas formações, temos por exemplo determinados médicos que até atendem no particular mas informam as pessoas sobre a existência de um gabinete onde um atendimento poderá ser útil para os filhos. Este é o resultado de irmos para o terreno e divulgarmos o que temos. O gabinete Click funciona com essa plataforma porque se destina a uma população que, por si, não procura ajuda. Pelo facto de ter um espaço próprio, com um modelo de intervenção próprio, tem outro tipo de resultados. Efectivamente, são pessoas diferentes que merecem uma resposta diferente. Felizmente, se olharmos para os estudos em termos de prevalência de consumo ao longo da vida, percebemos que tivemos um conjunto de pessoas com determinados consumos e nunca precisaram de uma resposta ao nível da saúde por dependência dessa substância. Ou seja, sabemos que há um conjunto de pessoas que têm determinados consumos e que, em determinado momento, podem ter uma orientação, não querendo dizer que se tornem dependentes e nós estamos cá precisamente com o gabinete Click para entrar nesse momento, o mais precocemente possível mas com uma resposta diferenciada. Se vamos oferecer uma resposta de tratamento a uma pessoa que não é dependente, não conseguiremos certamente atingir os nossos objectivos. Em resumo, o Gabinete CLICK é uma resposta de prevenção selectiva e indicada que se dirige a uma população com comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias psicoativas que, apesar de não se coadunarem com um quadro de dependência, encontra-se em situação de risco e poderia transitar para um consumo mais problemático.



# Diário das dependências: de dentro para fora da consulta

O Grande Auditório do ISCTE IUL encheu, durante os dias 3 e 4 de Novembro. Cerca de 600 inscrições são esclarecedoras quanto à avidez de acções de formação na área dos CAD desde a extinção do IDT, que assumia as competências da formação e investigação. O pretexto foi o XXIX Encontro das Taipas, este ano sob o desígnio Diário das Dependências e com um périplo mais focado nos comportamentos de risco sem substâncias psicoactivas, no consumo de novas substâncias ou no tabagismo mas... sempre com as tradicionais substâncias como pano de fundo. Dependências esteve presente no encontro e entrevistou Miguel Vasconcelos, Coordenador Técnico da UD/Centro das Taipas.



**MIGUEL VASCONCELOS,  
COORDENADOR  
TÉCNICO DA UD/  
CENTRO DAS TAIPAS**

***“Existem novos conceitos e novas substâncias”***

**Esta 29ª edição do encontro das Taipas é muito menos focada nas substâncias tradicionais, como a heroína, a cocaína ou o álcool... Sinal dos tempos, a constatação de uma necessidade em termos formativos a partir das solicitações surgidas no serviço...?**

**Miguel Vasconcelos (MV)** – Não penso que seja um sinal dos tempos... Falamos menos mas, como terá reparado, como pano de fundo, estão sempre as velhas substâncias. Mesmo nas novas formas de consumir, como vimos na comunicação do colega espa-

nhol, Fernando Caudevilla, que nos diz que, mesmo por via electrónica, as drogas mais compradas são a heroína e a cocaína. Penso que estão muito presentes e, ainda que relativamente controladas, continuam a representar um problema de base. O que estamos a mudar prende-se com outro aspecto: durante muitos anos, lidámos muito com o que tínhamos na consulta e, hoje em dia, estamos a olhar para fora da consulta. Passam-se muitas mais coisas no mundo das dependências fora de uma consulta e existem outras atitudes, como a prevenção, a redução de riscos, a reinserção ou a motivação para a mudança e, nessa perspectiva, temos que ser nós a procurar algumas pessoas, sobretudo no que concerne à sua relação com algumas das novas substâncias, uma vez que não se vêem seriamente dependentes como um heroinómano se via há 10 ou 20 anos. Entretanto, a sociedade muda... Existem novos conceitos, novas substâncias e nós também temos que evoluir na nossa atitude face à questão.

**Este está a ser um encontro muito participado... Significa algo em particular?**

**MV** – Fico obviamente contente... É muito satisfatório ver que as pessoas aderem e que discutem. Ao longo destes 29 anos, a participação tem sido muito semelhante e este ano contamos com cerca de 600 inscrições. Os temas desta edição fogem um pouco ao tradicional e têm surgido outras questões muito importantes, outras vertentes não só bioquímicas que fazem parte da dependência ou do comportamento de risco e talvez tenha sido isso que atraiu as pessoas este ano.

**Esta multiplicidade de temas, nomeadamente o facto de se falar em internet, na área digital, no tabaco e nas novas substâncias poderá de alguma forma indiciar que existem mais pessoas mais expostas ao risco?**

**MV** – Não me parece que haverá propriamente mais pessoas de risco mas antes mais comportamentos de risco...





### **Mas não haverá pessoas biologicamente mais expostas ao risco?**

**MV** – Poderá haver ligeiramente mas esta doença é multifactorial e não me parece que se consiga provar que isso faça a diferença. Creio que é redutor pensarmos só nisso. Poderá haver alguma vulnerabilidade genética para determinada doença afectiva e isso representar um maior risco de dependência de substâncias mas a verdade é que os factores são múltiplos. Recordo-me, enquanto estudante, de ter lido um livro em que dois filhos de um alcoólico utilizavam o mesmo argumento para comportamentos diferentes: um não bebia por ter visto o pai fazê-lo e o outro bebia por ter visto o pai fazê-lo...

### **São 29 anos de história e esta unidade foi a primeira resposta pública a um grave fenómeno então emergente... Ao longo do tempo, o serviço foi-se modernizando e o Dr. Miguel Vasconcelos acompanhou uma grande parte dessa história... Que principais marcos assinalaria nesta evolução do Centro das Taipas?**

**MV** – As Taipas foram o primeiro serviço público e deram origem ao modelo de intervenção que temos em Portugal, que saiu de pessoas que por aqui passaram, expandindo-o depois para outros centros e instituições. Creio que a grande mudança foi, primeiro, encarar esta situação desde o início como doença e, depois, como algo que faz parte de um processo de crescimento, o facto de inicialmente pensarmos que tínhamos que tratar toda a gente e, depois, termos começado a perceber que nem todos tinham doenças crónicas e que o objectivo abstinência total também não era para todos. E, actualmente, já temos uma postura muito mais equilibrada, tal como se observa na maior parte das doenças e situações e das situações clínicas, físicas e mentais que afectam as pessoas. Penso que o facto de termos conseguido conceptualizar a resposta no sentido de tratar, prevenir, reduzir riscos e reinserir foi muito importante. Uma das inovações que mudaram muito o panorama foi o surgimento dos tratamentos de manutenção com opióides sintéticos... No início, quase não admitíamos que uma pessoa dependente de heroína pudesse ter um consumo de outra substância e, de facto, para alguns doentes, esta foi uma solução que mudou muito o panorama. Sobretudo ao nível da redução de riscos, travou claramente a epidemia do VIH/Sida, a par de outras medidas como a distribuição de preservativos ou de kits com seringas e agulhas. A seguir, destacaria a celebração de parcerias com outras entidades. Como sabemos, o país vive uma situação de crise e os nossos recursos são cada vez menos. Por isso, estamos constantemente a reinventar e recriar e a

celebrar parcerias e contactos no sentido de não baixarmos a qualidade de intervenção.

### **Entretanto, surge igualmente a integração de novas competências e valências, nomeadamente os comportamentos aditivos sem substância ou a consulta de cessação tabágica...**

**MV** – No fundo, sempre lidámos com isso... Nos anos 80 e 90, a maior parte dos nossos clientes que, como agora, tinham problemas com opiáceos, quando deixavam de os consumir transitoriamente consumiam mais álcool ou passavam a exhibir outros tipos de dependências, agora ditas sem substâncias, como compras, sexo e outros comportamentos de risco. Talvez agora esteja mais individualizado e nomeado e haja consultas mais específicas mas sempre tivemos essa percepção. Quanto ao tabaco, creio tratar-se de uma questão interessante, uma vez que se trata, a par do álcool, da maior dependência do país. Também não podemos esquecer que muitos dos nossos doentes estão em tratamento crónico e estabilizados há muito tempo. A par das dependências de opiáceos, controladas, abstinentes ou em programas de manutenção, começaram a ter problemas, como diabetes, hipertensão, neoplasias, insuficiências renais, entre outros, e também nos procuram por questões de tabaco, por exemplo. Mas é também cada vez mais frequente aparecerem pessoas em primeiras consultas com problemas relacionados com os canabinóides sintéticos de alta potência, com outras novas substâncias e mesmo com questões relacionadas com o jogo. Nós já temos grupos de trabalho dedicados ao álcool, ao jogo, ao sexo e à internet há 15 anos... Agora, estamos a individualizar consultas.

### **O Centro das Taipas iniciou sob a égide da ARS, tendo passado posteriormente para o IDT e voltado novamente à ARS. Neste momento, perspectivam-se novas alterações orgânicas... Estas mudanças representam algum tipo de alteração no vosso modus operandi?**

**MV** – Não sabemos exactamente o que irá acontecer... Há um grupo de trabalho constituído por pessoas preocupadas com isso... Ao entrarmos na ARS ganhámos uma grande rede mas perdemos uma identidade nacional, como um serviço e parece-me que ainda estamos a fazer o balanço disso... Creio que é fundamental a existência de uma política nacional. Afecta-nos muito a falta de recursos generalizada a vários níveis da saúde e particularmente nesta área. Nas Taipas estamos no limite e isso reflecte-se, entre outros indicadores no aumento da lista de espera, que já foi ideal. Quando foi criado, o Centro das Taipas tinha 165 funcionários e, neste momento, são 64... Isto para cerca de 1800 doentes activos, ou seja, aqueles que vão pelo menos a três consultas por ano...



UA de Coimbra organiza acção de formação:

# Direitos e deveres dos doentes: questões éticas

Dando continuidade ao 1º Ciclo Temático de Formação em Alcoologia, a UA de Coimbra organizou, no dia 15 de Novembro a acção Direitos e Deveres dos Doentes: Questões Éticas. Desde o início da iniciativa, esta foi a terceira acção de formação e, uma vez mais, a participação excedeu largamente as expectativas da organização. Dependências esteve presente na sessão e entrevistou Ana Feijão, coordenadora da Unidade de Alcoologia de Coimbra e André Dias Pereira, da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, prelector da sessão.



**ANA FEIJÃO,  
COORDENADORA  
DA UA COIMBRA**

***“Garantir  
integridade da  
resposta às  
dependências”***

**Esta é a terceira acção no âmbito do 1º Ciclo Temático de Formação em Alcoologia, desenvolvido pela Unidade de Alcoologia de Coimbra, seguindo-se a duas sessões muito participadas. Que balanço faz, até ao momento, desta iniciativa?**

**Ana Feijão (AF)** – Faço um balanço extremamente positivo! As duas primeiras sessões foram muito participadas... Quando começámos elegemos como objectivo para estas sessões termos, no mínimo, 30 participantes e, na última, tivemos 155 inscrições...

**Que conclusões tira a partir dessa participação? Significa que as pessoas se interessam pelo tema ou estará a oferta de formação nesta área a escassear?**

**AF** – Por um lado, creio que a oferta formativa está cada vez menos disponível, até porque a indústria farmacêutica, que apostava fortemente no financiamento dessas acções, desinvestiu muito e não existe praticamente investimento oficial. Depois, porque o tipo de formações que implicam a ausência de vários dias representa muito trabalho atrasado para os profissionais e, sendo já difícil a vida face à actual falta de recursos, se as pessoas acumulam muito trabalho ficam com uma tarefa muito complicada de gerir. Este formato que encontramos, que implica apenas a ausência de uma tarde ao serviço, é atraente por esse motivo; depois, acho que o mais interessante é envolver profissionais de muitas entidades e instituições diferentes. A minha ideia inicial para esta iniciativa partiu do princípio de que articulamos melhor se conhecermos as pessoas. E este formato de forma-

ção em que convocamos gente de todas as áreas que intervêm numa problemática tão transversal como a dos problemas ligados ao consumo nocivo de álcool permite que as pessoas se encontrem, se conheçam e, portanto, que articulem melhor. E o serviço também sai obviamente a ganhar. Conhecendo-nos melhor, as pessoas referenciam-nos as situações mais atempadamente e mais adequadamente e podemos fazer um trabalho melhor em conjunto.

**Esta é uma unidade com uma existência bastante longa e créditos firmados na sua área de intervenção, estando praticamente sobrelotada de utentes... No entanto, parece andar sempre no limbo quanto à sua continuidade...**

**AF** – Efectivamente, desde 2007, com a extinção dos centros regionais de alcoologia e a integração no IDT que a incerteza é imensa... Sempre que parece estarmos a estabilizar há novas alterações. A insegurança quanto à continuidade de um modelo, que embora não seja estático, necessita coerência e alguma previsibilidade para o futuro, prejudica a prática de uma série de actividades que não se iniciam porque não se conhece o horizonte temporal.

**E persiste?**

**AF** – Sim, persiste. Neste momento, ainda não temos a certeza do que irá acontecer.

**Têm existido contactos com a tutela?**

**AF** – Pedimos recentemente uma audiência ao ministro da saúde, que remeteu para o secretário de estado, o Dr. Fernando Araújo, que recebeu uma delegação do grupo de Aveiro, constituído a partir de reuniões de coordenadores preocupados com o futuro do serviço. Recebeu-nos há 15 dias e afirmou que existe sensibilidade do ministério para pensar nesta área e, de alguma forma, reestruturar algumas das coisas que se perderam na vigência do Governo anterior mas levantou uma questão extremamente preocupante, dizendo-nos que as unidades de internamento teriam provavelmente que ser integradas nos hospitais. Nós entendemos que não há possibilidade de



garantir uma integridade da resposta às dependências se as unidades de internamento ficarem separadas do resto do tratamento. O facto de se fazer uma abordagem inicial em ambulatório mas depois não existirem unidades especializadas para dar continuidade ao tratamento nas situações em que é preciso internamento e fazerem o seguimento ambulatório dos doentes, porque este é o modelo que se revela mais eficaz, parece-nos que significa destruir finalmente o que sobra desta resposta. É uma regressão enorme!

**Centrando-nos agora no tema desta acção de formação, ainda continua hoje a ser importante falar-se sobre direitos e deveres dos utentes?**

**AF** – Continua a ser muito importante porque as pessoas têm muitas confusões acerca dos seus direitos e dos seus deveres. Como é humano, tendemos todos a considerar mais os nossos direitos do que os nossos deveres. Mas não conhecemos bem, quer uns, quer outros. Em relação aos direitos, existem questões muito importantes, como por exemplo a relação que os médicos têm com as companhias seguradoras, a relação que temos com os tribunais e a nossa obrigação de respeitar a privacidade dos doentes mas, em simultâneo, o dever de colaboração com a justiça... Depois existe a questão da propriedade do processo clínico – os doentes, os tribunais, e outras instâncias requerem muitas vezes cópias integrais, o que levanta uma série de questões em relação às quais temos que estar muito seguros do que fazemos.

**O que parece pressupor que a relação médico utente tem que ser baseada na partilha, nomeadamente ao nível da informação...**

**AF** – Exactamente... Passámos de um paradigma na saúde em que o médico era o detentor da verdade, num modelo muito paternalista em que o médico é que sabia e o utente tinha fazer o que o médico dizia, para um modelo em que não apenas consideramos que o utente tem direitos nomeadamente o de consentir, mas considerarmos que o médico e o doente devem formar uma equipa e essa é que deve ter em conta o tratamento da pessoa. Em suma, um trabalho que tenha o utente como co-participante é fundamental.



**ANDRÉ DIAS PEREIRA,**  
**FACULDADE**  
**DE DIREITO DA**  
**UNIVERSIDADE**  
**DE COIMBRA**  
*“É preciso*  
*direito nos*  
*hospitais”*

**Em pleno século XXI, ainda é importante falar-se sobre direitos e deveres dos utentes?**

**André Dias Pereira (AP)** – É... cada vez mais importante! Para que os próprios cidadãos tenham consciência de que têm direitos, de que isto não é só um favor mas um direito que têm e para que os profissionais de saúde tenham consciência de que têm esses deveres e direitos. E assim contribuir até para melhores cuidados de saúde, mais humanistas e mais respeitadores da pessoa humana.

**Partindo do princípio de que nem todos os cidadãos estão informados, em que medida será necessário o estabelecimento de uma dialéctica que envolva comunicação e informação veiculada aos utentes pelos profissionais da saúde?**

**AP** – Sem dúvida... A propósito, nos EUA, desde 1991, sempre que se entra num hospital, temos que receber um papel com a nossa lista de direitos, designadamente o consentimento, a informação, o testamento vital... Boa ideia, vamos obrigar as pessoas a conhecerem os seus direitos e, sobretudo, a praticá-los!

**Em que medida seria legítimo trocarmos na temática de hoje o termo doentes por profissionais da saúde, referindo-nos igualmente aos seus direitos e deveres?**

**AP** – Sim, os profissionais da saúde também têm muitos direitos e deveres. E também temos de fazer esse trabalho. Têm direitos face à entidade patronal, às seguradoras, aos doentes, à justiça, à dignidade e condições de trabalho, ao respeito pela sua integridade física... Têm surgido trabalhos muito interessantes sobre a violência a que os profissionais de saúde são sujeitos por parte dos próprios utentes e sabemos que nestas áreas das dependências a situação é delicada.

**Como avalia o estado de cumprimento destes direitos e deveres no nosso país?**

**AP** – Estamos num caminho ascendente, a melhorar.

**E o quadro legal, será o ideal ou o possível?**

**AP** – Não é o ideal porque não há uma sistematização correcta, a qual também não é fácil encontrar. Terá que ser um especialista da área do direito para dominar estas matérias e, nesse sentido, é difícil, embora possa ser melhorado. Quanto ao direito em concreto, existem falhas sobretudo na relação com as pessoas em estados de incapacidade por anomalia psíquica, demência, eventualmente por algumas alterações relacionadas com dependências. Existem aí grandes falhas na representação e no apoio a essas pessoas na tomada de decisão.

**Quer dizer que na área da saúde mental os direitos não estão perfeitamente consagrados?**

**AP** – Sim, existem falhas porque, de acordo com o sistema jurídico em vigor, é preciso ter um tutor. Ora, muitas pessoas não o têm e tê-lo demora meses no tribunal. Entretanto, é preciso fazer uma cirurgia ou uma quimioterapia e isso não está regulado. Vai funcionando através de conversas com a família ou com a pessoa de referência. Não diria que está mal mas também não é sólido nem claro quanto à regulação desse consentimento por interposta pessoa.

**O que representa para si chegar aqui e ver uma sala cheia para discutir um tema tão específico, ao qual não darão provavelmente muita atenção durante o ano no exercício das suas principais funções?**

**AP** – É muito reconfortante e mostra desde logo que a organização é muito boa mas mostra também a necessidade que as pessoas sentem de realmente estudarem, aprenderem e serem sensibilizados para esta relação. E há uma ideia muito simples: as unidades de saúde modernas não podem trabalhar sem um jurista. Mas um jurista que não é apenas para tratar dos contratos de trabalho... É preciso direito nos hospitais!