

## **PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 1431/XIII/3.<sup>a</sup>**

### **RECOMENDA AO GOVERNO UM MODELO DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DAS DEPENDÊNCIAS COM RESPOSTAS MAIS INTEGRADAS E ARTICULADAS, ASSIM COMO UMA APOSTA SÉRIA NA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS**

Portugal tem vindo a ser recorrentemente apresentado como um exemplo a seguir no que diz respeito às políticas de intervenção na toxicodependência. A [Lei 30/2000, de 29 de novembro](#), foi precursora e fundamental ao considerar que “o consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações constituem contraordenação” e não crime. A descriminalização dos consumos, associada a uma política pública de intervenção vertical especificamente direcionada às toxicodependências permitiu criar estruturas capazes, formar profissionais diferenciados e equipas de intervenção específicas, articulando a experiência do terreno com a investigação académica e bem como com as boas práticas internacionais.

Fruto destas políticas públicas, conseguiram-se resultados significativos não só no que concerne à redução de riscos e minimização de danos mas também ao tratamento e à reinserção bem como à prevenção e dissuasão dos consumos.

Para a prossecução destas políticas públicas, foi criado o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) que possuía cinco delegações ([Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de maio](#)). A missão do IDT visava a promoção e “redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências” (número 1 do artigo 3º do referido Decreto-Lei).

O Governo PSD/CDS extinguiu o IDT substituindo-o pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Toxicodependências (SICAD), através do Decreto-Lei nº 17/2012, de 26 de janeiro. A missão do SICAD remete para a promoção da “redução do consumo de substâncias psicoactivas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências” (número 1 do artigo 2º).

No âmbito desta reestruturação foram criadas as Unidades de Intervenção Local (UIL), unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção dos comportamentos aditivos e das dependências, responsáveis, dentro do seu âmbito territorial, e de forma articulada, pelas áreas de intervenção da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento, e da reinserção de utentes com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, de acordo com as orientações da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde (ARS) respetiva, ou seja, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. As UIL integram Centros de Respostas Integradas (CRI), Unidades de Alcoologia, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas.

No dia 16 de janeiro de 2016, realizou-se em Aveiro um encontro informal de profissionais das UIL com o objetivo de refletirem sobre o ponto de situação da intervenção em comportamentos aditivos e toxicodependências.

No documento produzido no âmbito deste encontro, estes profissionais consideram que “a integração, tanto funcional, como administrativa, da rede especializada do IDT nos cuidados gerais de saúde” parecia ser “um processo viável que colocava a oportunidade de aglutinar e potenciar uma abordagem integrada aos indivíduos com comportamentos aditivos”. Todavia, consideram, tal não se verificou.

“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, que conduziram a uma desmotivação dos profissionais com saída 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.”

Assim, estes profissionais apelaram para que sejam encetadas as diligências para “desencadear o processo de reestruturação da política pública portuguesa de intervenção nas dependências”.

A fragmentação de respostas foi também evocada por vários coordenadores da região Norte aquando da apresentação da sua demissão. Em novembro de 2017, o coordenador regional do DICAD do Norte demitiu-se das suas funções e com ele demitiram-se outros 12 coordenadores: da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, dos Centros de Respostas Integradas da Região Norte, da Unidade de Desabituação, da Unidade de Alcoologia e da Comunidade Terapêutica.

Os 13 coordenadores demissionários falam de uma ‘situação de ingovernabilidade’ que se arrasta há 5 anos e que começou quando o anterior Governo decidiu extinguir o IDT, integrando várias das suas estruturas nas ARS, pulverizando competências e fragmentando respostas.

Segundo os mesmos, a atual estrutura orgânica é precária, produz indefinições em matéria de política de saúde, tem redundado na falta de profissionais dedicados a esta área e, no caso da região Norte, tem resultado no aumento de listas de espera, como se tem tornado muito visível no caso da alcoologia onde a espera para início de tratamento pode demorar mais de 2 meses.

O Bloco de Esquerda considera que este é um alerta que tem que merecer a devida atenção da tutela. A decisão de desmantelar IDT e criar o SICAD revelou-se precipitada e desencadeou perturbações de funcionamento que eram evitáveis. É premente uma intervenção organizada e consequente da estrutura de prevenção, dissuasão e tratamento de toxicodependências, articulando de modo eficaz as unidades existentes, dotando-as de meios e profissionais adequados para a sua missão.

O desinvestimento e a desestruturação nas políticas de intervenção junto das toxicodependências poderá ter sérios custos a curto e médio prazo. É fundamental assegurar a continuação das boas práticas que pautaram a atuação nesta área ao longo de vários anos, corrigir o que necessita ser melhorado e alargar a intervenção a campos há muito prometidos, principalmente na área da redução de riscos e minimização de danos.

Do que ainda está por fazer podemos apontar, sem sermos exaustivos, a implementação das salas de consumo assistido, os serviços de *drugchecking*, a implementação de políticas de redução de riscos nas prisões, o maior envolvimento das organizações da sociedade civil e de consumidores na definição de políticas e programas, entre outras.

Das dificuldades para a concretização no terreno de políticas efetivas de redução de riscos e minimização de danos é incontornável falar da necessidade de maior financiamento e da garantia de estabilidade dos programas que mostram bons resultados.

Um estudo realizado em 2015 pela APDES alertava para a estagnação do modelo de políticas de drogas português e para o perigo de retrocesso na implementação dos serviços prestados. Segundo esse estudo, as políticas de austeridade levaram a um desinvestimento nas políticas de RRMD e de tratamento, causaram uma maior carência de profissionais e de recursos humanos e diminuíram muitos dos apoios sociais.

Para além disso, os projetos de RRMD são financiados apenas a 80% e as fontes de financiamento disponíveis são muito provisórias (duração de um ou dois anos), continuando a ser encarados como projetos piloto e não como programas e serviços que devem ser necessariamente estáveis e prolongados no tempo. Tudo isto faz com que as respostas se tornem precárias, faz com que muitos projetos nunca se tornem em verdadeiros programas e faz com que muitas organizações da sociedade civil estejam hoje em modo de sobrevivência, não conseguindo dar as respostas robustas que poderiam e deveriam estar a dar.

A política de redução de riscos e minimização de danos é um eixo fundamental para uma abordagem eficaz da questão das drogas. É um pilar para o sucesso da abordagem da descriminalização, a par de outros como o tratamento e a dissuasão. No entanto, e apesar do grande contributo no acesso à saúde por parte das populações mais vulneráveis, não tem sido tratada de forma igual, principalmente no que toca ao financiamento de programas.

Porque esta é a abordagem que promove a saúde pública e a segurança dos consumidores e das comunidades; porque com a aposta nesta política se reduz o consumo, as doenças e outras problemáticas associadas e porque subsistem inúmeras dificuldades para colocar no terreno uma resposta robusta no que toca a redução de

riscos, o Bloco de Esquerda pretende que sejam ouvidas várias entidades com trabalho reconhecido nesta matéria.

*Assim, ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, o Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda propõe que a Assembleia da República recomende ao Governo que:*

1. Promova, na área das dependências, um modelo que integre as vertentes da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos, do tratamento e da reinserção e que permita uma articulação entre a coordenação, o planeamento e a intervenção desenvolvida no terreno, impedindo a fragmentação de respostas;
2. Assegure os recursos financeiros e a contratação de profissionais em nível suficiente, de forma a garantir uma resposta permanente e sem tempos de espera para tratamento;
3. Altere a Portaria n.º 27/2013, de 24 de janeiro, financiando em 100% os projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos e permitindo que estes tenham uma duração superior a 24 meses;
4. Promova, em conjunto com os municípios e outras entidades, a implementação das salas de consumo assistido, serviços de *drugchecking* e políticas de redução de riscos nas prisões;
5. Promova um maior envolvimento das organizações da sociedade civil e de consumidores na definição de políticas e programas.

Assembleia da República, 16 de março de 2018.

As Deputadas e os Deputados do Bloco de Esquerda,