

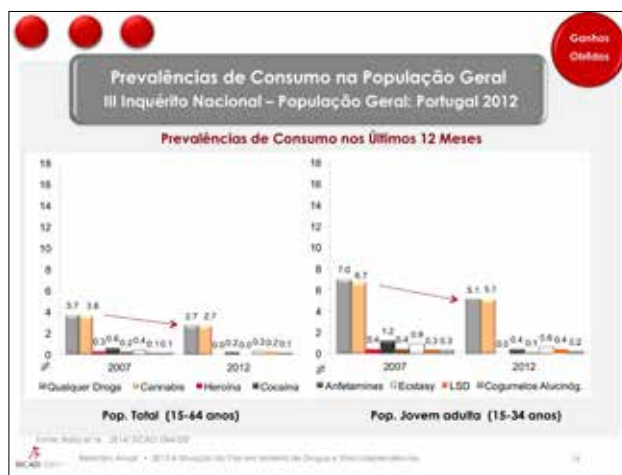
# Cannabis e cocaína adquirem relevo mas resultados são globalmente positivos

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) apresentou à Assembleia da República, no dia 7 de Janeiro, o “Relatório Anual sobre A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2013”. A sessão contou ainda com algumas considerações de Maria Moreira, em representação do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência, ao “Relatório Europeu sobre Drogas - Tendências e evoluções 2014”.

Dependências esteve presente na sessão e, além da síntese do Relatório Anual, apresenta as respostas de Manuel Cardoso às questões levantadas pelos partidos com assento parlamentar, pela comunicação social e por outros cidadãos interessados na temática que assistiram ao evento.

Num documento que aponta claramente para uma estagnação do fenómeno da toxicodependência, cannabis, ecstasy e cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida de 9,4%, 1,3% e 1,2%. Entre 2007 e 2012 verificou-se, para quase todas as drogas, uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida e de consumo recente, bem como uma diminuição das taxas de continuidade dos consumos. Os jovens adultos (15-34 anos) apresentaram prevalências de consumo mais elevadas do que a população total. Em 2012, Portugal continuava a apresentar prevalências de consumo de substâncias ilícitas abaixo dos valores médios europeus.

Por outro lado, pela primeira vez, o número de consumidores problemáticos de cocaína é superior ao de heroína, que continua a perder terreno relativamente às preferências dos utilizadores portugueses. Em cada mil portugueses entre os 15 e os 64 anos, sete são consumidores recentes de opiáceos, cocaína, anfetaminas ou metanfetaminas, registando-se no entanto uma tendência para a diminuição destes utilizadores recentes, de alto risco.



Quanto ao designado consumo de alto risco de cannabis, sete em cada mil habitantes encaixam no perfil de consumidores regulares com risco elevado.

Lisboa, a Região Autónoma dos Açores e o Alentejo, foram as regiões com prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima das médias nacionais, na população total e na jovem adulta.

Quanto às novas substâncias psicoactivas, em 2012, 0,4% da população portuguesa (0,9% dos jovens adultos) já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida e 0,1% nos últimos 12 meses (0,3% dos jovens adultos). No contexto das populações escolares, nos estudos nacionais realizados em 2010 e 2011, a cannabis continua a ser a droga mais consumida (prevalências ao longo da vida entre 2,3% nos alunos de 13 anos e 29,7% nos de 18 anos), com valores próximos às de qualquer droga (entre 4,4% nos 13 anos e 31,2% nos 18 anos). Com prevalências de consumo ao longo da vida



bastante inferiores, surgem a cocaína, o ecstasy e as anfetaminas entre os mais novos, e as anfetaminas, LSD e ecstasy entre os mais velhos.

### Tratamento

Em 2013, no ambulatório da rede pública estiveram em tratamento 28 133 utentes. Dos que iniciaram tratamento em 2013, 2154 eram readmitidos e 1985 novos utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede. Consta-se nos últimos quatro anos uma tendência para o aumento de novos utentes, cerca de metade dos quais tendo como droga principal a cannabis. Em 2013, nas redes pública e licenciada registaram-se 1631 internamentos em Unidades de Desabilitação (1535 em UD públicas e 96 em UD licenciadas), 55% dos quais por problemas relacionados com o uso de drogas. O número de internamentos em Comunidades Terapêuticas foi de 3534 (127 em CT públicas e 3407 em CT licenciadas), 71% por problemas relacionados com o uso de



drogas.

Quanto aos consumos, a heroína continua a ser a droga principal mais referida, excepto entre os novos utentes em ambulatório em que foi a cannabis (49%), e os utentes das CT públicas em que predominou a cocaína (61%). Nos últimos três anos, face aos anos anteriores, verifica-se um aumento nas proporções de utentes que referem a cannabis e a cocaína como drogas principais.

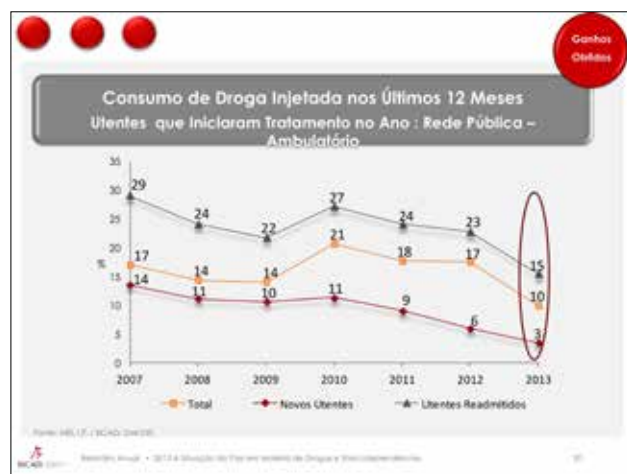
São evidentes as reduções de comportamentos de consumo recente de droga injectada (em 2014, estas prevalências variaram entre 3% e 25% nos utentes das diferentes estruturas) e de partilha de material deste tipo de consumo (em 2014, variaram entre 0% e 34% nos subgrupos de injectores das diferentes estruturas),

existindo no entanto, “bolsas de utentes” ainda com prevalências elevadas destas práticas.

Desde o anterior ciclo estratégico que se verifica uma tendência de decréscimo de reclusos nos Programas Orientados para a Abstinência, mas em contrapartida, e sobretudo a partir de 2009, constata-se um aumento de reclusos em Programas Farmacológicos, seja da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais, seja em articulação com outras estruturas de tratamento em contexto livre.

### Doenças Infecciosas

Quanto às doenças infecciosas nas populações em tratamento da toxicod dependência, em 2013, as prevalências nos grupos de utentes enquadram-se no padrão dos últimos anos - VIH+ (3% - 16%), VHC+ (18% - 61%) e AgHBs+ (1% - 5%)-, sendo superiores nos respectivos subgrupos de injectores - VIH+ (9% - 25%) e VHC+ (66% - 88%). No total de utentes em ambulatório e nos subgrupos de injectores verifica-se uma descida significativa nas proporções de novas infecções pelo VIH em 2010 e 2011, mantendo-se estáveis nos últimos três anos. As proporções de novas infecções de hepatites B e C não têm apresentado variações relevantes nos últimos anos.



### Contra-ordenações

No contexto das contra-ordenações por consumo de drogas, foram instaurados 8729 processos relativos às ocorrências de 2013, representando o valor mais elevado desde 2001. Entre as decisões proferidas uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicod dependentes (70%), seguindo-se-lhes as suspensões dos



processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (12%). Tal como nos anos anteriores, a maioria dos processos estavam relacionados com a posse de cannabis (82% só cannabis e 2% cannabis com outras drogas)

### Oferta

Os estudos evidenciam que a cannabis continua a ser a droga percebida como de maior acessibilidade, reflectindo as prevalências de consumo na população portuguesa. A evolução das percepções dos jovens portugueses entre 2011 e 2014 evidencia que aumentou ligeiramente a facilidade percebida de acesso à heroína, à cocaína e ao ecstasy. Foi consolidado o predomínio crescente da cannabis a nível dos vários indicadores da oferta, reflectindo a prevalência do seu consumo no país. A cocaína continua a ser a segunda droga com maior visibilidade no mercado nacional, tendência iniciada na segunda metade da década anterior, apesar da estabilidade constatada nos anos mais recentes a nível da maioria dos indicadores. Em 2013 constatou-se novamente uma diminuição da visibilidade da heroína, reforçando assim a quebra registada em 2011, após o pico pontual em 2009 e 2010 com alguns indicadores a registarem os valores mais elevados da década. Em relação a outras drogas, apesar dos aumentos verificados nos últimos 3 anos em alguns indicadores, continuam a apresentar valores relativos residuais.

Quanto ao grau de pureza das drogas apreendidas, é de notar que a potência (% THC) média da cannabis, e em particular da cannabis resina, tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo em 2013 os valores médios mais elevados desde 2005.

Em 2013 importa destacar, face à expansão do fenómeno das Novas Substâncias psicoactivas em Portugal e à evidência sobre a sua perigosidade, a operacionalização dos dispositivos para uma resposta eficaz a este fenómeno. Com vista a estabelecer medidas sanitárias de efeito imediato contra a produção, distribuição, venda, dispensa, importação, exportação e publicidade dessas substâncias, o Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool promoveu a criação de um grupo de trabalho interministerial que elaborou uma proposta de decreto-lei e implementou as medidas previstas no Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de Abril.



### Intervenções dos CRI e PORI

Para além de toda a intervenção realizada através dos Centros de Respostas Integradas, que continuam a garantir toda a intervenção local nas áreas da prevenção, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção, salientamos a intervenção realizada através do Programa Operacional de Respostas Integradas (PORI) com o desenvolvimento de 45 projectos a nível nacional (Prevenção 8, Redução de Riscos e Minimização de Danos 31, Tratamento 1 e Reinserção 5).

No caso da Prevenção Selectiva/Indicada, dos 8 projectos a decorrer, foi recolhida informação de 5 projectos, que abrangeram um total de 845 pessoas (33 crianças até aos 9 anos; 733 jovens dos 10 aos 24 anos e 79 adultos dos 25 aos 64 anos). Com estes grupos foram desenvolvidas acções de acompanhamento psicossocial, atendimento / encaminhamento, sensibilização/informação, treino de competências e actividades educativas-culturais/lúdico-pedagógica. Relativamente à Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) cada projecto pode apresentar diferentes respostas, consoante as necessidades identificadas em diagnóstico de território, criando e mantendo em funcionamento diferentes programas ou estruturas de RRMD. Assim funcionaram, durante 2013 26 Equipas de Rua, 2 Gabinetes de Apoio, 1 Centro de Acolhimento, 1 Centro de Abrigo, 18 Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência e 31 Programas de Troca de Seringas.



### Qualidade

Para além de todo o trabalho desenvolvida na procura da melhoria continua da intervenção em CAD destaca-se, em 2013, a criação de um grupo de trabalho para a Qualidade com o objectivo de avaliar os requisitos necessários para a elaboração de uma proposta para promover a creditação e/ou certificação das unidades que intervêm em comportamentos aditivos e dependências.

### Coordenação

No âmbito das actividades desenvolvidas no âmbito da coordenação destaca-se em 2013 a elaboração do PNRCAD 2013-2020 e do respectivo PA 2013-2016 contou com o envolvimento de todos os sectores e parceiros envolvidos, Administração Pública, entidades privadas do sector social, empresas e cidadãos, quer no âmbito dos órgãos da Estrutura de Coordenação, quer no âmbito do FNAS e ainda através da consulta pública aberta à participação de todos. Estima-se que tenham estado envolvidos cerca de 150 entidades.



### Machado Caetano

“Enquanto profissional ligado há 33 anos à luta contra a sida, gostaria de ouvir uma análise das vantagens do fim do IDT e da transformação que se deu em Portugal na organização da luta contra a toxicodependência. Continuo a ficar admirado face ao baixo investimento nacional na formação e na educação. Nenhum destes problemas melhorará significativamente se mantivermos a população em geral com baixos níveis de conhecimento, com os meios de comunicação social verdadeiramente encharcados de “droga” e de “cimento”, as escolas isoladas desde a fase pré primária ao ensino universitário, com a ausência quase total da dedicação de profissionais à educação para a saúde. Falha, acima de tudo, a prevenção. Apesar destes resultados, que felicito, gostaria de perceber se estão de acordo relativamente à necessidade de um maior esforço nacional, a começar na Assembleia da República, na utilização da fantástica potencialidade da televisão e de outros meios para a produção de informação adequada para o público português. Depois, não compreendo como é possível que se dediquem apenas quatro horas por ano à educação para a saúde e sexualidade nas escolas. Mais: onde estão os psicólogos e médicos associados às escolas do país para poderem mudar comportamentos?”

### Carina Quaresma, Ministério da Administração Interna

“Gostaria de vos questionar sobre a pertinência da existência de algumas campanhas nacionais no âmbito da prevenção e sensibilização. Sei que existe uma espécie de preconceito contra a prevenção universal mas também depende da forma como essa prevenção universal é feita... Penso que existe alguma lacuna na população, nomeadamente no que respeita ao conhecimento sobre o consumo nocivo de álcool. O que a OMS nos diz a esse respeito e às quantidades... Existirão pois, campanhas de prevenção mais ou menos eficazes, dependendo das abordagens dentro da própria tipologia da prevenção universal. Deixá-la completamente de lado também não será, do meu ponto de vista, uma boa prática. Outra questão que pretendia colocar prende-se com os dados a que temos tido acesso dos inquéritos nacionais de saúde: gostaria de perceber se estes inquéritos têm focado as questões das novas substâncias psicoactivas e se existe alguma evolução no sentido de percebermos se a população tem tido acesso e como o mesmo se pratica. Por fim, no Ministério acompanho várias estratégias nacionais, entre as quais esta de que estamos aqui a falar, dos comportamentos aditivos, mas também da violência doméstica. E queria deixar aqui nota que existem alguns fenómenos correlacionados e não posso deixar de mencionar que, em mais de 40 por cento das ocorrências de violência doméstica registadas pelas forças de segurança, está sinalizada a existência de problemas relacionados com o consumo de álcool e 11 por cento com estupefacientes. São fenómenos conexos que requerem a nossa atenção e seria positiva a adopção de uma estratégia global que captasse estas novas situações e permitisse termos uma visão integrada nestes vários domínios”.



### Ponciano Oliveira, vogal do CD da ARS Norte

“Gostaria de dar nota de um testemunho do que são aspectos muito positivos desde 2012 até agora e que, não obstante os desafios com que todos somos confrontados diariamente nestas e noutras áreas, importam referir: designadamente no campo da prevenção, não podem passar despercebidos os números que foram apresentados relativamente a uma medida inovadora que o SICAD apresentou, o Dia da Defesa Nacional. Não só pelo facto de representar a excelente cooperação que tem existido entre o SICAD e as ARS mas também pelo que significa em matéria de prevenção em concreto. Significa fazermos um rastreio de toda a população juvenil e de toda a população alvo num momento determinante da sua vida mas também termos dados para acompanhamento no futuro. Isso também revela um outro lado da estratégia de intervenção, que tem a ver com o emprego dos meios próprios das ARS e o Serviço Nacional de Saúde reservar para as ONG o conjunto de outras áreas de intervenção onde têm demonstrado vocação para intervir. Em matéria de educação para a saúde, sendo verdade que pode ser feito muito mais, não deixa de ser verdade que tem sido feito cada vez mais. Na região Norte, criámos um Núcleo Operacional para a Prevenção que visa reforçar as competências técnicas dos profissionais envolvidos em programas de prevenção, como seja nas escolas e que abrangem muitas outras áreas da saúde em geral. Por outro lado, em matéria de integração, é preciso lembrar que a mesma se consegue com um conjunto de medidas que estão em marcha, como a disponibilização de formação, como nós temos feito, a todos os profissionais dos cuidados de saúde primária, ou a adopção de instrumentos de diagnóstico e de referência. Por outro lado, foi também no seio da ARS Norte que foi possível aumentar a rede de intervenção, abrindo uma nova unidade em Lamego, uma ambição do IDT desde 2008, bem como reforçar os quadros psiquiátricos, quer nas respostas aos comportamentos aditivos, quer prover vagas para enfermeiros nesta área, relevando nos critérios de admissão a experiência nesta matéria. Concluo afirmando que, este conjunto de factos testemunham os méritos que pode ter uma integração sem prejuízo de terceiros a partir de uma melhor colaboração”.



## Elza Pais, deputada do Grupo Parlamentar PS



“Estes relatórios apresentados são de grande qualidade técnica e demonstram grande atenção quer às novas tendências, quer às questões relacionadas com os consumos, atendendo, a cada momento, a realidades diversas, nomeadamente à situação de crise dos últimos tempos, que introduziu nalguns países preocupações acrescidas nesta matéria. Os relatórios dão-nos conta das tendências, que se mantêm, ou seja, os consumos estão controlados mas há uma interrogação: embora estejam controlados, estará esta batalha ganha? Estamos a conseguir controlar o aumento dos consumos, com variações diversas, e embora a heroína tenha diminuído, a cocaína está a aumentar e, embora o consumo de cannabis não esteja a aumentar em Portugal relativamente aos países europeus, esta é uma batalha que ainda não está ganha, sobretudo entre as populações mais jovens. Então, a questão que colocaria é o que nos falta fazer para começarmos a combater a estabilidade destes consumos. Claro que está ganha a batalha do aumento mas será a expectativa para o futuro limitada à manutenção do controlo dos consumos neste nível de estabilidade? Ou poderemos ousar no sentido de os diminuirmos? Preocupa-me particularmente a questão da prevenção. Sabemos que as intervenções, num primeiro momento, como não poderia deixar de ser, foram muito dirigidas para o tratamento e, num segundo momento, felizmente, Portugal acompanhou de forma muito eficaz todas estas tendências para a redução de riscos mas, em meu entender, a questão da prevenção ainda não teve a prioridade que merece. Olho para os projectos de prevenção e considero que oito para todo o país são poucos para as necessidades. Embora sabendo que o número de pessoas que atingem é muito elevados, considero um número de projectos muito reduzido. A minha última questão tem que ver com a mudança do modelo organizativo. Durante os últimos dois anos, assistimos a alguma instabilidade e insegurança por parte dos serviços e dos profissionais relativamente à mudança de um modelo que era integrado e verticalizado para outro cuja integração, de acordo com o Dr. Manuel Cardoso, está a ser consolidada. Tenho algumas reservas relativamente à concretização dessa integração. Temos por um lado a cabeça do SICAD, que define orientações e, por outro lado, numa lógica às vezes muito aérea às necessidades e especificidades desta intervenção, as ARS onde estas intervenções são executadas. Pelo conhecimento que tenho da realidade e face aos contactos com muitos profissionais, tenho algumas reservas quanto à operacionalidade e eficácia deste sistema sobretudo para a estabilidade dos serviços. A grande questão que coloco é se valeu a pena ter introduzido esta alteração”.

## Laura Esperança, deputada do Grupo Parlamentar PSD



“A toxicod dependência é um problema social e de saúde pública da maior gravidade nas sociedades contemporâneas. Por isso, não é tanto uma batalha ganha ou perdida mas sempre uma batalha que nunca estará ganha se não estivermos no bom caminho. E nós julgamos que estamos no bom caminho. Segundo o SICAD, em Portugal tem sido registada uma redução do número de utilizadores problemáticos de drogas, nomeadamente da redução dos consumos por via endovenosa, de novas infecções por VIH, de overdoses e aumento do número de novos utentes nas estruturas de tratamento. Nos últimos relatórios do SICAD, tanto o referente à situação do país em matéria de drogas e toxicod dependências em 2012 e em 2013, dá-se conta uma diminuição do consumo de drogas na população portuguesa, registando-se também uma menor prevalência do consumo de substâncias ilícitas no nosso país em face dos valores médios europeus. Embora o relatório refira que os dados de 2013 relativos à mortalidade relacionada com o consumo de drogas não estavam disponíveis à data da conclusão do mesmo, gostaríamos de saber se existe já alguma estimativa sobre se aumentou ou diminuiu o número de mortes. Outra questão respeita ao tratamento. Na rede pública de tratamento em ambulatório estiveram 28.183 utentes contra 29.062 em 2012, 29.781 em 2011, 31.248 em 2010, 33.107 em 2009, 31.623 em 2008 e 29.905 em 2006, o que traduz uma estabilidade relativamente aos números, com ligeira tendência decrescente, situação porventura explicada por idêntica tendência registada em relação aos consumos. Importava pois saber que leitura faz o SICAD ao nível dos consumos e como avalia a estratégia que vem seguindo no combate à toxicod dependência e ao tratamento dos toxicod dependentes. De registar, por outro lado, que a aprovação do decreto-lei 54/2013, na sequência de uma iniciativa do PSD, levou à proibição da venda de cerca de 160 substâncias psicoactivas e ao desaparecimento das chamadas smart shops no nosso país, sendo que desde então não houve registo de novos casos de saúde graves decorrentes do consumo dessas substâncias. Gostaríamos pois de saber se assim é. Se o SICAD tem informações sobre eventuais consumos dessas substâncias e se há registo de situações de riscos associados ao consumo, designadamente na rede hospitalar. A este respeito, convém recordar que, só em 2011 e 2012, foram registados 46 casos de urgências hospitalares, algumas com consequências clínicas muito graves. Finalmente, têm surgido novas substâncias psicoactivas com elevado potencial de toxicidade, algumas delas já analisadas pelo Comité Científico do Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência e que foram detectadas no mercado português. Importa saber que destaque têm dado as autoridades a estas novas substâncias, designadamente em veículos de comunicação como sites ou classificados na internet ou ainda por outras vias que sabemos que existem”.

Paulo Almeida, deputado do Grupo Parlamentar do CDS



“Antes do mais gostaria de salientar os aspectos bastante positivos, e a forma cuidada que encontramos neste relatório, o que permite mesmo a quem não esteja minimamente familiarizado nesta área poder extrair daí uma importante informação e sérias conclusões. Por isso não me vou alongar muito na análise ao documento mas gostaria de colocar as seguintes questões.

Por considerar que a prevenção é um aspecto importante, que determina o grau de sucesso ou o falhanço de todas as políticas nesta área da toxicodependência, gostaria de realçar alguns números aqui apresentados. Por um lado, a quantidade de novas substâncias detectadas; por outro lado, a existência de 80 milhões de europeus que já consumiram drogas e, particularmente, para fazer uma sub-questão da prevenção, directamente aos jovens, um em cada quatro entre os 15 e os 16 anos já experimentou drogas. Neste domínio da prevenção, pergunto se pode desenvolver as medidas de prevenção que têm sido adoptadas, especialmente naquela faixa etária. Já no ano passado foi aqui referido e hoje foi novamente enfatizado que a transmissão de infecções junto dos toxicodependentes tinha diminuído em face da redução do consumo de drogas injectadas. Mas, no ano passado, houve um alerta acerca da transmissão por via do uso do cachimbo. Pergunto se algo foi feito nesta matéria. Por último, quanto ao tratamento, tem havido alguma confusão em torno dos números acerca dos utentes que concluíram o tratamento. Creio já estar resolvida e gostaria de saber quantos doentes concluíram os tratamentos. Há doentes que entram, dois ou três dias depois saem, voltam a entrar... É importante não só sabermos quantos entraram mas, sobretudo, quantos concluíram. E existe a este propósito uma vertente muito importante, a reinserção. Pergunto o que pode e deve ser feito por forma a reabilitar estes doentes nestes programas que não devem ser apenas de substituição opiácea mas, igualmente, de reinserção na vida activa”.

Paula Santos, deputada do Grupo Parlamentar do PCP



“Gostaria de fazer um cumprimento muito especial aos profissionais de saúde que trabalham nas estruturas desta área, quer no SICAD quer nas ARS, porque creio que, com o conjunto de alterações que foram impostas nos últimos anos na organização dos serviços na área da toxicodependência, estes profissionais foram bastante prejudicados, assim como os respectivos serviços. Destaco pois o empenho, dedicação e profissionalismo, o que se reflecte neste relatório, à semelhança de relatórios anteriores em que o IDT nos tem habituado a uma enorme qualidade e a um conjunto de dados muito relevantes. Creio que os resultados se devem sobretudo ao esforço e trabalho dos profissionais envolvidos. 2013, como foi referido, foi um ano em que foi implementada na íntegra esta nova organização relativamente à qual sempre fomos muito críticos e continuamos a achar que não é a solução mais adequada, do ponto de vista estrutural, para combater e intervir na área das dependências. O fio condutor e coerência que existiam numa única estrutura tinham as suas vantagens nesta matéria tão específica e, de facto, a transferência de um conjunto de áreas para as ARS trouxe um conjunto de obstáculos e de dificuldades, umas ultrapassadas, outras não, convidando os profissionais a um esforço suplementar no seu trabalho. Em relação ao relatório, gostaria de focar alguns aspectos, entre os quais o número de utentes em tratamento. Desde 2010, tem havido uma tendência decrescente e não encontrei uma explicação evidente. Seria interessante percebermos o que isso significa. Haverá uma redução da capacidade de resposta por parte das estruturas? Haverá uma menor acessibilidade por parte dos doentes? Têm-nos chegado notas de que existem doentes que têm deixado de ir às consultas por não terem meios para se deslocarem... E o facto de as equipas serem exíguas também terá, naturalmente, as suas implicações. A segunda nota que gostaria de colocar tem a ver com as readmissões, cujo número tem vindo a aumentar e continua a ser superior ao número de novos utentes. Este é também um sinal dos tempos que vivemos, de dificuldades do ponto de vista económico e social a que, naturalmente, esta população não é alheia, sofrendo estes impactos. Creio que estas readmissões têm esta preocupação subjacente, particularmente quando a droga associada continua a ser a heroína. Outro número que me preocupou tem a ver com a redução do número de utentes em tratamento nas unidades de desabituação e nas comunidades terapêuticas. Isto nota-se particularmente nas entidades licenciadas, com as quais o SICAD e os serviços têm trabalhado. Gostaria de saber o que isto significa. Não há procura ou estaremos perante algumas condicionantes que estão a limitar o acesso dos doentes aos tratamentos nestas estruturas. Relativamente aos PORI, tem havido desde 2011 uma redução destes territórios considerados prioritários e vejo com preocupação o facto de o Alentejo não ter um único PORI. Preocupa-me também o facto de só existirem projectos de redução de riscos e minimização de danos no Norte, no Centro e em Lisboa e Vale do Tejo. Uma última nota para dizer que, apesar de se ter registado tardiamente alguma evolução, lamento que o Programa de Troca de Seringas ainda não esteja em pleno nas farmácias, verificando-se, mais uma vez, que os centros de saúde não são a resposta adequada, algo visível no número de seringas trocadas nos centros de saúde em 2013. Registou-se, de facto, um número significativo de seringas trocadas durante o ano mas isso deveu-se à intervenção das ONG”.

## Manuel Cardoso responde às questões colocadas pelos deputados da Assembleia da República



“Relativamente às questões colocadas pela Dra. Elza Pais, nomeadamente no que concerne à diminuição dos consumos, pensar na experimentação uma vez na vida, nos consumos regulares ou recentes são aspectos completamente diferentes. É necessário abordar a questão dos consumos nestas vertentes e perceber que tipos de consumos são problemáticos. Estamos ainda a avaliar os consumos pela experimentação ao longo da vida, precisamos de nos ir debruçando mais sobre os consumos recentes e os actuais. Não há uma definição clara da percentagem de população que possamos considerar de consumo baixo. A única garantia que, em termos de presunção, posso ter é que não existirão comunidades sem algum consumo de substâncias psicoactivas. Temos verificado algumas descidas e temos tido médias abaixo das da União Europeia. A nossa preocupação é que não subam e que os problemas ligados ao consumo de álcool não aumentem. Estarmos a conseguir reduções já é, na nossa perspectiva, um grande feito.

Quanto às questões relacionadas com a prevenção, temos que pensar em quatro tipos de prevenção: prevenção ambiental, universal, selectiva e indicada. A nossa perspectiva do trabalho em prevenção ambiental é que existe um trabalho em contínuo e tem havido ganhos na intervenção comunitária, na gestão dos espaços públicos, no enquadramento legislativo etc.; na prevenção universal, habitualmente mais descaracterizada e inespecífica, com menos ganhos, esse trabalho é menor. O projecto Eu e os Outros é realmente de prevenção universal mas pode transformar-se em prevenção selectiva e é multi-direccionada. Por outro

lado, quando falamos em prevenção selectiva e indicada estamos a falar de proximidade. Isso é reflectido nos valores apresentados. As ARS e os CRI continuam a ter respostas de proximidade e de prevenção indicada. E mesmo toda a intervenção realizada no âmbito da dissuasão insere-se na prevenção indicada. Não podemos escamotear o trabalho que continua a ser feito.

Por outro lado, quando fala nos outros projectos, estamos a falar no PORI, absolutamente focalizado, com intervenções habitualmente de prevenção selectiva, em que são diagnosticados territórios prioritários e definidas intervenções. Neste caso, são apenas oito, existindo projectos em concurso mas, aqui, trata-se de algo muito mais específico. As respostas sistemáticas existem no terreno, correspondendo estes projectos a problemas muito mais específicas que diagnosticámos.

Falámos em acessibilidade e no modelo organizativo... As questões não estão completamente resolvidas... Compreendo, enquanto médico de saúde pública, que em termos conceptuais na gestão da saúde como um todo possa fazer sentido esta integração. Em relação à situação do país e aos problemas que existem, na minha perspectiva, talvez seja cedo para fazer essa integração quando estamos a alargar as áreas de intervenção aos comportamentos aditivos e dependências. A priorização desta área ainda é demasiado significativa e a capacidade de resposta dos serviços, nomeadamente com a reestruturação dos cuidados primários, não assegura ainda conhecimento suficiente para receber as respostas às necessidades identificadas como problemáticas. Agora, é preciso referir que a resposta, das ARS e seus responsáveis, que receberam todas as unidades, foi de tal maneira solidária, que conseguimos manter íntegras as Unidades de Intervenção Local e a sua capacidade de resposta. E quero acreditar que, nalguns casos, conseguimos mesmo melhorar as respostas então existentes para que as populações não sofressem. Fruto essencialmente da responsabilidade e postura dos responsáveis de cada uma das ARS deste país.

A Dra. Laura Esperança referiu não estarmos perante uma batalha ganha ou perdida, o que corresponde à verdade. É um contínuo de gestão de situação que tentamos fazer no sentido de termos o menos possível de problemas ou de problemas significativos nesta matéria. Relativamente às mortes por toxicodependência, o que temos do Instituto de Medicina Legal aponta para outra diminuição, em números que já são por si significativamente baixos. Quanto à estabilidade dos doentes em tratamento, os que apresentámos no relatório são doentes de ilícitas mas a capacidade das unidades, hoje, vai além disso, respondendo às novas substâncias psicoactivas, ao álcool, ao tabaco ou ao jogo. A capa-



**“Cannabis, ecstasy e cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida de 9,4%, 1,3% e 1,2%” .**



cidade de resposta em termos de tratamento manteve-se genericamente e não houve aumento de tempos de espera na procura da intervenção terapêutica.

A legislação para as novas substâncias psicoativas conseguiu fazer regredir aquilo que parecia ser uma evolução do problema. Claro que existem consumos de substâncias psicoativas por aquisição ilegal mas isso também existe relativamente às ilícitas. O que não se verificou foi a manutenção da procura hospitalar relacionada com esses consumos. Portanto, praticamente desapareceu. Quanto à venda destas substâncias pela internet, a Polícia Judiciária está a fazer um trabalho assente num enorme esforço, no sentido de minorar o problema.

O Dr. Paulo Almeida colocou algumas questões relacionadas com os jovens que já experimentaram drogas e penso que temos que tentar diminuir esses indicadores mas igualmente fazer com que não aumente a oferta, cada vez mais diversa. Diria que a nossa sociedade cada vez incentiva mais à experimentação de substâncias. A nossa preocupação também aponta para a criação de alternativas que “aumentem as adrenalinas”.

Falava igualmente nas entradas e saídas do tratamento... As coisas não são simples. Numa operação a uma apendicite, em princípio tiramos e resolvemos o problema... Tratar um diabético ou um hipertenso pode implicar episódios de remissão que originam uma ida ao hospital mas, quando a pessoa vai para casa, existe sempre um Natal ou stresses maiores que implicam o regresso ao hospital... A toxicod dependência é também uma doença crónica. Quando falamos em episódio terapêutico, podemos falar de entrada e saída com sucesso. Quando falamos de processos nas comunidades terapêuticas e nas unidades de desabituação não é fácil gerir sucessos e recaídas, até porque as circunstâncias



## **“No contexto das populações escolares, a cannabis continua a ser a droga mais consumida”**

da vida são sempre muito variadas. Mas se falarmos do cumprimento de programas terapêuticos, então os casos de sucesso são muito significativos.

Colocou a questão da reinserção, em que as percentagens de sucesso, apesar de tudo, são na minha perspectiva muito altas. Fez uma ligação entre a reinserção e os programas de substituição opiácea, como se esse programa fosse contrário ao processo de reinserção... Acontece exactamente o contrário. Aquilo que os programas fazem, porque são terapêuticos, é garantir à pessoa a sua plenitude de capacidade de trabalho e de vivências e esse tem sido um factor de sucesso nas questões da reinserção.

A Dra. Paula Santos falava nas dificuldades da organização, algo que já versei; quanto ao número de utentes em tratamento, também já referi que estão genericamente a manter-se; falou dos novos doentes: a capacidade de resposta existe e, portanto, se alguém procurar tratamento entra numa resposta. Naturalmente, os novos casos são menos, sendo até mais relacionados com consumos de cannabis, provavelmente fruto do trabalho desenvolvido pelas comissões de dissuasão da toxicod dependência. Em relação às readmissões, volto a dizer que é natural que exista um pico de aumento entre 2010 e 2012. Hoje, o nosso sistema de informação multidisciplinar está muitíssimo mais estável e podemos perceber com clareza o que o programa informático nos dá, algo que há cinco anos atrás não conseguíamos fazer. Hoje, conseguimos distinguir claramente novos utentes no sistema de readmissões. Quanto à redução dos doentes em tratamento em comunidade terapêutica e em unidades de desabituação, relativamente às ilícitas ela é consequente de todo um outro trabalho. Esta resposta terapêutica seria menos adequada e, por isso mesmo, alargámos as competências de resposta destas unidades a outros comportamentos aditivos, nomeadamente ao álcool. Existirá eventualmente alguma diminuição da capacidade de internamento por questões financeiras mas também existe um maior rigor por parte do diagnóstico. O tratamento numa comunidade terapêutica é dispendioso e não deveria ser feito por uma questão social, apesar de ainda o ser muitas vezes.

Falava num Alentejo sem programas... O PORI responde a diagnósticos de territórios e, no Alentejo, não foram identificados territórios prioritários. Relativamente aos programas de redução de riscos e minimização de danos, é um pouco o mesmo. Não nos foram apresentados diagnósticos nesse sentido, quer no Algarve quer no Alentejo, o que significa que não existe solicitação para esse tipo de resposta.

## **“Lisboa, Açores e o Alentejo, foram as regiões com prevalências de consumo acima das médias nacionais”**