

## PLANO NACIONAL CONTRA A DROGA E A TOXICODEPENDÊNCIA NOVAS PERSPECTIVAS

JOÃO CASTEL-BRANCO GOULÃO

**RESUMO:** Neste texto, o autor reflecte sobre a situação do IDT e menciona a elaboração de dois documentos que definirão a actividade do IDT e dos seus parceiros nos próximos anos.

Refere-se, em seguida, aos problemas sentidos pelo actual IDT, decorrentes da fusão entre o IPDT e o SPTT, fusão que deu lugar a um Instituto sobrecarregado com um vasto leque de competências e frentes de trabalho, tornando difícil definir com clareza uma hierarquia de prioridades.

Ultrapassadas as dificuldades iniciais e após identificação das questões mais importantes, passou-se à elaboração e definição de novas estratégias que combatam com mais eficácia a situação actual da toxicod dependência no nosso país.

Com base em documentos nacionais e internacionais (EU), foram produzidos dois novos documentos, que abordam questões já há muito identificadas, mas sob uma nova perspectiva com base em respostas adequadas, integradas e centradas no cidadão (uma aposta cada vez maior na redução de danos, salas de consumo assistido, maior acesso aos programas de substituição, etc.) e novas orientações para o futuro.

**Palavras-chave:** Toxicod dependência; Políticas públicas.

**RÉSUMÉ:** Dans ce texte l'auteur réfléchit sur la situation de l'IDT et mentionne l'élaboration de deux documents qui définissent l'activité de l'IDT et des partenaires dans les années prochaines.

Ensuite, il cite les problèmes sentis par l'actuel IDT, provoqués par la fusion entre le IPDT et le SPTT qui a créé un Institut surchargé, avec une ample gamme de compétences et de travaux, et il devient difficile de définir avec clarté une hiérarchie de priorités.

Surmontées les difficultés initiales et après l'identification des questions

plus importantes on a passé à l'élaboration de nouvelles stratégies qui combattent d'une manière plus efficace la situation actuelle de la toxicomanie dans notre pays.

Soutenus par des documents nationaux et internationaux (UE), deux documents nouveaux ont été élaborés, qui abordent des questions identifiées il y a longtemps, mais avec une nouvelle perspective fondée en questions adaptées, intégrées et centrées sur le citoyen (réduction des méfaits, salles d'injection accompagnée, accès plus facile aux programmes de substitution, etc.) et de nouvelles orientations pour le futur.

**Mots-clé:** Toxicomanie; Politiques publiques.

**ABSTRACT:** In this text the author thinks over the situation of IDT and mentions the elaboration of two documents that define the activity of IDT and its partners for the next two years.

Afterwards, he mentions the problems felt by the new IDT, caused by the fusion between the IPDT and SPTT, that has created an Institute overcharged with too many competences and activities, and therefore more difficult to define clearly the priorities.

Overcome the initial difficulties and after identifying the most important questions, new strategies have been elaborated to fight in a more efficient manner the current situation of drug addiction in our country.

Supported by national and international documents (EU), two documents have been elaborated approaching already identified issues, but under a new perspective, based upon more adapted and integrated policies, centred on the citizen (harm reduction, supervised drugs consumption rooms, easier access to substitution programmes, etc.) and new guidelines for the futures.

**Key Words:** Drug addiction; Public policy.

## 1. INTRODUÇÃO

A Nota de Abertura do último número desta Revista (volume 11, nº 3 de 2005) aponta, de forma exemplar, algumas “linhas de reflexão” sobre a situação actual da toxicodependência no nosso país, terminando com um repto: *“Não falta assim trabalho para o Serviço que assume entre nós – em colaboração com instituições da sociedade civil, com as outras estruturas da saúde e com outros organismos de outros ministérios – a resposta a este problema. Trabalho que exige uma atitude empenhada, exigente, reflectida, só possível numa organização desburocratizada, sólida, em que a comunicação seja fluente e as tarefas sentidas como colectivas e solidárias. Será o IDT – agora, com o actual Conselho de Administração (CA) em quem tanta confiança foi depositada – capaz de se renovar e vivificar?”*

Passados cerca de dez meses desde a entrada em funções do actual CA, parece-me oportuno desenvolver alguma reflexão sobre as condicionantes com que se deparou, bem como sobre o processo de elaboração dos documentos que nortearam a actividade do IDT e seus parceiros nos próximos anos.

## 2. VICISSITUDES DA FUSÃO SPTT/IPDT

O Instituto da Droga e da Toxicodependência, IDT, foi criado em 29 de Novembro de 2002, pelo Decreto-Lei nº 269-A/2002, e resulta da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).

Esta fusão, decidida pelo XV Governo Constitucional, veio introduzir um ruído iniludível na prossecução da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, aprovada em 22 de Abril de 1999. Esta previa claramente a continuidade do SPTT, Serviço do Ministério da Saúde com a missão central de oferecer tratamento aos toxicodependentes, e dotava o IPDT, a par de tarefas nas áreas da prevenção e da redução de danos, de responsabilidades enquanto “observatório” e, sobretudo (porque a sua tutela se situava na dependência do Primeiro Ministro), de competências na coordenação transversal de políticas que interessam diversos ministérios. O próprio figurino da fusão envolveu alguma controvérsia; a solução adoptada (consistindo na manutenção de todas as competências dos organismos anteriores) pareceu-me, apesar de tudo, a mais adequada de entre as opções em

presença, embora não tenha dado lugar à poupança de recursos que a motivou. Em contrapartida, deu lugar a um Instituto com um leque extremamente vasto de competências e frentes de trabalho, burocratizado, uma espécie de mega-instituto, em que se torna difícil definir com clareza uma hierarquia de prioridades.

*(Importa aqui referir que nos últimos meses têm vindo a público algumas notícias relativas à extinção do IDT no âmbito do PRACE (Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado), que, naturalmente, têm gerado alguma inquietação.*

*No momento actual, com base no que se conhece da proposta apreciada pelo Governo, o que se equaciona é a manutenção do IDT com as suas competências e as suas Unidades Especializadas, embora se preveja algum “emagrecimento” das estruturas centrais, à custa do reforço de serviços partilhados do Ministério da Saúde.*

*Parecendo evidente que este processo é irreversível, seria contraproducente e inaceitável fazer passar os serviços por mais um processo de mudança estrutural profunda, já que têm sido tantas e tão perturbadoras as mudanças em tão curto espaço de tempo.)*

Na sequência da fusão propriamente dita, as vicissitudes que se seguiram, nomeadamente quanto aos estilos de liderança do IDT e sua repercussão em toda a estrutura do Instituto, vieram a contribuir para uma desaceleração evidente do ritmo de execução daquela “Estratégia”, que previa igualmente um crescendo de dotações orçamentais para as diversas tarefas preconizadas, que claramente também não se concretizou.

Apesar disso, a avaliação levada a cabo, envolvendo uma entidade externa (INA) e diversos instrumentos promovidos pelo próprio Instituto com os seus parceiros, embora não valorize estas fortíssimas condicionantes, não conclui pela desadequação da “Estratégia”.

Do meu ponto de vista, as raízes de alguma insuficiência de resultados não estão na falta de justeza das opções nela preconizadas, mas na sua insuficiente implementação. De qualquer forma, um “indicador de sucesso” raras vezes referido é o de que a toxicodependência e problemas conexos eram, em 1997, a primeira preocupação dos portugueses, ao passo que em inquéritos actuais, aparecem em sétimo lugar. Esta constatação, se, por um lado, constitui motivo de orgulho para todos os profissionais e responsáveis envol-

vidos, encerra em si alguma perversidade, pois o investimento público numa determinada área varia na proporção directa da sua importância política.

A referência ao investimento público não se confina apenas à dotação orçamental: alguns instrumentos que permitem desenvolver uma gestão agilizada, capaz de dar resposta a um fenómeno em permanente mutação, não têm sido proporcionados ao IDT. Entre outros, a autonomia financeira e os mecanismos de contratação de pessoal que tornem possível a captação e manutenção de profissionais para desenvolverem a sua actividade numa área reconhecidamente difícil como é a nossa não estão ainda disponíveis e constituem, naturalmente, frentes de trabalho prioritárias para o CA.

### 3. NOVA DEFINIÇÃO ESTRATÉGICA

Identificadas que estavam muitas das questões elencadas na citada “nota de abertura”, algumas das quais, aliás, constavam da “Carta de Missão” que submeti à apreciação do Senhor Ministro da Saúde aquando da tomada de posse, tornava-se premente lançar o debate para nova definição estratégica. Entendemo-la como uma adequação do documento de 1999 às novas realidades, assumindo que os princípios nele consignados se mantinham, no essencial, actuais. Foram tidos em conta diversos outros documentos estruturantes, nomeadamente os aprovados nas estruturas da União Europeia (Estratégia 2005-2012 e Plano de Acção 2005-2008), o Programa do XVII Governo Constitucional, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e, sobretudo, foi incorporada a diversidade de saberes e experiências dos interventores do IDT e dos seus parceiros, através de uma metodologia participativa que constituiu, por si só, um importante mecanismo de fortalecimento da coesão institucional.

Foram produzidos, praticamente em simultâneo, o “Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodpendências 2005-2012” e o “Plano de Acção Horizonte 2008”. O primeiro foi apreciado e enriquecido nos diversos órgãos consultivos e de coordenação (Conselho Técnico-Científico, Comissão Técnica do Conselho Interministerial e Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicodpendência), aguardando aprovação do Conselho Interministerial; o segundo encontra-se em fase final de elaboração, contemplando a quantificação e calendarização dos objectivos a atingir. Sendo certo que muitos dos problemas estão há muito

identificados e alguns deles previstos, com alguma antecipação, na “Estratégia” de 1999 (importância crescente dos policonsumos e de novas substâncias, envelhecimento e degradação física e mental da população “clássica” de heroíno-dependentes), importa enfatizar o que de novo está contido no novo Plano Nacional.

São quatro as ideias centrais ao seu desenvolvimento, cuja explicitação aqui transcrevo:

#### **Centralidade no cidadão**

*A intervenção em toxicodpendências não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias e assumir a centralidade no cidadão e nas suas necessidades objectivas e subjectivas.*

#### **Territorialidade**

*Para melhor conhecer, intervir e avaliar, tem de ser posto o enfoque numa gestão e planeamento localizado e territorial. Pode-se, assim, concretizar e adequar intervenções de proximidade, evitar a dispersão de respostas e dispositivos e definir o papel e função de cada entidade e/ou actor num território partilhado por outros.*

**Abordagens e respostas integradas** – *Intervenção integrada a nível interno e externo.*

*As abordagens e respostas devem construir-se de forma integrada, não clivando a realidade individual e social. Os serviços devem organizar a sua intervenção operacional criando dispositivos de resposta abrangentes e que constituam uma rede de acção coerente e simultaneamente capaz de lidar com a complexidade e transversalidade da problemática da droga e questões conexas.*

#### **Melhoria da qualidade e mecanismos de certificação.**

*Melhorar a qualidade é um processo que começa com um diagnóstico do ponto de partida e se continua pela definição do ponto de chegada e dos indicadores e instrumentos a utilizar na avaliação. A avaliação pressupõe obrigatoriamente uma cultura institucional.*

*A certificação de práticas ou de Serviços/Unidades Especializadas pode ser uma das formas de investir na melhoria da qualidade, embora represente um esforço que terá de ser desenvolvido mediante a criação de condições que facilitem aos interventores enveredar por este processo, que implica um grande rigor técnico.*

Abstenho-me de transcrever as orientações contidas no “Plano” para as diversas áreas transversais e áreas de

missão, à luz destes princípios gerais; remeto o leitor para a sua consulta, se pretende pistas para a resposta às questões enunciadas na “nota de abertura” do último número desta revista. Algumas delas exigem um esforço contínuo de investigação e reflexão, como as relacionadas com o haxixe e outros consumos recreativos e a sua real importância no futuro dos nossos jovens. Será que teremos, dentro de dez anos, a primeira geração de demências precoces ocasionadas pelo consumo das chamadas “novas drogas”?

#### 4. OPÇÕES INADIÁVEIS

Em relação a estas, defendo que a intervenção se deverá situar sobretudo ao nível da prevenção e da informação sobre os seus verdadeiros efeitos; há que contrariar a sua banalização e imagem de inocuidade e actuar, de forma realista, numa perspectiva simultaneamente preventiva e de redução de riscos; parece-me fantasioso defender como solução que os CAT se apetrechem para tratar os seus utilizadores, pela simples razão de que estes, por não desenvolverem dependência física, não se sentem doentes e não pedem ajuda, salvo raríssimas excepções. Para estas excepções, quando as consequências patológicas se manifestam a nível orgânico e/ou psiquiátrico, os CAT estão, de facto, habilitados a dar resposta. Há que encontrar outras respostas, sentidas como menos estigmatizantes, para estes utilizadores. Quanto às respostas para os nossos clientes “clássicos”: existem ainda enormes franjas de toxicodpendentes (leia-se heroínodpendentes, com ou sem consumos de outras substâncias, e um número crescente de dependentes de cocaína) que continuam sem acesso ao dispositivo de tratamento; muitos dos que são captados pelas iniciativas no âmbito da redução de danos têm enorme dificuldade em ser absorvidos pelas estruturas de tratamento. Qualquer estratégia de luta contra a droga não terá possibilidades de sucesso enquanto existirem constrangimentos (dificuldades de acesso, listas de espera à entrada, dificuldades na inclusão em programas de substituição ou outros processos terapêuticos), pelo que será prioritário garantir respostas adequadas, “integradas” e complementares, mais uma vez “centradas no cidadão” e com base nos diagnósticos “territoriais”. Os diversos dispositivos terão de ser pensados e dimensionados de acordo com as populações que pretendemos atingir. Será fundamental um alargamento das respostas no âmbito da

redução de danos, sobretudo nas grandes cidades, onde as tais “franjas” de toxicodpendentes mais degradados física, mental e socialmente são mais importantes e onde todas as formas de lhes chegar deverão ser ensaiadas, incluindo as tão faladas salas de consumo assistido. Entendo estas, não como uma “bandeira” pela qual vale a pena desencadear uma “guerra” nos planos ideológico e político, mas como mais um recurso, comprovadamente eficaz de acordo com as experiências já ensaiadas, que merece ser incluído na panóplia de respostas disponíveis.

Muitas outras áreas, outras frentes de trabalho, exigem um enorme esforço de reconstrução do Serviço. A integração e adequação do mecanismo de dissuasão no *continuum* de respostas, um maior investimento na reinserção, o fortalecimento da formação como factor de coesão institucional por forma a permitir um verdadeiro trabalho integrado, os progressos no sistema de informação e na informatização, a investigação orientando a acção, a elaboração participada de *guidelines*, a melhoria da articulação com os nossos parceiros nacionais e internacionais, constituem outras tantas áreas a que o Conselho de Administração tem dedicado o maior empenhamento.

#### 5. CONCLUSÃO

Aguarda-se com enorme expectativa a definição da micro estrutura do Ministério da Saúde resultante do PRACE.

O que foi apresentado publicamente quanto à macro estrutura permite-nos assentar no pressuposto que o IDT terá condições para prosseguir a sua missão. Uma vez que as linhas de rumo já estão traçadas, será o momento para refrescar as chefias intermédias, dotá-las de maior autonomia e operacionalidade, vivificar a comunicação interna, harmonizar práticas e procedimentos. Penso que teremos finalmente condições para transformar o IDT num serviço coeso, eficaz e que os Profissionais sintam orgulho em integrar.

#### Contacto:

João Castel-Branco Goulão  
IDT: Av. João Crisóstomo, 14, 1000-179 Lisboa  
e-mail: joao.goulao@idt.min-saude.pt

**NOTA:** As referências bibliográficas deste texto podem ser consultadas na página 96 desta revista.