



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

Parecer da FNAM sobre o “RELATÓRIO – Grupo de Trabalho para a avaliação das consequências da extinção do IDT, IP e para a elaboração de propostas fundamentadas sobre eventuais alterações ao modelo organizacional a nível nacional”

Do Relatório supramencionado salientamos o excerto “*Análise pelos elementos do grupo de trabalho*” (págs. 17 e 18), seguido pela nossa análise e propostas:

“Os elementos do GT estiveram de acordo quanto a um conjunto de aspetos, mas não chegaram a um consenso no que toca a outros.”

- 1. A política pública, na área da Saúde e noutros domínios da Governação, no domínio do combate aos comportamentos aditivos, tem revelado grande mérito e alcançado um sucesso, absoluto e relativo, não questionável.*
- 2. É impossível associar, de modo inequívoco, a extinção do IDT, como fenómeno de causa /efeito, quer às alterações epidemiológicas entretanto havidas, quer a certos tipos de dificuldades orçamentais e na organização dos RH que se têm sentido no terreno, em particular desde a crise financeira e o programa de assistência técnica internacional que vigorou em Portugal.*
- 3. Após a transformação organizacional ocorrida, na prática, desde 2012, é reconhecido o esforço, por um lado, do SICAD, e por outro das cinco ARS, através das DICAD, em manter as equipas técnicas em funcionamento e com capacidade de resposta ao nível do terreno.*
- 4. Existem dúvidas, de carácter diverso, sobre se o modelo organizacional hoje vigente é ajustado para a intenção política atual de combate a um conjunto de adições mais alargado. Por motivos diversos, a intenção de*

reforma que presidiu à mudança de 2012 não foi, até à data, plenamente alcançada, persistindo diferentes tipos de dificuldades, quer ao nível central, quer ao nível regional, que não têm permitido potenciar as eventuais vantagens que presidiram à criação do modelo atual de resposta aos comportamentos aditivos.

- 5. As Unidades de Intervenção Local, nomeadamente os CRI, devem ser mantidas tecnicamente e autónomas.*
- 6. O modo como as DICAD conseguiram organizar-se face à mudança não foi uniforme e, à exceção da ARSLVT, a posição dos responsáveis das DICAD, auscultados pelo GT, revelou insatisfação e desmotivação face à mudança ocorrida, bem como expressão de degradação (pelo menos qualitativa) na sua capacidade de intervenção clínica e técnica no terreno. Os elementos do GT constataram ainda a posição dos responsáveis das DICAD, neste ponto comum às cinco, de que uma maior integração nos ACeS poderia conduzir a uma maior diluição da autonomia das DICAD, já considerada escassa no modelo atual e por contraponto com a que antes experienciavam.*
- 7. O papel do SICAD, no novo modelo, perdeu alguma capacidade de direção normativa e força política face ao modelo anterior.*
- 8. É fundamental garantir uma integração de cuidados mais efetiva aos utentes do SNS, tenham ou não problemas relacionados com comportamentos aditivos. No caso dos doentes com comportamentos aditivos, uma maior aproximação às estruturas da saúde mental, por um lado, e às estruturas prestadoras dos CSP, por outro, é essencial, devendo ser assegurado que a informação clínica sobre os problemas de saúde circula e se integra ao longo das várias estruturas prestadoras do SNS.*
- 9. Aprofundar a integração de cuidados não é sinónimo de eliminar estruturas com diferentes vocações clínicas em termos da sua especialização. É fundamental aprofundar os mecanismos institucionais de comunicação clínica entre distintos níveis de prestação, garantir o pleno conhecimento das redes de referência em vigor e, ainda, aprofundar as orientações normativas provenientes de um organismo*

central vocacionado para estas questões, com autoridade científica sobre o modo como se desenrola a prestação de cuidados.

- 10. Impõe-se investir no fortalecimento da intervenção terapêutica (e na sua maior harmonização/equidade no território nacional), ao mesmo tempo que se investe num fortalecimento da estratégia de saúde para a área dos comportamentos aditivos, não desligada dos domínios, quer da saúde mental, quer da saúde pública em geral.*
- 11. É fundamental haver uma articulação mais próxima entre as políticas nacionais relativas aos CAD e a Saúde Mental.*
- 12. É necessário investir no Sistema de Informação para a área dos comportamentos aditivos e, em particular, na garantia da sua interoperabilidade com os SI comuns usados nos CSP e em meio hospitalar no SNS, bem como no desenvolvimento da área das adições, no Portal do SNS.*

Todavia, os elementos do GT não adotaram uma posição consensual quanto aos seguintes pontos:

- 1. Existir vantagem na reconstituição de um organismo com as funções e estrutura do extinto IDT,IP, por contraponto com outras soluções de melhoria, ou mesmo de reforma, do sistema atual.*
- 2. Necessidade de correspondência geográfica entre as estruturas regionais de resposta aos CAD e as dos CSP, nomeadamente os ACeS.”*

Análise da situação – Modelo de Tratamento dos Comportamentos Aditivos (CA):

O Modelo Português de tratamento dos Comportamentos Aditivos (CA) tornou-se um exemplo de boas práticas a nível internacional, como são exemplo algumas das medidas estruturantes do sistema de oferta de tratamento, como são exemplo:

1. A responsabilização do Ministério da Saúde (MS) pela oferta de tratamento à população toxicodependente, em 1987, pela criação do

Projeto Vida (PV), que passou também a assegurar (e a financiar) a coordenação interministerial entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, a representação internacional e boa parte das atividades na área da prevenção, passando a ser dirigido por um Alto Comissário na dependência direta do Primeiro Ministro.

2. A Lei nº 7/97, de 8 de março, que alargou a rede de serviços públicos para o tratamento e a reinserção de toxicodependentes, mediante: 1. Uma unidade de atendimento por cada distrito; 2. Unidades de desabilitação, a funcionar preferencialmente junto de unidades de atendimento, na base de uma cama para 100 000 habitantes; 3. Comunidades Terapêuticas, distribuídas por forma a cobrir adequadamente todo o território nacional e dimensionadas na base de uma cama para cada 10 000 habitantes.
3. O Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de maio, que atribuiu ao IDT, IP competências alargadas ao uso nocivo do álcool, integrando as Unidades de alcoologia.

O *“ATLAS on substance use (2010) – Resources for the prevention and treatment of substance use disorders”* da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi o primeiro relatório que comparou informação sobre disponibilidade dos recursos necessários (administrativos, financeiros, profissionais de saúde/outros grupos envolvidos no tratamento, número de camas, intervenções nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e políticas legislativas) para a prevenção e tratamento dos CA, através da aplicação de questionários a 147 países membros da OMS, que representam 88% da população mundial. Principais resultados obtidos:

1. *Apesar do aumento do conhecimento epidemiológico, este é ainda incompleto, fazendo com que os modelos de tratamento das CA sejam estabelecidos sem qualquer planeamento. Apesar de não haver um modelo ideal de tratamento, qualidade deste inclui equidade, eficiência e custo-efectividade. A disponibilidade dos serviços deve ser traduzida em termos de benefícios para a saúde, como redução da morbi/mortalidade*

- e suicídios, como de benefícios sociais (redução do desemprego, incapacidade, problemáticas legais e custos).
2. Apenas $\frac{1}{2}$ dos países do mundo oferece cuidados de qualidade acordo com critérios da OMS (64% dos países com high income $\frac{1}{4}$ dos países com low income).
 3. Os serviços especializados para o tratamentos dos CA são essenciais para desenvolver e consolidar a área de especialização em Medicina Aditiva (MA), melhorar a qualidade do tratamento, saúde e bem-estar dos doentes e famílias.
 - a) Em países de high income, estes serviços especializados tomam um papel significativo no tratamento desta patologia, oferecendo também tratamento para doenças infecto-contagiosas, que importa um papel crucial em termos de saúde pública.
 - b) Em países com low – moderate income existe carência de serviços especializados e o serviço de saúde “generalista” não está preparado para tratar esta patologia, sendo os serviços de psiquiatria e saúde mental os principais “fornecedores” dos serviços. As diferenças são também visíveis no que concerne aos serviços de ambulatório e camas disponíveis.
 4. A articulação das estruturas com os CSP é essencial, melhorando a qualidade do tratamento e diminuindo os custos, pela diminuição da clivagem entre os vários cuidados, prevenção, diagnóstico precoce e referência para psiquiatras e/ou MA.
 5. Existe a necessidade de maior número de psiquiatras para tratar casos severos, especialmente comorbidade com outras perturbações psiquiátricas.
 6. Apesar de $\frac{2}{3}$ dos países membros da OMS terem uma entidade governamental específica responsável para os CA, apenas 45,8% têm um orçamento anual adequado e, em muitos casos, o orçamento é estabelecido em conjunto com aquele da saúde mental. Na maioria (50%) dos países com esta entidade governamental específica, os serviços responsáveis pelos tratamentos dos CA tratam concomitantemente as patologias aditivas ao álcool e substâncias.

Dificuldades sentidas pelos profissionais que trabalham no “terreno”:

1. Os atuais DICAD estão na dependência dos Conselhos Diretivos das ARS, desempenhando apenas funções técnicas, partindo-se do pressuposto (não cumprido) de que a atividade de apoio ao funcionamento seria operacionalizado pelas restantes estruturas dos Serviços Centrais das ARS.
2. Grande dificuldade de resposta em tempo útil a vários níveis, como é exemplo o sistema informático e a morosidade que acarreta qualquer intercorrência, seja uma falha do próprio sistema como a substituição de uma simples impressora, travados pela burocratização do processo.
3. O próprio sistema de suporte informático de recolha de dados (SIM), diferente dos restantes do SNS, que não permite fazer a referenciação dos doentes a outras estruturas, nomeadamente CSP e cuidados hospitalares.
4. A coordenação de estruturas, nomeadamente os DICAD e CRI por elementos não médicos que geram dificuldades de gestão.
5. Ausência de resposta do SICAD no seu papel técnico-científico normativo.
6. Número insuficiente de profissionais médicos, seja nos cuidados ambulatoriais seja nas unidades de desintoxicação, que carecem de um corpo clínico alargado composto por médicos psiquiatras e internistas.

Proposta da FNAM – Modelo de Tratamento dos Comportamentos Aditivos (CA):

O percurso português no tratamento dos CA é exemplar e reconhecido internacionalmente pelos resultados obtidos tanto a nível de cuidados de qualidade aos doentes e família como também pelo impacto em termos de saúde pública, nomeadamente doenças infectocontagiosas e índice de

criminalidade. É reconhecido internacionalmente e inclusivamente usado como modelo em outros países.

A tendência para a especialização do tratamento dos CA é um movimento recente, seja na Europa como nos Estados Unidos, em crescimento exponencial na classe médica, como subespecialidade da Psiquiatria.

Propostas:

1. Existência de um modelo coerente e sólido que permita conciliar a experiência acumulada e a otimização da articulação com outras redes de cuidados, através da implementação de uma “Rede de referência para Comportamentos Aditivos e dependências”.
2. Uniformização do sistema informático para permitir a adequada interação com outras estruturas do SNS.
3. Manutenção do DICAD e respetivas Unidades de Intervenção Local e Unidades de internamento nas ARS mas desconcentrados do seu Conselho Diretivo, dotando-os de autonomia administrativa e de gestão, reforçando as suas competências, com equiparação da um Departamento. Esta proposta conservava a matriz regional do serviço, mas também se constitui como uma rede, pois a permanência dentro das ARS permite uma maior e melhor articulação com os CSP.
4. Manutenção das Unidades de desintoxicação especializadas, dotadas de um número de profissionais médicos suficientes e de acordo com as necessidades desta população, ie, especialistas em Psiquiatria e Medicina Interna.
5. Existência de um organismo eficaz para a uniformização e coerência no padrão de atuação a nível nacional, a efetiva articulação e monitorização regional com os vários DICAD, e com um papel técnico-normativo e responsável pela formação permanente dos profissionais.
6. Necessidade de contratação de médicos com a criação de um corpo clínico estável integrado na carreira médica, assegurando assim a diferenciação em CA e cuidados de saúde de qualidade. Isto é obtido pela manutenção da estrutura nas ARS, que permite o cumprimento da contratação coletiva.

7. Respeito integral pela adequada coordenação técnico-científica e clínica, respeitando a contratação coletiva, nomeadamente os Decretos-Lei (DL) n.º 176/2009 e 177/2009 nos seus artigos 7.º e 11.º (formas de exercício e conteúdos funcionais de cada categoria médica).

Em suma, a posição da FNAM em relação ao modelo organizacional do tratamento dos Comportamentos Aditivos, afirma que:

1. Não deve verificar-se a extinção do atual modelo de tratamento dos Comportamentos Aditivos, que assenta na articulação dos os CSP e a existência de serviços especializados, como as Unidades de desintoxicação.
2. Retornar para o tratamento indiferenciado, pela extinção das Unidades de desintoxicação passando esta função para os hospitais do SNS, é um retrocesso civilizacional e um atentado à abordagem qualificada e diferenciada destes doentes.
3. Garantir cuidados de saúde de qualidade passa pela contratação de profissionais médicos suficientes de acordo com a especificidade desta população, assegurando a adequada hierarquia técnico-científica bem como a coordenação das equipas, é, têm de ser cumpridos os Acordos Coletivos de Trabalho em vigor.
4. Dever-se-á equacionar a subspecialização da Psiquiatria e uma Competência para a Medicina Geral e Familiar e Medicina Interna em Comportamentos Aditivos.

Lisboa, 5/9/2017

A Comissão Executiva da FNAM