



PARTIDO COMUNISTA PORTUGUÊS
Grupo Parlamentar

Projeto de Resolução n.º 1222/XIII/3.^a

Recomenda ao Governo Reforço da capacidade das respostas públicas na área da toxicodependência e alcoolismo.

I

O Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - revela, a partir do INPG 2012 - III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012 - realizado na população geral residente em Portugal (15-64 anos) que “a cannabis, o ecstasy e a cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo) respetivamente de 9,4%, 1,3% e 1,2%. Entre 2007 e 2012, no conjunto da população portuguesa verificou-se, para quase todas as drogas, uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida (a de qualquer droga passou de 12% para 9,5%) e de consumo recente (a de qualquer droga passou de 3,7% para 2,7%), bem como uma diminuição das taxas de continuidade dos consumos (a de qualquer droga passou de 31% para 28%). De um modo geral, a população jovem adulta (15-34 anos) apresentou prevalências de consumo ao longo da vida, de consumos recentes e taxas de continuidade dos consumos mais elevadas do que a população total. Cerca de 0,7% da população de 15-64 anos e 1,2% da população jovem adulta residente em Portugal apresentavam sintomas de dependência do consumo de cannabis, correspondendo a cerca de um quarto dos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses. A análise por sexo evidenciou prevalências de consumo ao longo da vida e de consumo recente mais elevadas nos homens, para todas as drogas, apesar de alguns consumos no grupo feminino terem aumentado entre 2007 e 2012, contrariamente ao padrão geral de evolução. Lisboa, a Região Autónoma dos Açores e o Alentejo, foram as regiões (NUTS II) que apresentaram 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. Em 2012, Portugal continuava a apresentar prevalências de consumo de substâncias ilícitas abaixo dos valores médios europeus”.

Por sua vez, o IV inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017, revela que, no que concerne à prevalência e tipologia do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, “a cannabis é a substância que apresenta maiores prevalências independentemente do ano de aplicação considerado. Dos 7,6% registados em 2001, sobe para 11,7% em 2007, descendo em 2012 para os 9,4% para voltar a subir em 2016/2017 para os 10,9%”.

No que respeita às restantes substâncias psicoativas ilícitas, o mesmo estudo, mostra que “todas as outras substâncias consideradas [cocaína, anfetaminas, ecstasy, heroína, LSD, cogumelos A e NSP] apresentam prevalências de consumo ao longo da vida inferiores a 1,5%; registaram aumentos entre 2001 e 2007, e descidas (e nalguns casos, manutenção de valores) entre 2012 e 2016/2017”.

Os dados do IV inquérito sobre o consumo de cannabis estão alinhados com resultado do estudo consumo frequente/de alto risco de cannabis, publicado neste ano pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Este estudo revela que a “cannabis tem sido, consistentemente, a substância ilícita mais consumida, independentemente de fatores como o grupo etário, o sexo ou a região de residência, a larga distância das restantes substâncias ilícitas”.

Os dados revelam também que “face aos resultados de inquéritos anteriores (2001, 2007, 2012) estas prevalências (considerando a população de 15-64 anos) têm vindo a aumentar”. Ou seja, “2,7% consumiram cannabis 4 ou mais vezes por semana nos últimos 12 meses”, “2,5% consumiram cannabis diariamente ou quase diariamente nos últimos 30 dias” e “0,6% têm um consumo de risco moderado/elevado”.

No que respeita à prevalência de consumo frequente/de alto risco nos jovens (15-34 anos), o estudo demonstra que: “1,2% dos jovens têm um consumo de risco moderado/elevado”, 4,7% dos jovens de 18 anos consumiram cannabis em 20 ou mais

ocasiões nos 30 dias anteriores (2016) e entre 0,1% (13 anos) e 2,2% (18 anos) dos estudantes de Portugal continental consumiram cannabis em 20 ou mais ocasiões nos 30 dias anteriores (2015)".

Por sua vez, nos jovens internados em centros educativos, o estudo mostra que "46% dos jovens (14-20 anos) consumiram cannabis em 20 ou mais dias no mês anterior ao internamento (2015). E, no contexto prisional, "22% dos reclusos (16 ou mais anos) consumiram cannabis em 20 ou mais dias no mês anterior à reclusão atual (2014).

O estudo evidencia que em todas as populações estudadas (população geral, estudantil, internada em centros educativos, prisional) "o consumo frequente/de alto risco é mais comum nos homens do que nas mulheres".

Em termos de dados comparativos, ou seja, entre os obtidos no III e no IV inquérito nacional, constata-se que "[a]s prevalências do consumo de qualquer substância psicoativa ilícita sobem dos 8,3% registados em 2012 para os 10,2% em 2016/2017." Assim como se "registaram subidas em ambos os géneros quando consideramos a população total, uma descida entre os homens e uma subida entre as mulheres quando consideramos a população jovem adulta. Estas são as tendências que se verificam na cannabis, substância que tem o maior peso na prevalência de qualquer substância psicoativa ilícita".

Sobre a prevalência do consumo de cocaína, a comparação revela que o consumo desta substância "sobe ligeiramente na população total, embora desça entre a população jovem adulta".

No que respeita a outras substâncias psicoativas ilícitas, em concreto anfetaminas e heroína, regista-se no que à primeira diz respeito "uma prevalência de consumo ao longo da vida igual à registada em 2012 na população total, tendo descido entre os homens, mas aumentado entre as mulheres. Considerando a população jovem adulta, esta prevalência desce, embora tenha subido de 0,2% para 0,4% entre as mulheres." E para a segunda, heroína, "uma prevalência de consumo igual à verificada em 2012,

que entre a população total, quer entre a jovem adulta”. Também nesta substância verifica-se um “uma diminuição da prevalência do consumo entre os homens e uma subida entre as mulheres.”

No que respeita aos consumidores de cannabis em tratamento na rede pública, o estudo consumo frequente/de alto risco revela que “2231 estiveram em tratamento ambulatório, que corresponde a metade dos novos pedidos de tratamento” e “13,8% dos readmitidos”.

Em síntese, o estudo mostra que “entre 2012 e 2016/2017 a percentagem da população residente em Portugal (15-74 anos) com padrão de consumo de cannabis mais frequentes quadruplicou.”

II

A partir de 2002, com a criação do IDT – o Instituto da Droga e da Toxicodependência - IDT, Portugal passou a dispor de um único organismo responsável pelo desenvolvimento e implementação de uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicodependência.

Em 2007, no quadro do PRACE (Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado) do Governo PS, o IDT viu alargadas as suas competências para a área da alcoologia, integrando os Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul; contudo, este alargamento não foi acompanhado dos respetivos meios. Neste ano assumiu-se uma intervenção integrada para combater o consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente através da implementação do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), assente em diagnósticos efetuados em determinados territórios, potenciando as sinergias disponíveis e adaptando as respostas aos contextos específicos.

Competia ao IDT a coordenação e execução das políticas e estratégias de combate ao fenómeno das toxicodependências, nas vertentes da prevenção, tratamento, redução de riscos e reinserção social.

Do ponto de vista organizacional, o ex- IDT articulava três níveis: central, regional e local.

Ao nível central cabia a responsabilidade de definir as “linhas de orientação técnico-normativas para a prossecução e uniformização do modelo de intervenção a nível nacional” e a coordenação do “processo de acompanhamento e avaliação, realizado a nível local e regional”.

Ao nível regional estavam adstritas funções de “diagnóstico das necessidades e o acompanhamento dos vários programas a este nível”, pelo que permitia “em tempo real, a adequação da estratégia de intervenção, fazendo face às necessidades específicas de cada região”. Competia, ainda, às Delegações Regionais promover a “articulação entre as várias intervenções da região, desenvolver ações em função das prioridades e organizar o tratamento da informação, permitindo assim a elaboração de indicadores de mudança e de impacto na população”.

Ao nível local, composto pelas Unidades Locais, competia o desenvolvimento da intervenção. Estas unidades foram, de igual modo, responsáveis pelo envolvimento e participação de várias entidades no processo de intervenção, ou seja, desde a prevenção até à reinserção social do toxicodependente.

Em 2010 foi publicado um relatório de um estudo sobre “O IDT visto pelas outras instituições”, da autoria de Luís Miguel Vieira e Áurea Celina Ferreira, e cujos resultados revelam um “reconhecimento generalizado da relevância e utilidade da ação do IDT, nos vários níveis em que intervém”. Globalmente, as entidades consideram positiva a atuação do IDT (cerca de 70%), principalmente, a qualidade das respostas prestadas e a competência técnica das equipas do IDT.

Pese embora estes resultados, assim como a evolução positiva na redução de consumo de estupefacientes por via endovenosa, da incidência do HIV/SIDA nos consumidores de drogas e do consumo nas populações mais jovens, o Governo PSD/ CDS decidiu desmantelar e procedeu à extinção do IDT.

No âmbito da aplicação do PREMAC (Plano de Redução e Melhoria da Administração Central), com o objetivo de concentrar e reduzir serviços da Administração Pública, o Governo PSD/CDS-PP decidiu extinguir o Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT) e criar o SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), equiparado a uma direção geral do Ministério da Saúde, com competências exclusivamente de planeamento e monitorização (ainda que alargadas a outros comportamentos aditivos e dependências), transferindo toda a vertente operacional para as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Às ARS foi atribuída a competência de “assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências”, e “sucedem, de acordo com a respetiva área geográfica de intervenção, nas atribuições do Instituto da Droga e Toxicod dependência, I. P., no domínio do licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das toxicod dependências (competência entretanto transferida para a Entidade Reguladora da Saúde em termos que importa clarificar) e da execução dos programas de intervenção local, do património e dos recursos humanos afetos às delegações regionais”. Ao SICAD foi atribuída a missão de “promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências”, com competências atribuídas somente ao nível do planeamento, da investigação e monitorização dos programas de combate à toxicod dependência, alcoolismo e outras dependências. A separação da vertente do planeamento e da investigação da vertente operacional, sem nenhuma fundamentação técnica e científica, só revela a fragilidade da solução adotada pelo XIX Governo constitucional, assim como o seu objetivo de destruir a estratégia seguida até então. Ou seja, uma estratégia integrada, global e coerente das políticas públicas na área da toxicod dependência, do alcoolismo e outras

dependências. Estratégia que permitiu o reconhecimento mundial do modelo português.

Para este reconhecimento concorreram vários factos: a aprovação da Lei 30/2000, de 29 de Novembro (que define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica), conhecida pela lei da descriminalização do consumo de drogas; a criação das Comissões de Dissuasão para a Toxicodependência (CDT), e a atuação em todos os domínios, isto é, da prevenção, à dissuasão, à redução de riscos e minimização de danos, ao tratamento e à reinserção social.

Aquando da decisão, o PCP alertou para as consequências negativas que comportava tal orientação. Mais uma vez, a realidade veio dar razão ao PCP. Passados quase seis anos da implementação da decisão estão bem à vista as consequências de tal decisão, as quais estão muito bem espelhadas na “Declaração de Aveiro”.

Na Declaração de Aveiro, é afirmado pelos subscritores (todos profissionais) que o que existiu foi uma “fragmentação das respostas por parte dos serviços, porventura por via de uma avaliação deficitária da cultura organizacional, metodologias e de intervenção da instituição anterior [IDT], que conduziram a uma desmotivação de profissionais, com saídas e recolocação de pessoas qualificadas e experientes, a uma falta de uniformidade de atuação no todo nacional, e por isso mesmo dificultando a prestação de melhores cuidados de saúde aos utentes.”

No seguimento da Declaração de Aveiro, os profissionais elaboraram um documento-Proposta de Rede para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências – no qual afirmam que “o insucesso do processo de integração nas A.R.S. e a progressiva destruição da Rede de Serviços do ex-I.D.T., está a desestruturar os cuidados às pessoas com C.A.D. [comportamentos aditivos e dependência], seus familiares e comunidade em geral, com o espectro de preocupantes consequências para a saúde

individual, para a saúde pública, para a segurança percebida pelas populações, em resumo para a qualidade de vida na nossa comunidade”.

No que respeita à fragmentação do modelo de intervenção em CAD, o documento atrás aludido refere que se “assiste hoje a assimetrias regionais na prestação de cuidados aos doentes pela falta de um serviço nacional e vertical. Deixou de haver um padrão assistencial comum, uniforme e consistente”. E, conclui “esta fragmentação e avaliação deficitária quer da cultura organizacional quer das metodologias de intervenção observadas na instituição anterior, poderão ter conduzido a um elevado nível de desmotivação e saída de alguns profissionais qualificados e experientes, criando com isso um conjunto de dificuldades na prestação de melhores cuidados de saúde aos doentes”.

A saída de profissionais sem a sua substituição conduziu à redução das equipas e comprometeu seriamente a prestação de cuidados de saúde aos utentes. O facto de não haver renovação de profissionais está a conduzir ao envelhecimento das equipas e corre-se o risco de a experiência e conhecimento adquiridos ao longo de vários anos poderem perder-se.

Em novembro de 2017 o Coordenador Regional da DICAD (Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) e sua equipa, e os coordenadores técnicos dos CRI (Centro de Resposta Integrada) do Porto, Braga, Viana do Castelo, Vila Real e Braga, apresentaram a demissão das suas funções, tendo alegado uma “situação de ingovernabilidade” que está instalada desde que o anterior Governo decidiu extinguir o IDT., I.P.

Situação que tem, segundo aqueles profissionais, consequências graves no funcionamento dos serviços, no acompanhamento dos utentes e na motivação dos profissionais.

Nos utentes as consequências traduzem-se no aumento dos tempos de espera, podendo a espera pela primeira consulta variar “entre os dois e os seis meses” dependendo dos serviços.

A que acresce a carência de profissionais, designadamente de médicos. Esta carência de profissionais compromete o acompanhamento dos utentes.

Em dezembro, por falta de profissionais de saúde, em concreto de assistentes operacionais, a Unidade de Alcoologia do Centro foi forçada a encerrar o internamento reabrindo em janeiro de 2018.

Os problemas não se restringem à Unidade de Alcoologia do Centro, também as Unidades do Norte e de Lisboa estão confrontadas com dificuldades semelhantes, registando-se um aumento do tempo de espera para internamento em todas as unidades.

A extinção do IDT levada a cabo pelo anterior governo não foi sustentada por nenhum estudo, nem foram ouvidas as entidades e os técnicos que intervêm no terreno todos os dias. Mais, o Governo PSD/CDS-PP alterou uma estratégia de combate à toxicod dependência, que comprovou estar no caminho certo e que tem sido amplamente valorizada a nível nacional e internacional, dando uma visibilidade muito positiva do país no exterior.

Face às necessidades e às inúmeras carências identificadas, é imperioso que sejam adotadas medidas que invertam esta tendência de destruição da resposta pública na área dos comportamentos aditivos e das dependências.

Neste sentido, defendemos a existência de uma resposta pública eficaz e coerente no que respeita às áreas da toxicod dependência, alcoolismo e outras dependências, a qual passa pela criação de entidade nacional que seja responsável por todas as vertentes de intervenção – prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção social. Uma entidade pública que seja responsável pelo planeamento, investigação e definição das linhas estratégicas, mas também pela sua

operacionalização no terreno. Uma entidade especializada, com competências técnicas e científicas. Uma entidade que seja dotada dos recursos humanos, técnicos e financeiros que permitam o reforço da resposta pública nas áreas da toxicodependência, alcoolismo e outras dependências.

Desde 2016 que o PCP tem apresentado propostas, quer em sede de orçamento do estado, quer projeto de resolução, com o intuito de ser revertida a decisão do anterior governo e que seja criada uma entidade como atrás descrita.

Na sequência da norma inscrita no orçamento do estado para 2017, o Governo criou um grupo de trabalho, pelo Despacho nº 1774-B/2017, de 24 de fevereiro, com a finalidade de proceder à: "a) Avaliação das consequências da extinção do IDT, I. P., e do atual enquadramento dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências, nomeadamente, tendo em consideração os resultados obtidos " e " b) Elaboração de propostas fundamentadas sobre eventuais alterações ao modelo organizacional a nível nacional para a coordenação, planeamento, investigação e 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, tendo subjacente a garantia de sustentabilidade do SNS".

Em junho de 2017 foi publicado o relatório do grupo de trabalho criado para cumprir a norma orçamental, mas não foram deduzidas conclusões, pelo que, segundo as afirmações do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde em sede de discussão da especialidade da proposta de orçamento do estado para 2018, está em discussão pública e espera obter uma conclusão até ao final do ano.

Em face do agravamento das condições de resposta pública e dos dados do consumo de substâncias psicoativas na população em geral e do álcool, o PCP entende que é necessário apostar verdadeiramente na prevenção, no tratamento, na redução de

riscos e minimização de danos e na reinserção, garantindo a capacidade de resposta adequada às exigências.

Assim, nos termos regimentais e constitucionais aplicáveis, os Deputados abaixo assinados do Grupo Parlamentar do PCP propõem que a Assembleia da República adote a seguinte

Resolução

A Assembleia da República recomenda ao Governo, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição que:

1. Crie no plano da Administração Pública uma entidade, com quadro de autonomia administrativa e financeira, que tenha como missão a coordenação, o planeamento, a investigação e a intervenção no combate à toxicod dependência, 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;
2. Faça um levantamento dos constrangimentos no acesso ao sistema de prestação de cuidados, designadamente de eventuais listas de espera;
3. Contrate os profissionais em falta nos Centros de Respostas Integradas e respetivas equipas de prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e de reinserção social, nas Unidades de Desabituação, nas Comunidades Terapêuticas, nas Unidades de Alcoologia e ainda nas Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência, para o desenvolvimento eficaz do modelo integrado de intervenção;
4. Adapte e amplie a rede pública de serviços na área da toxicod dependência, do alcoolismo e outras dependências face às necessidades de cada região, priorizando a intervenção de proximidade;
5. Assuma as tarefas de licenciamento e acompanhamento de respostas dos setores social e privado, com a possibilidade de celebração de contratos de convenção numa perspetiva de complementaridade, e que assegure a gestão do Plano Operacional de Respostas integradas.

6. Proceda a um levantamento das carências em termos das infraestruturas onde estão a funcionar os Centros de Respostas Integradas e as Equipas de Tratamento e elabore um plano de realização das obras e intervenções necessárias, abrindo a possibilidade de recurso aos fundos comunitários para a sua concretização.
7. Enquanto a estrutura enunciada em 1 não esteja em pleno funcionamento, o Governo:
 - 7.1. mantém o atual estatuto de autonomia dos Centros de Respostas Integradas, das Unidades de Desabituação e das Unidades de Alcoologia;
 - 7.2. mantém as equipas de profissionais de saúde das estruturas na área da toxicodependência e alcoolismo dedicadas exclusivamente à intervenção neste âmbito;
 - 7.3. reforça as equipas de rua no acompanhamento aos toxicodependentes;
 - 7.4. garante aos utentes o apoio para as deslocações para acederem aos cuidados de saúde nas unidades públicas de tratamento na área da toxicodependência e alcoolismo;

Assembleia da República, 5 de janeiro de 2018

Os Deputados,

CARLA CRUZ; JOÃO RAMOS; JOÃO OLIVEIRA; PAULO SÁ; ANTÓNIO FILIPE; PAULA
SANTOS