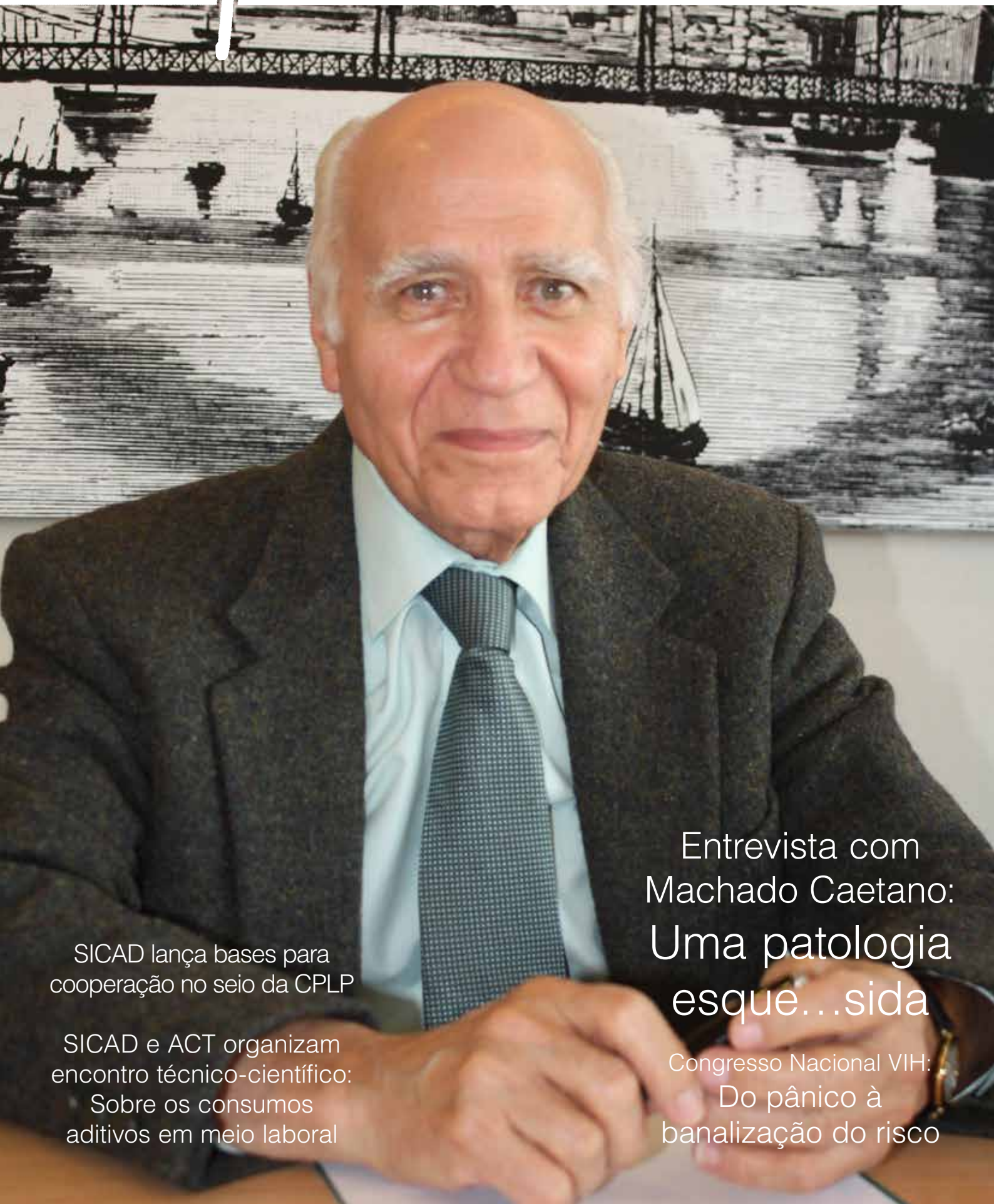


# dependências



SICAD lança bases para  
cooperação no seio da CPLP

SICAD e ACT organizam  
encontro técnico-científico:  
Sobre os consumos  
aditivos em meio laboral

Entrevista com  
Machado Caetano:  
Uma patologia  
esque...sida

Congresso Nacional VIH:  
Do pânico à  
banalização do risco

# O mundo mudou...



*O mundo mudou! Mentalidades, pensamentos, culturas e saberes já não são o que eram... E não é preciso recuar mais de 50 anos para constataremos que a população duplicou, não obstante as vítimas das guerras e dos conflitos armados que, pelo negócio do armamento, vão alimentando determinadas indústrias. Que existe muita mais comida, apesar da fome que há no mundo que atinge milhões de pessoas, homens, mulheres e crianças, todos sabemos. Como todos sabemos que a água triplicou, mas que uma grande parte da população do mundo não*

*a tem. Que a energia é quatro vezes superior mas nem todos beneficiem dela. Que os gastos públicos aumentaram, com a criação de vias de acesso, hospitais, centros de saúde, escolas, como forma de modernizar e desenvolver os países. A esperança de vida aumentou, apesar de em algumas partes do mundo a mortalidade atingir picos vergonhosos... Não podemos ignorar que já “não existem monarquias absolutas”, apesar de alguns se julgarem reis do povo. A inquisição acabou, mas ainda temos alguns justiceiros que teimam em mandar para a fogueira os que se indignam contra os desmandos e as injustiças. Por isso, bem aventurada liberdade religiosa, que finalmente nos torna mais iguais no pensamento... Apesar da escravatura ter sido abolida, ainda existem muitos focos de discriminação racial, de desemprego, de exploração de mão de obra infantil. Não podemos ignorar que, apesar da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ainda existe muita desigualdade no mundo. Nem todas os homens, mulheres e crianças são beneficiárias destes direitos. Só este ano, 2014, mais de 15 mi-*

*lhões de crianças foram atingidas pelos conflitos na República Centro-africana, Iraque, Sudão do Sul, territórios palestinos, Síria e Ucrânia. Assassinadas na escola ou quando dormiam. Crianças que viram os seus pais mortos nesses conflitos, crianças sequestradas, torturadas, recrutadas como soldados, violentadas e até vendidas como escravas.*

*O mundo mudou, agora está na hora de mudar a sociedade e os seus dirigentes para que as cerca de 230 milhões de crianças que vivem em países e áreas de conflito não tenham o mesmo destino daqueles 15 milhões assassinados, para que direitos básicos como o acesso à alimentação, à água potável, à energia e a um tecto não continuem a constituir um privilégio de alguns. Está na hora de pugnarmos pelo fim dos monopolizadores que reinam para perpetuar estados de carência e perpetuam estados de carência para continuarem a reinar. Está na hora de interrompermos a forma letárgica como temos vindo a assistir e compactuar com tudo isto!*

Sérgio Oliveira, director

## dependências

SÓ PARA PROFISSIONAIS

### FICHA TÉCNICA

**Propriedade, Redacção e Direcção:**  
News-Coop - Informação e Comunicação, CRL  
Rua António Ramalho, 600E  
4460-240 Senhora da Hora, Matosinhos  
Publicação periódica mensal registada  
no ICS com o nº 124 854.  
Tiragem: 12 000 exemplares  
Contactos: 22 9537144  
91 6899539  
sergio.oliveira@newscoop.pt  
www.dependencias.pt  
**Director:** Sérgio Oliveira  
**Editor:** António Sérgio  
**Administrativo:** António Alexandre  
**Colaboração:** Mireia Pascual  
**Produção Gráfica:** Ana Oliveira  
**Impressão:** Multitema



Reunião de responsáveis nacionais da CPLP:

# SICAD lança bases para cooperação no seio da CPLP

*Por iniciativa do Coordenador Nacional para os problemas da Droga, da Toxicodependência e do Uso Nocivo do Álcool e com organização do SICAD, decorreu ao longo dos passados dias 12, 13 e 14 de Novembro em Lisboa uma reunião de responsáveis nacionais em matéria de luta contra a droga e o álcool dos países de língua portuguesa (CPLP). O evento contou com a presença da Diretora Geral do Secretariado Executivo da CPLP, do Secretário de Estado dos Negócios Estrangeiros e da Cooperação, Luís Campos Ferreira, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Fernando Leal da Costa, de representantes da Organização Mundial da Saúde, da UNODC e do EMCDDA, bem como de responsáveis nacionais dos estados-membros da CPLP em matéria de drogas e álcool. Os objectivos do encontro prenderam-se fundamentalmente com o intercâmbio de experiências e boas práticas, bem como o conhecimento das realidades nacionais de cada um dos países participantes no evento, sendo pretensão da organização criar as bases necessárias para uma cooperação efectiva no seio da CPLP. No primeiro dia, realizaram-se duas sessões plenárias subordinadas ao tema Realidades nacionais e intercâmbio de experiências e boas práticas: Prioridades e áreas estratégicas de cooperação, que incluíram apresentações das políticas e situações nacionais em Angola, Brasil, Cabo Verde, Moçambique, Portugal, S. Tomé e Príncipe e Timor-leste e a identificação de áreas de interesse para aprofundar a cooperação. O segundo dia foi preenchido com a realização de sessões paralelas que versaram a conceptualização das políticas, quer no domínio da procura,*

*quer no domínio da oferta. No âmbito da redução da oferta, destaque para a representação das forças policiais portuguesas no domínio judicial e no científico. O último dia de trabalho contemplou nova sessão plenária dedicada à produção de conhecimento científico e epidemiológico, ao que se seguiu nova sessão, subordinada ao reforço da cooperação em matéria de luta contra a droga e o consumo nocivo de álcool e materializada na apresentação e discussão de um Memorando de Entendimento. A terminar o evento, seriam ainda produzidas recomendações para o reforço da cooperação.*

Recorde-se que, já em 2006, tinham sido dados os primeiros passos para a instituição de uma cooperação mais efectiva no seio dos estados-membros da CPLP mas a ausência de um enquadramento mais vasto acabou por resultar em poucos reflexos práticos para além do estabelecimento de uma parceria com o SENAD brasileiro, da qual resultou uma rede de pesquisa. Entretanto, decorreu nos dias 15 e 16 de Janeiro de 2014, na Cidade da Praia, em Cabo Verde, a 1ª Conferência Internacional Sobre Políticas de Drogas nos PALOP, organizada pelo Governo da República de Cabo Verde e pela APDES, um espaço de reflexão para analisar as políticas de drogas nos PALOP e o impacto que têm gerado nos domínios da Saúde, da Justiça Social e da Economia. E nos dias 9 e 10 de Junho na cidade de Luanda, em Angola a 1ª Conferência Nacional Sobre Políticas de Drogas, organizada pelo Governo de Angola com o objectivo de a Assembleia Nacional avaliar a problemática do combate à droga, álcool e a toxicodependência no país. Espera-se que esta reunião realizada em Lisboa constitua efectivamente o desejado passo rumo a uma efectiva



va e eficaz cooperação estratégica entre nove países oriundos de quatro continentes que, em última instância, procuram soluções para diminuir o sofrimento provocado pelo uso nocivo de drogas ilícitas e de álcool. Sendo certo que os estágios de desenvolvimento das políticas públicas e dos dispositivos destinados à prevenção, tratamento, redução de riscos e reinserção são ainda muito díspares entre os estados-membros, Portugal poderá contribuir positivamente, face à experiência acumulada e à estabilização de um modelo consagrado, para a proliferação de projectos alicerçados em boas práticas e em evidência e para a promoção de políticas públicas baseadas em humanismo e focadas na concepção da dependência como um estado de saúde e não como um rótulo criminal.

**João Goulão, Director-Geral do SICAD**



**Que utilidade prática poderá resultar para os diferentes estados representados nesta associação portuguesa aos países membros da CPLP?**

**João Goulão (JG)** – O que gostaríamos era que saísse desta reunião uma capacidade de colaborarmos efectivamente entre todos. Temos seguramente coisas a dar, outras a receber e experiências a partilhar. Aqui, trata-se não só da presença dos PALOP mas de um âmbito um pouco mais largo, ou seja, da CPLP, com a participação do Brasil e Timor-Leste que enfrentam também problemas específicos. Destas sessões iniciais resultou uma preocupação patenteada na Europa relacionada com a emergência das novas substâncias psicoactivas e talvez faça sentido integrar, com estes países de língua portuguesa, um sistema de alerta rápido de utilidade comum. A participação ao nível da formação de profissio-



nais capacitados para actuarem nestas áreas, a construção ou aperfeiçoamento de observatórios nacionais e a harmonização da recolha de dados... Temos aqui um manancial de áreas a partir das quais podemos colher benefício mútuo.

**Talvez não seja assim tão arrogante admitir que teremos muito mais a dar do que a receber... Desde logo porque temos um dispositivo reconhecido mundialmente...**

**JG** – Não queria ter a imodéstia de o afirmar mas penso que, de facto, Portugal se tem destacado no panorama internacional neste tema das adições. O desenho das nossas políticas e mesmo o nosso plano mais recente 2013-2020, com toda a sua abrangência a outros comportamentos aditivos sem substância, a forma como o elaborámos com medidas dirigidas a segmentos etários, por contextos de intervenção... Tudo isto são experiências que podem ser partilhadas, aproveitadas ou parcialmente adaptadas. Penso que não existem políticas públicas passíveis de serem directamente extrapoladas mas existe seguramente muita coisa a aprendermos uns com os outros. Nas áreas mais visíveis, como o tratamento ou o desenvolvimento de programas preventivos não faz sentido que estejamos sempre a inventar a roda. As experiências e etapas que já percorremos e o que aprendemos com os nossos erros poderá ser útil. Os brasileiros, por exemplo, enfrentam um problema grave relacionado com o crack, uma realidade que vai aflorando, aqui e ali, no nosso território. É importante perceber como lidam com isso. Gostaria que esta não fosse apenas uma reunião formal, no final da qual se fizessem “juras de amor eterno” e de uma colaboração muito estreita e frutuosa e depois não acontecesse mais nada.

**A ideia passará pela implementação de projectos em conjunto?**

**JG** – Exactamente! Como é sabido, tivemos uma iniciativa semelhante a esta em 2006, aí no âmbito dos PALOP, cujos resultados práticos ficaram muito aquém do que esperaríamos. Agora parece haver um novo elã e uma nova vontade. Tivemos uma reunião em Cabo Verde, em que estivemos todos presentes e que traduziu um momento de partilha significativo, hoje tivemos aqui o envolvimento do Secretariado Executivo da CPLP que pode dar o enquadramento para uma colaboração numa agenda mais genérica entre os países.

**Em que medida poderá essa colaboração incluir a vertente da formação?**

**JG** – Essa é uma das componentes importantes. Hoje em dia, com os mecanismos de ensino à distância não são necessárias gran-



des permanências. É evidente que os estágios de observação e o contacto directo com quem tem prática no terreno são indispensáveis. Mas essas permanências são dispendiosas e, no momento que atravessamos, teremos poucos recursos para proporcionarmos esses estágios. Mas criar mecanismos de treino à distância, fóruns de debate via internet, com cursos que já foram aperfeiçoados, com o apoio de instituições internacionais que estiveram aqui presentes, como a OMS, a UNODC, o EMCDDA e a CPLP serão acções muito interessantes. A isto devo acrescentar o empenho e envolvimento político traduzido na presença dos secretários de estado portugueses da saúde e dos negócios estrangeiros. Esta foi uma iniciativa nossa, SICAD, assumida por mim na qualidade de Coordenador Nacional e ficámos muito agradados quando, ao dirigirmos o convite a estes governantes, tivemos de imediato a confirmação das suas presenças, o que testemunha bem a importância política que conferem à relação com estes países. O que nos faz acreditar que podemos lançar aqui as bases para uma cooperação efectiva.

#### **Acredita que poderemos ter em 2016 nas Nações Unidas uma proposta em língua portuguesa resultante deste grupo?**

**JG** – Penso que isso será mais complicado... Mas se tivermos deliberações e propostas consensualizadas no sentido de uma abordagem mais centrada nos direitos humanos e muito mais humanista do que julgo ser aquela genericamente adoptada, no considerar da dependência como uma condição de saúde, estaremos perante um imenso progresso. Sabemos que estamos perante países oriundos dos cinco continentes, onde existem culturas e posturas muito diferentes mas o intuito é explorar o que nos pode unir e não o que nos pode separar.

#### **Manuel Cardoso sub-director geral do SICAD**



#### **Que utilidade prática poderá resultar desta associação entre países cujo principal denominador comum é a língua?**

**Manuel Cardoso (MC)** – É evidente que é a língua que nos une e esta tem um peso cultural importante. Na nossa perspectiva continuamos a ser irmãos, com diferentes níveis de desenvolvimento em relação a esta problemática e o que nos move é a redução do sofrimento das pessoas, que é igual aqui, em Angola ou Moçambique... Estes nossos irmãos, países de língua portuguesa, têm em nós, se assim o entenderem, um suporte e uma referência para desenvolverem este trabalho. A cooperação com os países de língua portuguesa está na agenda deste Governo,

como já esteve na de outros, e também nessa perspectiva é um trabalho que pretendemos desenvolver. Mas o que verdadeiramente me motiva e gostaria de ver, a título pessoal, eram avanços significativos nas políticas destes países, que andassem eventualmente mais depressa do que nos andámos, que ganhassem com a experiência que Portugal teve nesta matéria e que pudessem ultrapassar algumas etapas porque, como se disse na reunião, não precisamos de inventar a roda todos os dias se as coisas estiverem a ser desenvolvidas com algum sucesso.

#### **Acredita que também poderemos ter algo a receber ou aprender com estes países?**

**MC** – Estamos a falar das áreas globais, ou seja, nas duas vertentes da procura e da oferta. Em relação às ilícitas, se pensarmos nos territórios de África Ocidental, os mesmos estão a ser uma plataforma de tráfico. Se tivermos um bom entendimento, teremos seguramente ganhos nessa perspectiva porque mais cedo se conseguirá controlar essa entrada. No domínio da procura as questões são diferentes. Temos um conhecimento que podemos partilhar. Em relação nomeadamente ao Brasil, existe algum conhecimento relacionado com a intervenção no fenómeno do crack que nós temos menos mas que existe... E se eles têm algo de novo poderemos aproveitar... De qualquer forma, creio que teremos menos a ganhar no domínio da procura, sem ser essa vontade de colaborar e de que as próprias regras, nomeadamente em relação ao álcool, sejam facilmente implementadas aqui e levadas para estes estados de língua portuguesa.

#### **O domínio da formação parece adquirir preponderância nesta aliança...**

**MC** – Absolutamente! Como o Dr. Goulão dizia, há uns anos tivemos uma outra reunião deste grupo, altura em que assinámos um protocolo de investigação com o Brasil que teve desenvolvimento... Mas sim: formação, comunicação e investigação. A formação pode aparecer num primeiro nível de exigência porque as pessoas querem fazer coisas e não sabem. A investigação vem mais tarde, nomeadamente no ramo epidemiológico. O problema das ilícitas é de tal maneira grave que as pessoas querem é resolver, achando que não precisam muito de fazer investigação. Mas esse é também um campo que tem que estar disponível. Nós não temos seguramente a ideia de vendermos o modelo português ou a forma como as coisas são feitas cá. Empréstamos a nossa experiência para que eles possam decidir o que é melhor para cada um dos seus estados para depois desenvolverem as políticas que entendam mais convenientes.

#### **A presença de dois secretários de estado neste evento tem algum significado especial, sobretudo para que esta não passe de uma mera reunião formal?**

**MC** – No que toca ao futuro não sei... Posso presumir que será algo para andar mas, mais do que os secretários de estado, destacaria a presença da directora geral do Secretariado Executivo da CPLP e a disponibilidade manifesta de uma forma muito clara do secretário executivo para estar presente, embora depois não tenha conseguido face a outro compromisso. Portanto, essa manifestação é fantástica e a presença dos secretários de estado, mais do que projectar o futuro, foi uma grande aposta no presente, o que já me é muito importante. O reconhecimento é a componente a valorizar.



## Georgina Mello, Directora Geral da CPLP



“As minhas primeiras palavras são de agradecimento à organização e, em especial, ao Sr. Coordenador Nacional pelo convite dirigido à CPLP para participar nesta sessão de abertura. As matérias que vos vão ocupar são candentes em muitos dos estados-membros que constituem a CPLP. O relatório mundial sobre álcool e saúde 2014 da OMS, lançado em Maio passado, revela que o consumo e o uso nocivo de álcool faz morrer muito mais gente do que a Sida, a violência ou mesmo a tuberculose, apresentando-se como um facto social e económico que causa pesada pressão sobre os sistemas nacionais de saúde pública. Esse estudo apresenta dados particularmente preocupantes no que diz respeito a estados africanos membros da CPLP, referindo que Angola, São Tomé e Príncipe e Cabo Verde têm uma frequência de consumos superior à média africana, à qual se associam as normais perturbações associadas ao consumo. Na realidade, em países como Cabo Verde, de que sou originária, o alcoolismo constitui um dos principais problemas de saúde pública. Por seu turno, o relatório mundial sobre a droga de 2014 do UNODC concluiu que, em geral, é relativamente estável a situação global quanto à prevalência do uso de drogas ilícitas e problemas relacionados com o consumo. No entanto, a verdade é que o uso de drogas representa para as nossas sociedades um fardo significativo, produzindo um cortejo de problemas sociais, a perda de muitas vidas humanas e o desperdício de força produtiva nas nossas economias. De acordo com o relatório da UNODC, estima-se que, em 2012 tenham existido 183 mil mortes relacionadas com a droga. Tratando-se de fenómenos muito complexos, multifacetados e de dimensão global, não será talvez fácil conseguir obter uma fotografia nítida da prevalência dos comportamentos aditivos e das dependências no conjunto dos estados-membros da CPLP. Nesse âmbito, este encontro afigura-se-nos como muito significativo para o estreitamento de contactos entre profissionais dos nossos estados-membros que se ocupam destas matérias, numa lógica de partilha de informação e de troca de boas práticas, permitindo o fortalecimento de mecanismos de cooperação que estimulem a definição de políticas comunitárias para estas matérias. Diria significativo e promissor pelas perspectivas que poderá abrir. Como é do vosso conhecimento, existem na CPLP planos estratégicos de cooperação multilateral em domínios altamente relevantes para o processo de desenvolvimento sustentável, como a saúde, a segurança alimentar e nutricional, a igualdade de género e empoderamento da mulher, cultura, ensino superior, ciência e tecnologia. Assim sendo, poderia ser pertinente estudar a viabilidade e analisar a possibilidade da criação de mecanismos comunitários de articulação, colaboração e cooperação para os temas do álcool e da droga. Dei-

xo-vos o desafio porque acredito que o crescente clima de incerteza que caracteriza o mundo na actualidade, bem como o rápido ritmo de mudanças que marca as nossas sociedades apresenta um quadro propício ao tratamento de matérias complexas como os temas de que vocês se ocuparão por estes dias, segundo modelos de cooperação em rede. Com efeito, as dificuldades experimentadas pelos poderes públicos limitam uma intervenção mais consentânea com a satisfação equitativa das necessidades colectivas da sociedade, podendo daí resultar quadros de tratamento desigual. Por outro lado, a conjuntura torna-se passível de gerar pressões que, eventualmente, poderão redundar no incremento dos consumos e das dependências. Este desafio é particularmente interessante no espaço da CPLP, composto por nove estados espalhados por quatro continentes, com especificidades e contextos de enquadramento muito distintos, em resultado de variadas condicionantes políticas, sociais e económicas. A CPLP estará naturalmente atenta à evolução destas temáticas e disponível, no quadro dos seus princípios e obrigações estatutárias para escutar, aprender e analisar as sugestões e oportunidades de parceria que possam ser encaminhadas”.

## Luís Campos Ferreira, secretário de Estado dos Negócios Estrangeiros e da Cooperação



“É com muita satisfação que estou aqui hoje com representantes de tantos países e podemos falar em português. O tema desta reunião é de extrema importância para todos, uma vez que se trata de um problema de magnitude mundial. Para termos a verdadeira dimensão do problema, recorro aos dados apresentados pelo Gabinete das Nações Unidas Contra as Drogas e Crimes, que afirma que em 2002 cerca de 230 milhões de pessoas já tinham experimentado uma droga ilícita. Estamos a falar de 5 por cento da população mundial adulta. Sendo a droga uma ameaça para a saúde pública mundial, com efeitos também muito concretos nos sistemas de justiça dos países, sendo particularmente pesados no que toca também à sua componente económica para os países de rendimentos mais baixos. Neste contexto de ameaça global a resposta também tem que ser global para que possa ser eficaz. Se considerarmos que os fenómenos da droga e do uso nocivo do álcool têm um carácter multifacetado e multidisciplinar, o modo como lidamos com eles é também passível de várias e diferentes abordagens. Neste contexto, esta reunião é extremamente importante porque permite discutir estratégias, procurando uma abordagem global, equilibrada e integrada a partir de dados concretos com o objectivo de contribuir para a redução deste flagelo e, desta forma, procurar vencer os desafios que se nos colocam em termos de saúde pública e de segurança das nossas popula-

ções. Portugal tem procurado enfrentar este problema interligando a sua actuação em termos internos e internacionais. Para além dos valiosos esforços internos que temos feito, nomeadamente através do SICAD, internacionalmente quero destacar a coordenação que existe no seio da União Europeia. O consumo e o tráfico de drogas ilegais são fenómenos mundiais que ameaçam a saúde e a estabilidade social. As estatísticas mostram que aproximadamente um em cada três jovens europeus já experimentou uma droga ilegal e que, a cada hora que passa, morre um cidadão europeu vítima de overdose de droga. Perante esta realidade, a existência de informação independente e baseada em dados científicos constitui um recurso essencial para que a Europa possa compreender a natureza dos seus problemas relacionados com a droga e dar-lhes uma resposta mais adequada. Foi com base nesta premissa e face à escalada do fenómeno da droga que o Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência foi criado em 1993, encontrando-se sediado em Lisboa desde 1995. Existe para fornecer à UE e aos seus estados-membros uma imagem objectiva dos problemas europeus relacionados com droga e uma base científica sólida para sustentar o debate sobre esta matéria. Apesar de não propor políticas, o Observatório tem um impacto real no processo de tomada de decisões, através das análises, padrões e ferramentas que fornece. Embora esteja fundamentalmente centrado na realidade europeia, também colabora com parceiros de outras regiões do mundo através do intercâmbio de informações e conhecimentos especializados. Também a nível internacional quero realçar a participação activa que Portugal está a ter na preparação de uma sessão especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre o problema mundial da droga, que terá lugar em 2016. Tal como em outras esferas, também no combate ao flagelo da droga a CPLP tem demonstrado vontade de coordenar a posição dos seus estados-membros. Nesse sentido, realço e muito a importância da realização, em Janeiro passado em Cabo Verde, da primeira Conferência Internacional sobre Políticas de Droga nos PALOP. Esta iniciativa visou alargar e reforçar a cooperação estratégica entre governos, organismos internacionais e organizações da sociedade civil no âmbito das políticas de drogas. Apesar dos laços que nos unem, os países da CPLP representam uma enorme heterogeneidade geográfica, económica e social, o que torna necessária uma recolha mais profunda sobre a realidade do uso de drogas ilícitas e uso nocivo do álcool em cada um dos seus estados-membros. Esta enorme diversidade representa um importante desafio para a CPLP no âmbito da coordenação das suas estratégias de combate a este flagelo. Mas apesar do desafio não devemos desanimar e procurar, como já fizemos noutras áreas, estratégias comuns de intervenção. Neste sentido, é necessário que haja uma mobilização das nossas respectivas sociedades ci-

vis, com vista a um ainda maior empenho político a todos os níveis para que este problema tenha a atenção política desejada. Sem esse empenho, dificilmente se conseguirão avanços quer no plano nacional, quer no plano internacional. Este maior empenhamento de cada um dos estados-membros da CPLP permitirá a esta organização criar mecanismos conjuntos de partilha de boas práticas na aproximação das legislações sobre essa matéria e no combate ao tráfico. Gostava de terminar felicitando os organizadores desta reunião e desejando que dela saiam resultados concretos para a melhoria em termos de saúde pública. Esta é uma causa que nos impele a todos, que trata do presente mas que, essencialmente, cuida do futuro. O vosso trabalho vai muito para além da ciência e da regulação da sociedade. Entra fundo naquilo que é a estabilidade das famílias e tem a ver com algo fundamental: a dignidade do ser humano”.

### Fernando Leal da Costa Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde



“Esta reunião é uma cimeira sectorial de extrema importância. É fundamental que estas cimeiras sectoriais ao mais alto nível se possam desenrolar com regularidade e cumprir o desafio de criar uma agenda comum de cooperação que leve a resultados práticos numa matéria absolutamente fundamental para o bem-estar dos nossos povos. Esta é verdadeiramente uma grande reunião transcontinental. Temos representantes da América, Europa, África e Ásia e temos todos a sorte de pertencer a esta gigantesca comunidade que ombreia no que há de melhor em termos de comunidades internacionais e, por isso, temos mesmo que demonstrar que somos melhores e capazes de, em conjunto, produzir trabalho que, de alguma maneira, seja motor de outras coisas que outras comunidades internacionais queiram fazer, que possa também servir para que as nossas re-



apresentações nas várias comunidades internacionais que integramos possa sair valorizada e darmos, como tem sido reconhecido pelas organizações internacionais, o nosso contributo decisivo para a solução dos problemas. A nossa abordagem em Portugal tem sido eminentemente sanitária, numa lógica de saúde, naquilo que se prende com o problema do uso de drogas ilícitas, com o consumo nocivo de álcool e com as dependências em geral. Mas essa nossa abordagem sanitária, como de resto a presença aqui dos representantes da Polícia Científica e dos organismos judiciais confirmam, consiste numa intervenção que não exclui de forma alguma a vigilância, a investigação e a intervenção da justiça num modelo próprio, de sucesso e na medida adequada. Aliás, neste edifício funciona uma Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência, o exemplo de como, na prática, se integram numa perspectiva dissuasora elementos do poder judicial e da área da saúde. Trata-se de uma abordagem essencialmente centrada no princípio da prevenção. Uma prevenção difícil e complexa porque estamos a lidar ao mesmo tempo com problemas claramente de apetência humana, trabalhando com matéria que envolvem a neurofisiologia, o funcionamento cerebral, a sociologia e, obviamente, tudo aquilo que tem que ver com os fenómenos de aproveitamento criminal que a vulnerabilidade de alguns acaba por despertar na ganância de outros. E é este o cerne da questão. Nós estamos, de facto, a lidar com um problema em que temos pessoas que são particularmente vulneráveis das quais há outros que se aproveitam. Por isso, este fenómeno tem vindo a assumir um conjunto de evoluções complexas e, ao longo da nossa capacidade de intervir sobre as drogas, tem havido uma contra resposta das organizações criminosas que passa nomeadamente pelo facto de também eles aproveitarem os desenvolvimentos da bioquímica moderna e, progressivamente, construir novas ameaças, novos produtos, novas drogas, novas substâncias com as quais temos que nos preocupar. Isto obriga-nos a uma adaptação continuada e, aqui, a troca de experiências é absolutamente fundamental porque o fenómeno do aparecimento de uma nova droga num local rapidamente se transforma numa preocupação mundial. Por outro lado, convém que se entenda que, com a cruzada que lançámos há uns anos em Portugal da descriminalização do consumo de drogas, procurámos em primeiro lugar a dignificação do ser humano, a identificação desta população vulnerável e, simultaneamente, a criação de condições para estarmos melhor preparados para combater quem se aproveita da vulnerabilidade destas pessoas. A liberalização e a descriminalização são fenómenos diversos, estamos dispostos a discutir qualquer um deles mas é importante perceber que nem a liberalização nem a descriminalização, em circunstância alguma, podem sancionar ou ratificar o uso de drogas, da mesma maneira que nenhuma po-

lítica sancionará ou ratificará o uso de medicamentos adulterados. Bem por outro lado, a descriminalização cria-nos uma oportunidade de intervir e tratar os dependentes, ao mesmo tempo que nos aumenta a responsabilidade. Porque não é por descriminalizarmos o consumo que estamos com menor vontade de actuar na esfera da investigação, da captura, da penalização do tráfico de drogas. O nosso percurso judicial nesta matéria e o nosso trabalho das forças de investigação, concertadamente com o que se faz na Europa e no mundo demonstra claramente a nossa vontade. O que temos em Portugal e na CPLP, entre todos nós, é uma agenda de responsabilidade. Este fenómeno gera-nos responsabilidade política dos estados e dos governos mas também uma responsabilidade colectiva das famílias e de intervenção social de largo espectro. Temos que ter uma intervenção de carácter transversal, cobrindo toda a sociedade e também, seguramente, intervenções de carácter vertical, identificando bolsas de exclusão, onde juntamos vulnerabilidade individual à social, sobre as quais temos uma maior necessidade de intervir. Numa óptica de prevenção, a informação que precisamos de veicular tem que ser adaptada aos jovens e, acima de tudo, transmitida através dos próprios jovens. Também aqui temos um espaço de trabalho em conjunto e devemos perceber que as nossas comunidades já não são territorialmente localizadas, tendendo a ser cada vez mais cosmopolitas. As nossas comunidades são internacionais, viajam e, entre todos nós, há uma enorme troca de pessoas que têm que ser salvaguardadas nos locais onde vivam das experiências que as possam convidar ao uso de drogas. Para terminar, permitam-me recorrer ao recente exemplo do fenómeno do Ébola, em que foi precisa uma situação de catástrofe e de grande visibilidade pública para que a comunidade internacional se unisse em torno de um processo. O nosso problema é diferente e não tem a espectacularidade de um fenómeno epidémico local que, eventualmente, se tornará mais geral se as medidas não forem tomadas. O nosso fenómeno é pandémico, permanente. Se tudo correr bem, como desejamos, esta, como outra epidemia, será vencida. Mas o problema da droga, do álcool, das populações, da vulnerabilidade neurofisiológica e social das pessoas manter-se-á. E por isso é fundamental que não baixemos a guarda. Temos a obrigação de não funcionar em picos de resposta mas sim continuamente unidos em torno de um problema que é de todos nós. Parece-me fundamental que consigamos manter dois níveis muito activos e permanentes de cooperação: por um lado, este que aqui decorre, a cimeira de quem sabe, a cimeira técnica e, por outro lado, a cimeira de quem quer aprender, a cimeira dos políticos, de quem tem que captar os vossos ensinamentos e conselhos para poder expandir para as nossas populações”.





## Luiz Guilherme Mendes de Paiva, SENAD



### Qual é actualmente o problema mais sério que o Brasil enfrenta relativamente ao uso de substâncias psicoactivas?

**Luiz Guilherme (LG)** – O Brasil tem uma tradição de problemas com o álcool, que continua a ser o maior problema e, mais recentemente, um aumento do problema do consumo de cocaínas fumáveis ou crack.

### O crack afigura-se um problema sem resolução à vista, crescendo cada vez mais...

**LG** – Trata-se de um problema muito relacionado com fenómenos de exclusão social. Acabámos de realizar uma pesquisa sobre o perfil do utilizador de crack no país em que identificámos uma relação muito forte com a exclusão social e com a vulnerabilidade. Ou seja, existem outros problemas sociais e pessoais envolvidos no consumo de crack. Por outro lado, trata-se de uma substância para a qual ainda não existem medicamentos de eficácia comprovada que possam auxiliar na adesão ao tratamento.

### ...Daí o recurso à comunidade terapêutica e provavelmente o lançamento de um financiamento significativo a estas estruturas? Como tem sido a adesão?

**LG** – Existe uma adesão grande. Mesmo nas comunidades terapêuticas, o crack não é a droga principal ou, pelo menos, não é a única uma vez que temos igualmente uma enorme adesão motivada pela dependência alcoólica. Mas a vantagem das comunidades terapêuticas, e daí esses financiamentos, prendem-se com o facto de estarmos perante um programa voluntário. Isso já prevê que o utilizador que está a sofrer devido a uma dependência tomou a decisão de optar por esse tratamento, o que constitui um primeiro passo bastante significativo.

### Há quatro anos atrás, um estudo realizado no universo das comunidades terapêuticas brasileiras revelou a existência de muitos casos de total desrespeito pela dignidade humana, chegando ao ponto da adopção de práticas de tortura junto dos utentes e da inexistência de qualquer projecto terapêutico... Como está actualmente essa situação?

**LG** – Temos adoptado muitos cuidados em relação a isso. As comunidades terapêuticas que foram contratadas pelo Ministério da Justiça passam por uma série de critérios, seja na contratação seja na execução. Temos uma equipa de fiscalização que visita as comunidades várias vezes por ano fazendo uma avaliação e temos ainda avaliadores independentes, o que nos garante que as cerca de 350 comunidades contratadas no Brasil tenham um padrão de cumprimento que passa quer pela voluntariedade dos utentes quer pelo respeito dos

seus direitos. Além disso, estamos a desenvolver um grande esforço de regulamentação de todas as comunidades, não só as contratadas pelo Ministério da Justiça, estabelecendo padrões juntamente com os órgãos de vigilância sanitária, de fiscalização do trabalho e de direitos humanos, no sentido de criarmos padrões mínimos, sem os quais qualquer centro que se auto intitule como comunidade terapêutica ou desempenhe alguma acção semelhante ao tratamento será encerrada.

### Em que medida será um obstáculo à vossa acção a divisão do Brasil em estados?

**LG** – O Brasil é muito grande e imagino que, se fosse central, seria igualmente muito difícil. O facto de estar dividido em estados exige-nos o estabelecimento de estratégias de cooperação. Boa parte das políticas são executadas pelos governos dos estados e muitas vezes pelos municípios, o que exige uma coordenação que nem sempre é fácil. Mas, por outro lado, não me parece que fosse possível fazer tudo a partir do governo central... Faz parte da nossa tradição constitucional a realização das negociações e conseguirmos o apoio dos estados.

### Existe algum projecto que pretenda destacar no âmbito da vossa intervenção?

**LG** – A respeito do crack, gostaria de salientar o que está a acontecer actualmente na cidade de São Paulo através do programa Braços Abertos, focalizado na oferta a um grupo de pessoas que se concentrava no centro da cidade, na designada Crackolândia, de uma alternativa ao que vinha a ser tentado até ao momento, que era uma política basicamente centrada na repressão. Esta nova política criou instrumentos de fornecimento de habitação e de empregos a essas pessoas, algo que além de ter reduzido elementos de vulnerabilidade dessas pessoas, tornou mais fácil chegar até às mesmas e potenciar que passassem a usar os serviços de saúde e de assistência social, que já existem em bom número no país mas que não conseguiam chegar a esse grupo de pessoas. A grande diferença deste programa reside na não exigência de abstinência mas acabámos por constatar que os primeiros resultados revelam, num curto período de implementação, uma redução de 60 por cento dos consumos de crack nesse território. Trata-se de um bom presságio de que os programas baseados na multidisciplinaridade e num enfoque diferente da mera repressão tendem a funcionar muito melhor e a respeitar mais os direitos dessas pessoas do que os programas meramente punitivos. Por enquanto, este programa está implementado apenas em São Paulo, está a ser sujeito a uma avaliação externa e gostaríamos de estabelecer protocolos para que pudesse, eventualmente, ser replicado noutros territórios.

### Que avaliação faz desta reunião entre responsáveis nacionais em matéria de luta contra a droga e o álcool dos países de língua portuguesa?

**LG** – A minha avaliação é a melhor possível. Gostaríamos de ter mais cooperação com alguns dos países que estão aqui, existem problemas comuns que podem ser conhecidos e trabalhados a partir de cooperações mas também temos a possibilidade de oferecer alternativas que estamos a desenvolver. Temos uma identidade cultural comum que, certamente, nos auxiliará a estabelecer soluções comuns.

### Que opinião leva do modelo português?

**LG** – Confesso que gostaria de o ver discutido de forma mais profícua no meu país. Tenho uma opinião pessoal de que o modelo português poderia ser uma das alternativas ao modelo brasileiro, que precisa de ser aperfeiçoado.

SICAD e ACT organizam encontro técnico-científico:

# Consumos aditivos em meio laboral: estratégias de prevenção e intervenção

*A Autoridade para as Condições do Trabalho ACT e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências SICAD realizou, no dia 2 de Dezembro de 2014, no Auditório da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, o Encontro Técnico Científico Consumos Aditivos em Meio Laboral.*

*A realização deste evento teve como objectivos contribuir para a partilha de informação sobre substâncias psicoativas em contexto laboral e suas consequências na área da segurança e saúde nos locais de trabalho e, em simultâneo, promover um debate alargado no que concerne às estratégias de prevenção do consumo destas substâncias em contexto laboral.*

*O Encontro destinou-se a empregadores, trabalhadores / representantes dos trabalhadores, técnicos de saúde, técnicos de higiene e segurança no trabalho e médicos do trabalho, contando com a colaboração dos parceiros sociais, instituições públicas, empresas e organizações da sociedade civil. Dependências esteve presente no evento e entrevistou Graça Freitas, da Direcção Geral da Saúde e Jorge Barroso Dias, da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*

**Graça Freitas, Direcção Geral da Saúde**



**Que importância assume esta temática dos consumos em meio laboral para a DGS?**

**Graça Freitas (GF)** – É muito importante porque junta duas das nossas preocupações. Primeiro, a vida laboral, que corresponde ao mais longo período da vida por que as pessoas passam. A DGS, tal como o SICAD elege como grande preocupação o acompanhamento dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida, portanto, um dos settings mais importantes é precisamente a vida laboral e o tempo que se passa no local de trabalho. Tudo o que possa estar relacionado com esse local de trabalho e, neste caso concreto, os comportamentos aditivos, que são já uma preocupação para qualquer grupo, pode ser um problema de saúde pública. Como tal, a DGS acompanha ambas as vertentes com muito interesse e empenho, colaborando com os seus parceiros. Temos um departamento de saúde ocupacional, que se dedica à área laboral e temos programas dedicados especificamente a situações relacionadas com comportamentos aditi-



vos. Apesar de se tratar de uma competência do SICAD, estas áreas interligam-se e é a partir destas parcerias e interfaces que acabamos por ter ganhos em saúde se partilharmos as mesmas preocupações e estratégias. É o que acontece neste momento, em que há um alinhamento bastante bom entre a DGS, o SICAD e as outras organizações, no sentido de conjugarmos as duas vertentes: a do contexto laboral e a dos consumos aditivos.

**Dizia-se neste encontro que Portugal continua a ser um dos países da Europa com maior taxa de acidentes no trabalho... Este dado requer a concepção de algum plano específico?**

**GF** – Planos temos bastantes e bons... O que requer é a capacidade de as instituições articularem e, depois, os próprios cidadãos se reverem nesses planos. Temos que ter planos, levá-los ao terreno, efectivá-los mas nenhuma instituição o faz sozinha. E as instituições, ainda que juntas, também não o farão se os cidadãos não colaborarem nesse projecto. Tem que haver uma linha, uma estratégia, um planeamento e trabalho articulado e alinhado entre as várias instituições mas igualmente a participação dos cidadãos. Se estes não perceberem que a questão lhes diz respeito, nós não teremos a capacidade de lhes impor planos.

**Jorge Barroso Dias, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho**



**Que importância assume para a SPMT a realização de um encontro técnico-científico sobre esta matéria?**

**Jorge Barroso Dias (JD)** – A Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho é uma sociedade científica e, obviamente, está aberta e promove ela própria a realização de eventos científicos que vão de

encontro aos seus objectivos, até estatutários, a este objectivo de melhorar o conhecimento científico e as boas práticas da medicina do trabalho. Geralmente, fazemo-lo através dos eventos científicos mas também de publicações. Neste encontro, falámos sobre este grupo restrito do SICAD a que a SPMT pertence desde o princípio e tenho o prazer de ser presidente de uma organização que tem estado atenta e participante em todos estes processos. Antes da actual geração, esteve o Prof. Sousa Uva, com o Dr. Joaquim Margalho Carrilho, elementos-chave no desenvolvimento de reuniões que culminaram nas linhas orientadoras. Este evento do grupo restrito do meio laboral, liderado pelo SICAD e em que participamos, culmina de um trabalho de muito tempo, congregando as pessoas interessadas nesta temática. Trata-se de um público muito diverso, como é possível hoje observar-se – e, fruto desta partilha, que é o nosso ADN, juntando organizações e encontrando diferentes pontos de vista, de grupo restrito passamos para um grupo muito alargado. Dou muito valor ao trabalho que aqui foi feito que, em simultâneo, traduziu uma boa oportunidade para voltarmos a ter uma referência internacional, o Grupo Pompidou, que produziu um documento que estabeleceu o quadro que originou as linhas orientadoras. Claro que, na aplicação e quando se chega a questões mais concretas, as dificuldades do terreno têm que ser superadas com uma abordagem correcta. Daí que hoje, na minha apresentação, tentasse passar a ideia fundamental que a abordagem correcta não consiste em dizer que existe um álcool bom e um álcool mau; não é dizer que existem trabalhadores de risco e outros que não o são; e que trabalhadores de colarinho azul e de colarinho branco são diferentes. Todos devem estar envolvidos, todos estão em risco relativamente a este tipo de consumos. O álcool parece escolher mais determinados estratos sociais do que outros mas não isenta nenhum deles. E não poderia deixar de apresentar as causas que o trabalho tem que levam a mais consumos. Por isso, escolhi uma referência de Marmot, como problema social mundial, que salienta que os indivíduos apagam a sua dor por problemas económicos e sociais. Claro que também existem outros tipos de consumos e outros tipos de apagar a dor mas este é um problema importante de todos nós: quando o problema social provoca que o consumo de álcool seja uma solução. Esta referência a causas ligadas ao trabalho estimuladoras do consumo é uma perspectiva que defendo...

**A abordagem, presumo, deve ser sempre humanista e encarada sob o ponto de vista da saúde...**

**JD** – O problema do álcool é um problema de saúde. E todos os problemas de saúde devem ser colocados na saúde. Todos os problemas sociais são de todos nós. Daí que a minha abordagem lembrasse a responsabilidade que todos temos na cultura de consumos. Também por isso foquei o aspecto da negação, na se-







quência de ter feito o atrevimento de passar ao Audit C para toda a audiência. O que mais encontramos nas pessoas que não gostam de ouvir é o que dizemos quando fazemos as intervenções no âmbito da saúde ocupacional é o efeito da negação. Isso encontra-se em relação ao tabaco, ao álcool e aos demais comportamentos aditivos.

#### **Isso não traduzirá também alguma falta de informação?**

**JD** – Quando tentamos passar informação, quando já somos profissionais credenciados e respeitados, é muitas vezes a negação que encontramos. Por isso mesmo é que os investimentos em prevenção devem ser muito coordenados e articulados porque o efeito da negação leva a que, por muita informação que se coloque, se a mesma for apenas de um dos lados, poderá não surtir efeito. Também trouxe aqui o modelo da coerência, ao salientar que, como primeira etapa, era preciso haver a capacidade de reconhecer que existe um problema e de o aceitar; como segunda etapa, a capacidade de estabelecer estratégias ou de as aceitar e escolher as mais correctas para resolver os problemas. A propósito, saliento esta tendência actual portuguesa de negar a evidência científica que nos diz que todos os consumidores abaixo dos 18 anos estão a correr riscos. Também pretendi trazer aqui conceitos como o do consumo tolerável.

**Passou-se aqui uma imagem de que existe ainda, em torno destas questões dos consumos em meio laboral, uma excessiva focalização na realização dos testes... Estes não deveriam apenas ser utilizados como meio de diagnóstico para a resolução de um problema, em vez de serem encarados sobretudo como justificações para punições?**



**JD** – Como expliquei, na pirâmide de consumos temos a base, a parte intermédia e a do pico. A doença, a dependência está num nível alto e, por isso, encontra-se no pico. As empresas, quando procuram o teste do álcool, às vezes como primeira-mão e antes mesmo de salientarem uma política e de fazerem promoção e informação, de promoverem a participação de todos, incluindo as chefias, parecem querer apenas ver o que é facilmente detectável e toda a gente sabe. É objectivar através de um teste aquilo que toda a gente sabe, porque o indivíduo anda a cambalear ou cheira a álcool. E, através de um teste, tentam produzir uma prova que o possa levar para o despedimento. Esta é uma atitude que algumas empresas têm. O que as linhas orientadoras do quadro de referência do Centro Pompidou apresentaram foi que se deve parar os regulamentos que eram suportados por testes de álcool, que por vezes nem sequer eram feitos por profissionais de saúde, e que eram sustentados com regras em que para serem aplicadas nomeadamente as sanções, tinha que se saber o valor... Isto colide com um bem superior, o do sigilo. Não nos venham pedir ao que é para nós fundamental. Temos que estabelecer uma boa relação. Um médico de trabalho não precisa de um teste para saber aconselhar. Se todo o meio envolvente nos ajudar, se forem referenciados com sigilo e com apoio os trabalhadores que estão a passar por um momento especial da sua vida, como sucede em organizações e chefias, a medicina do trabalho faz a sua intervenção e, de uma forma cordata e inteligente, mantém e estrutura a organização. Enquanto que há outros, muito mais simplistas e limitados na sua capacidade de intervenção, vêm nos testes uma forma rápida e miraculosa de resolver um problema, muitas vezes livrando-se da pessoa, mantendo ou exponenciando o problema daquela pessoa, prejudicando o meio social e dando sinais de que se trata de uma empresa que não se está a preparar para um bom relacionamento com os seus trabalhadores.



# UGT: um parceiro na prevenção e promoção da segurança e saúde no trabalho



**Existirá certamente um historial de intervenção e uma missão, assente em preocupações com a segurança e saúde no trabalho, assumida por parte da UGT, que justifica uma participação institucional numa estrutura como o Fórum Nacional Álcool e Saúde...**

**Vanda Cruz (VC)** – A justificação prende-se, desde logo, com a nossa missão enquanto Central Sindical que defende os direitos dos Trabalhadores Portugueses. A prevenção e a promoção da Segurança e Saúde no trabalho, locais de trabalho seguros e saudáveis são objetivos prioritários da ação sindical. Em primeiro lugar, encaramos, o uso/abuso de álcool nos locais de trabalho como uma questão de saúde. A nossa intervenção assenta, resumidamente, em três eixos: na Prevenção, sensibilizando os trabalhadores e as trabalhadoras para esta problemática, identificando os problemas, analisando os riscos do uso/abuso do consumo do álcool em meio laboral e negociando propostas para a melhoria das condições de trabalho; na assistência aos trabalhadores e tra-

balhadoras com problemas de consumos, protegendo os seus direitos e no Apoio à Reinserção Laboral, que deve pautar-se pelo princípio de proteção e segurança no emprego e pelo respeito pelos direitos, liberdades e garantias pessoais, consagrados na Constituição da República Portuguesa e no Código do Trabalho.

A dedicação dos sindicatos da UGT a estas questões não terá mais do que uma década... em 2004, lançamos a primeira grande campanha dedicada à prevenção do consumo de álcool e drogas em meio laboral, fruto de uma iniciativa endógena mas também de solicitações externas que nos fizeram repensar esta problemática. A UGT, participou e deu contributos para um documento importantíssimo, do nosso ponto de vista, "As linhas orientadoras para a intervenção em meio laboral", SICAD, ACT e Parceiros Sociais e Parceiros Institucionais. No decorrer da discussão desta temática, que culminou nas referidas "linhas orientadoras" a ACT passou a considerar o uso/abuso de álcool e drogas em meio laboral como um risco de trabalho.

### **Em que consiste a participação da UGT no FNAS?**

**VC** – Este é já o nosso segundo ciclo de participação no FNAS. Inicialmente, partindo do princípio de que não havia muito material de informação e disseminação nesta área, foi nossa pretensão munir os representantes dos trabalhadores de instrumentos de sensibilização e informação, sensibilizando também toda a sociedade para a visão sindical sobre esta problemática. Produzimos um conjunto vasto de publicações, apostámos na produção de documentos digitais sobre esta temática, sempre na perspetiva de prevenir, sensibilizar e informar. Como já referi anteriormente, esta é uma área muito sensível e temos que discernir, desde logo, as fronteiras entre o consumo pontual, da esfera pessoal e das liberdades individuais e o da esfera laboral, com contornos ou padrões de maior risco ou mais problemáticos, aferindo que tipo de consumo está em causa: o uso, o abuso e a dependência. Temos esta consciência, de que prevenir este tipo de comportamentos é uma tarefa difícil, sobretudo ao nível das micro, pequenas e médias empresas, mas a UGT encontra-se empenhada neste desafio.

### **Como têm os públicos acolhido essa mensagem?**

**VC** – Faz parte dos nossos objetivos, chegar ao máximo número de trabalhadores possível. Apostar numa política de prevenção do uso/abuso de álcool e drogas em meio laboral que deve estar integrada na política de prevenção e promoção da Segurança e Saúde da empresa ou organização.

Existem empresas Portuguesas que têm desenvolvido um trabalho fantástico nesta área em domínios como a prevenção, a divulgação e a sensibilização, em parceria com os sindicatos da UGT e com os representantes dos trabalhadores por nós apoiados. A título de exemplo, relativamente ao álcool, há um programa que é seguido: identifica-se aleatoriamente um trabalhador, cuja atividade profissional é considerada de risco para si ou para terceiros, é convidado a fazer o teste de despistagem do álcool; se for sinalizado como não apto, no dia seguinte tem que obrigatoriamente realizar novamente o teste nos serviços de Saúde Ocupacional da empresa; se voltar a dar positivo é possível identificar um padrão e, aí, deverá cumprir um programa no sentido de começar a fazer um tratamento de reabilitação com duração de 6 meses para, depois, voltar a ser integrado...

### **Mas é a UGT que faz essa sinalização ou referência?**

**VC** – Não, de todo! Com o devido sigilo, será o Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho ou o Serviço de Saúde Ocupacional, dependendo da organização, que realizará o teste de despistagem, e considerando que existe reincidência, os Serviços de Saúde Ocupacional estabelecem o referido programa de reabilitação, o papel da UGT passa pelo apoio e assistência ao trabalhador, na sua defesa e pugnar pelo cumprimento da lei, assim como acompanhar a sua reintegração sem estigma. O que se pretende é recuperar a pessoa e o trabalhador. Refiro-me a boas práticas, que devem ser divulgadas, preconizadas por empresas com dimensão e estruturadas... mas também devemos ter consciência que, quando falamos em empresas com menor dimensão, as dificuldades são maiores e as práticas não são propriamente as mesmas.



### **...O que extravasa a ideia comum de que as centrais sindicais se preocupam exclusivamente com reivindicações salariais dos trabalhadores...**

**VC** – Tenho muita pena que se pense desse modo... Também, certamente, reivindicamos aumentos salariais, mas o nosso âmbito não se esgota aí! Temos o compromisso da defesa dos direitos dos trabalhadores e das suas condições de trabalho, da sua segurança e saúde em meio laboral, além do que, encaramos este problema do uso/abuso do álcool em meio laboral como um problema de saúde. Este é um problema que abrange transversalmente todos os setores de atividade. Não é, só um problema dos “Blue colours Workers”, como se associava há algum tempo atrás, é dos “White colours Workers”... e é também dos “No colour Workers”, daqueles que não têm um vínculo laboral, daqueles que não têm um posto físico de trabalho...

Somos uma Central Sindical que defende o diálogo, a propositura, a concertação e a procura de pontes de convergência que permitam disseminar e diluir as divergências, não abdicando dos nossos princípios e valores.

### **A esse nível, das condições de saúde no trabalho, como avalia a evolução patenteada no país?**

**VC** – Creio que tem havido uma degradação... com a crise com que fomos confrontados, que não foi provocada nem potenciada pelos trabalhadores e trabalhadora do nosso país, houve um desinvestimento nesta área da Prevenção e da Promoção da Segurança e da Saúde no Trabalho. Há alguns anos, nem tantos quanto isso, por via das grandes obras que tivemos, por exemplo a construção da Ponte Vasco da Gama, a Expo 98 estas matérias foram bastante regulamentadas e nos anos seguintes falava-se muito nestas temáticas, nos sistemas de gestão da Segurança e Saúde no Trabalho, por exemplo. Mas agora, com a desculpa da crise, ou não, as condições de trabalho pioraram em Portugal, e infelizmente a Prevenção e a Promoção da Segurança e saúde no Trabalho deixou de ser prioritária e de estar na agenda dos nossos governantes.





### **Em que medida se deverá esse cenário a carências ao nível da produção de legislação?**

**VC** – Quanto à legislação, não houve grandes alterações. O Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho decorre da transposição da Diretiva 89/391/CEE, que teve algumas alterações em Janeiro deste ano, mas que ainda não colheu todas as reivindicações da UGT nesta matéria, que se refere nomeadamente aos novos riscos emergentes, aos riscos psicossociais. Também tivemos alterações ao Código do Trabalho, a Portaria n.º 112/2014. Esse ano e o próximo estaremos sob o chapéu da Campanha da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, cujo mote incide sobre a prevenção dos riscos psicossociais no local de trabalho

### **Um dos grandes objetivos do FNAS consiste em reduzir o consumo nocivo de álcool. A UGT está representada num fórum em conjunto com muitas outras entidades, entre as quais existem representantes da indústria produtora ou comercializadora do álcool... Como têm encarado esse desígnio de trabalhar de forma concertada, ainda que com enquadramentos diversos?**

**VC** – Quando estamos em qualquer plataforma, a posição da UGT é sempre de propositura. Sendo que, na vida, tudo se estabelece através de negociações. Partindo desta premissa, nem no FNAS nem noutras instituições/organizações em que estamos representados conseguimos levar sempre a nossa posição a bom porto, no entanto não prescindimos da nossa missão. A Prevenção do consumo de álcool deve ser encarada, nos locais de trabalho, como um risco profissional, na medida em que o consumo acarreta riscos para o trabalhador dependendo das características individuais de cada um. De qualquer forma, no âmbito do FNAS, os projetos são autónomos, a indústria defende a sua participação na ótica do consumo moderado e nós defendemos os nossos interesses e valores nesta matéria que é uma aposta clara na sensibilização e prevenção do consumo abusivo do álcool em meio laboral.

### **As questões de Segurança no Trabalho alguma vez fizeram parte da agenda da contratação coletiva?**

**VC** – As questões relativas à Segurança e Saúde no Trabalho (SST) têm vindo, progressivamente, a ser introduzidas na Regulação Coletiva de Trabalho, por iniciativa sindical e de acordo com a legislação em vigor. Contudo, importa ressaltar que da análise das muitas Convenções Coletivas (ano 2010, 2011, 2012), não obstante, a maioria consagrar esta matéria, também é verdade que um número substancial consagra apenas as disposições já

### **O Projeto Guia com Clausulado sobre álcool e drogas na negociação coletiva**

**VC** – Trata-se de um produto inserido na candidatura do FNAS. As atividades previstas compreendem a elaboração de um Guia com Clausulado sobre Álcool e Drogas para a Negociação Coletiva, a realização de reuniões no Grupo de Trabalho da Negociação Coletiva da UGT para apresentação, discussão e validação do Guia, a edição de um Guia Técnico sobre a problemática do consumo de álcool e drogas em meio laboral, em que se pretende proceder à abordagem destas matérias na ótica da prevenção de riscos profissionais (com enfoque sindical); ao enquadramento jurídico destas questões, com especificidade na deteção dos consumos; ao enquadramento da ação sindical face ao problema e definição de programas de intervenção. É ainda nossa intenção desenvolver três seminários regionais sobre a problemática do uso/abuso do álcool e drogas em meio laboral e uma conferência final em Lisboa e promover a comunicação e informação da problemática pelos nossos associados, pelo que pretendemos desenvolver uma estratégia de permanente divulgação de conteúdos.

O compromisso consiste, fundamentalmente, na prevenção do uso/abuso de álcool e drogas em meio laboral e incide concretamente em ações de informação e sensibilização aos representantes dos trabalhadores em SST, negociadores sindicais e aos sindicalistas em geral.

#### **População-Alvo**

Agentes Sindicais; Delegados Sindicais; Representantes dos Trabalhadores em SST.

#### **Contexto de Intervenção**

Contexto Laboral/Sindical.

constantes na legislação. A título de exemplo, no Ano 2012, no âmbito da Segurança e Saúde no Trabalho, da análise das 85 Convenções constatamos que 45, representando cerca de 53%, não evidenciam clausulado sobre Segurança e Saúde no Trabalho nem fazem referência à temática inserida noutros capítulos, como sendo no âmbito da definição de direitos e deveres. 40 Convenções dispõem, pois, de clausulado sobre Segurança e Saúde no Trabalho, no entanto, apenas 21 dessas Convenções (24% do total) evidenciam clausulado cujas garantias e patamares de proteção se encontram além dos mínimos exigidos na legislação.

No ano 2012, no que concerne a álcool e drogas em meio laboral, da análise dos BTE's publicados, obtiveram-se um total de 85 Convenções. Apenas 5 Convenções são acompanhadas de clausulado sobre álcool e drogas, representando um total de 526 trabalhadores cobertos por este clausulado, o que vem reafirmar a presença, ainda pouco significativa, desta matéria na Negociação Coletiva.

### **Existem dados sobre acidentes de trabalho por consumo de álcool?**

**VC** – As estatísticas oficiais não contemplam ainda estas especificidades. Sabe-se que há trabalhadores que consomem álcool e/ou drogas ilegais e, por outro lado, a maioria das pessoas com problemas provocados pelo consumo destas substâncias se encontram ativas e enquadradas profissionalmente, no entanto não dispomos de dados estatísticos que possam espelhar a amplitude do problema. Existem alguns dados da OIT, mas reportam-se ao ano de 2003.

# Formar e sensibilizar para a saúde



## **Fale-nos um pouco sobre a integração da perspectiva de género na educação e saúde inserida no V plano Nacional.**

O V Plano Nacional Para a Igualdade de Género, Cidadania e Não-Discriminação 2014 – 2017 é o instrumento de execução das políticas públicas que visam a promoção da igualdade de género e o combate às discriminações, em função do sexo e da orientação sexual e pretende reforçar a intervenção no domínio da educação, designadamente com a integração da temática da igualdade de género, como um dos eixos estruturantes das orientações para a educação pré – escolar, ensino básico e secundário.

No que diz respeito à Saúde, afigura-se essencial o reforço da sensibilização e da formação de profissionais. Também neste domínio se mostra crucial a desagregação por sexo dos dados produzidos e o seu estudo numa perspectiva de género, que avalie devidamente as especificidades de mulheres e de homens.

## **Que tipo de actividades estão previstas no compromisso?**

No compromisso, estão previstas actividades de formação para docentes em “Género e Saúde” e sensibilização sobre “género e saúde” para profissionais de educação e de saúde.

## **Qual é a População-Alvo que pretendem atingir?**

Profissionais de educação e saúde.

## **Qual o contexto de intervenção?**

A intervenção da CIG far-se-á nos seguintes contextos: Escolar e Saúde.

## **Como intervir nos diversos sectores?**

A intervenção da CIG é adaptada à educação e à saúde, estando previsto a formação contínua, acreditada, de profissio-

nais de educação sobre género, educação e cidadania, com especial relevância para a aplicação do Guião de Educação Género e Cidadania destinado ao 3º ciclo (e alargado ao secundário) com particular enfoque na temática “Género e Saúde” e, nesta, na prevenção de comportamentos de risco, de raparigas e de rapazes, potenciados pela socialização de género de umas e de outros.

Realização de sessões sobre “Género e Saúde”, no âmbito da educação para a saúde e destinadas aos seguintes grupos estratégicos: profissionais de educação e de saúde.

## **Existem dados sobre casos de violência por consumo de álcool?**

Segundo os dados do Relatório Anual de Segurança Interna, 2013, verificaram-se problemas relacionados com o consumo de álcool em 41% das ocorrências policiais pelo crime de Violência Doméstica e problemas relacionados com o consumo de estupefacientes em 11% das ocorrências.

Estes números têm-se mantido relativamente constantes ao longo dos anos (em 2012, problemas relacionados com o consumo de álcool estavam presentes em 43% dos casos e problemas relativos ao consumo de estupefacientes em 11%).

## **Quais os resultados esperados pela CIG com a sua intervenção no FNAS?**

Considerando a sua missão, a CIG tem como expectativa conhecer a situação de facto das mulheres e dos homens e das relações de género e sensibilizar para a necessidade de dispor não só de dados desagregados por sexo, como de dados sobre realidades que afectam, de modo diferente, os homens e as mulheres.

# Prevenção Rodoviária Portuguesa estuda comportamentos, opiniões e riscos



*O desempenho em sinistralidade rodoviária é o resultado da interacção de factores dos utentes e do ambiente rodoviário. Assim, torna-se indispensável a realização de estudos que incidam sobre o conjunto de indicadores que são determinantes na evolução da sinistralidade. Deste modo, a Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP) desenvolveu o projecto Indicadores de risco, desempenho de segurança rodoviária e comportamento (ISDR), que se integra na Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária. O objectivo primordial deste projecto consiste em desenvolver novos métodos de estudo, através da utilização de indicadores, tendo em vista aprofundar o conhecimento existente no domínio da segurança rodoviária. A par, a PRP assegura a criação de um conjunto de indicadores de risco, desempenho de segurança e comportamento dos condutores portugueses, através da recolha de informação relevante dos problemas de segurança rodoviária e do registo das atitudes, comportamentos e opiniões dos automobilistas face ao risco e à segurança rodoviária. É ainda intenção da PRP dar continuidade à recolha de informação realizada no âmbito do estudo SARTRE (Social Attitudes to Road Traffic Risk in Europe). Através do projecto europeu SafetyNet foi elaborado um manual específico para a definição e implementação de indicadores de desempenho como práticas de velocidade inadequadas, condução sob a influência de álcool, utilização de sistemas de retenção, peões, luzes, duas rodas, utilização do telemóvel e estado dos pneus. Estas observações permitiram obter resultados e avaliar a evolução do desempenho dos condutores.*

Como atesta José Manuel Trigo em entrevista a Dependências, “a informação produzida neste projecto constitui um instrumento útil de suporte à tomada de decisão. Assim, após a recolha, tratamento e análise dos resultados, toda a informação estará disponível para quem tenha interesse em aprofundar o conhecimento sobre as diversas temáticas e queira fazer uso da informação para fundamentar e suportar cientificamente as suas decisões e a implementação de novas medidas e projectos”.

A apresentação dos dados resultantes do ISDR foi realizada numa conferência de imprensa que decorreu no Ministério da Administração Interna no dia 22 de Outubro. Posteriormente, duas mesas redondas sobre o álcool e velocidade foram realizadas nas Estradas de Portugal, no dia 23 de Outubro, destinadas à apresentação dos resultados do projecto, à partilha de experiências por peritos internacionais e à discussão sobre as políticas gerais de segurança rodoviária que possam contribuir para a redução da sinistralidade e das suas consequências. Os dois eventos contaram com a participação de diversas entidades, públicas e privadas, nacionais e internacionais, directa ou indirectamente ligadas à segurança rodoviária.

A partilha e disseminação dos resultados será um processo que a PRP garantirá através da actualização da informação no seu website, bem como através da utilização de outros canais de comunicação.

## **O que representa o facto de 26 por cento admitirem ter conduzido, no último mês, com taxas ilegais de álcool no sangue?**

**José Trigo (JT)** – Representa a existência de uma certa consciência de que, por vezes, infringem a legislação e, fundamentalmente, que correm riscos acrescidos ao conduzirem sob o efeito do álcool...

## **...Mais do que isso, diria, colocam outros em risco...**

**JT** – Pois... É evidente que, ao colocarem-se a si próprios em risco, também colocam outros. O álcool, em termos de circulação rodoviária, afecta praticamente todas as tarefas, desde logo a observação do ambiente que rodeia o condutor, passando pela análise que a pessoa faz dessa observação, pelas decisões que tem que tomar e a execução das mesmas. Infelizmente, não é o único factor externo que afecta essas decisões, uma vez que existem outros como a fadiga, a distracção ligada por exemplo ao uso do telemóvel ou a outras situações, o consumo de outras drogas... Mas o álcool é aquela que está mais frequentemente presente e das mais evitáveis. Nós fizemos um conjunto de observações, determinando dias da semana em diferentes locais do país e em diversos horários e aquilo que se suspeitava acaba por se confirmar: a grande maioria das pessoas conduz sem consumir nenhum álcool, existindo alguma percentagem de pessoas que conduz sob a influência de algum álcool mas dentro de padrões legais e que, em termos médios, não são grandemente prejudiciais para a tarefa da condução; e existe



uma percentagem ligeiramente inferior a 2 por cento que conduz com taxas ilegais. Tudo isto varia substancialmente de acordo com os horários, o dia da semana e o sexo, sendo que os homens conduzem com taxa de alcoolemia substancialmente maior do que as mulheres, os mais jovens apresentam, com mais frequência, taxas ilegais, o que constitui um duplo risco, durante a semana o álcool está menos presente do que ao fim-de-semana e verificámos ainda diferenças brutais do dia para a noite. Na noite de fim-de-semana registámos 7 por cento de pessoas a conduzirem com taxas ilegais e cerca de 25 por cento com presença de álcool.

**Mas esperava que um quarto dos condutores portugueses admitisse que, no último mês, conduziram pelo menos uma vez com taxas ilegais?**

JT – São, de facto, números muito elevados... Nomeadamente para as pessoas o admitirem...

**...Não será exagerado especular-se que uma significativa percentagem o tenha feito sem o admitir...**

JT – Admitimos isso...

**Já falou sobre os resultados deste estudo com algum responsável político português?**

JT – Já. O estudo foi apresentado publicamente, na presença de um membro do Governo. E não foram apresentados apenas dados sobre álcool mas igualmente sobre um conjunto muito alargado de comportamentos e de opiniões. Devo dizer que, em termos globais, a opinião da população portuguesa relativamente à condução sob influência do álcool caminha num sentido positivo. Cada vez mais pessoas consideram a presença de álcool um factor influente na ocorrência de acidentes e verifica-se um aumento muito significativo de pessoas que dizem que a taxa de álcool permitida deveria baixar. E há até um número interessante de pessoas que referem constituir um engano pensar-se que, se tiver bebido mas se for com cuidado o risco não aumenta... No entanto, quando se trata dos próprios, as coisas alteram-se e a observação diz-nos que essa consciência nem sempre é reflectida na prática.

**Restar-nos-á a fiscalização e a dissuasão para inverter esta tendência?**

JT – Não! Essas duas ferramentas são importantes mas, acima de tudo, é muito precisa a educação.

**Mas andamos a falar nisso há anos...**

JT – Pois andamos mas isto não é simples... É um problema transversal a diversos países e muito ligado a um tipo de cultura.

**Seria adequado iniciar essa sensibilização nas escolas primárias?**

JT – Parece-me evidente que a educação para a cidadania, por onde passa parte desta questão, deve começar cedo mas também não podemos atirar tudo para cima da primária... As coisas que se passam na primária são importantes mas é preciso depois assegurar um acompanhamento eficaz. Não é apenas a idade ou determinado grupo etário que conta. No seio do grupo etário dos jovens que começam a ter acesso quer ao consumo de álcool quer à condução automóvel existe uma heterogeneidade enorme.

**Isso apontará eventualmente a necessidade de implementação de projectos de prevenção selectiva?**

JT – É evidente! Têm que ser definidas de forma muito clara as características dos grupos de risco e esse trabalho, nesta área, é muito incompleto. No limite, para quem mostre não ser capaz de se controlar, seja porque tem alguma dependência, seja porque desvaloriza o problema e reincide na condução sob influência de álcool, temos que optar pela utilização de meios tecnológicos como o bloqueador, o alcohol lock, hoje em dia suficientemente evoluído para garantir eficácia nomeadamente nestes casos. É evidente que essa aplicação exige acompanhamento e formação. E os casos de dependência têm que ser acompanhados com tratamento especializado, uma vez que se trata de uma doença.

**Em que consiste em concreto o projecto IDSR, Indicadores de risco, desempenho de segurança rodoviária e comportamento?**

JT – Para definir em termos correctos as políticas de segurança rodoviária, nomeadamente as prioridades a aplicar em cada sociedade, para além de ser necessário conhecer em detalhe as características da sinistralidade rodoviária, é também necessário conhecer os comportamentos e pensamento dos condutores. Só com a obtenção de um conjunto de dados que cruze estes indicadores é possível ajustar com malha fina o que se deverá fazer. Recordo que, há 30 anos atrás, tínhamos uma taxa de sinistralidade enormíssima e, com um conjunto de acções que tiveram a sua eficácia, foi possível ir reduzindo essa taxa mas estamos a chegar a uma fase em que, para continuarmos a reduzir, é necessário apertar a malha. Para o efeito, é preciso conhecer em detalhe as características da sinistralidade mas também os comportamentos das pessoas e o que estas pensam. Só assim poderemos definir políticas concretas. Na sequência das observações que realizámos no âmbito do projecto IDSR, deveremos então afinar e proceder às acções destinadas a cada objectivo e indicador em particular. Conseguimos o financiamento a partir de um concurso para um projecto que incluía este conjunto de observações e a nossa intenção, a partir de agora, é proceder à manutenção anual ou bianual deste conhecimento e estudar a evolução quer dos comportamentos quer das opiniões, o que suportará a tomada de decisões. O Estado está sensibilizado para isso porque percebeu que é possível recolher um conjunto de informações muito pertinentes para o auxílio à decisão. Julgamos ainda importante aumentar o detalhe de algumas observações realizadas no âmbito deste estudo.

**É sabido que em alturas de crise os consumos de ansiolíticos e de anti-depressivos aumentam, bem como de outros psicofármacos que podem afectar a capacidade de condução. Em que medida será necessário adoptar algum tipo de acção a este nível?**

JT – Entendo que sim mas defendo a necessidade de termos a noção exacta da dimensão do problema. Neste estudo, constam algumas questões relativamente à consciência sobre a influência das drogas na condução e verificámos que existe uma consciência generalizada de que afecta, semelhante à do álcool. O mesmo se verifica em relação aos medicamentos mas se perguntarmos se têm conduzido apesar de tomarem os medicamentos, os que dizem que nunca o fazem são poucos... Relativamente às drogas, já existem alguns dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Medicina Legal mas os mesmos não têm sido trabalhados com a suficiente profundidade. Seria interessante procurar-se, numa próxima observação que se realize relativamente ao álcool, incluir outras substâncias. Claro que os meios financeiros terão que ser maiores...

# Envelhecimento e Dependências

*Durante os dias 13 e 14 de Novembro, o Grande Auditório do ISCTE/ IUL, em Lisboa, acolheu a 27ª edição do Encontro das Taipas, momento que há muito marca a agenda portuguesa ao nível da investigação, da partilha de conhecimentos e de boas práticas em matéria de dependências. O evento deste ano debruçou-se sobre o envelhecimento dos utentes dos Centro das Taipas (e também um pouco sobre o envelhecimento das próprias equipas). Nas palavras de António Costa, “esta é uma realidade que creio que todos os que trabalham nesta área estão a enfrentar. Trata-se de uma mudança em relação ao que acontecia há duas décadas e que parece ter causas várias, desde a aderência dos utentes, até à entrada em força nos nossos serviços das pessoas dependentes de etanol, passando pelo número elevado de antigos consumidores que ultimamente vemos a recair. Sejam quais forem as razões que têm conduzido a este aumento da idade dos nossos utentes, o certo é que temos em braços uma nova realidade, com características por vezes bem diversas das de outrora”, afiança.*

“É com o intuito de analisarmos esta situação e de procurar uma melhor adequação da nossa intervenção face a esta mudança que organizámos o Encontro deste ano. Para tentar esclarecer estas matérias convidámos um grupo de pessoas que, por vezes de forma distinta, trabalham na área: vieram pessoas que trabalham no envelhecimento numa vertente biológica tanto com consumidores como com não consumidores de substâncias, pessoas que têm reconhecida experiência na abordagem clínica de dependentes e não dependentes na segunda metade da vida, especialistas nas doenças que mais afectam estes grupos, profissionais da reinserção com prática de terreno com situações destas, profissionais da área da saúde mental, professores universitários com trabalhos de campo reconhecidos nestas áreas e até alguns criativos que tiveram a seu cargo debater em palco o papel que o consumo das substâncias possa ter na criatividade, segundo a sua experiência, ao longo da vida”.

Dependências marcou presença no evento e entrevistou Miguel Vasconcelos, Coordenador Técnico da UD/Centro das Taipas e Manuela Grazina, especialista em genética humana, genética bioquímica, neurociências e farmacogenómica, autora de uma apresentação subordinada ao tema consumo de substâncias e envelhecimento.



## Miguel Vasconcelos

**Mais um ano de Encontro das Taipas... Mesmo em contexto de grandes dificuldades, conseguiu juntar tanta gente, tantos profissionais...**

**Miguel Vasconcelos (MV)** – Desde logo, não fui eu... Este é o trabalho de uma equipa enorme e, além disso, só muito recentemente assumi a face, portanto, este é fruto de toda a gestão do Dr. António Costa. O que temos é um espírito forte de equipa e acreditamos e gostamos muito daquilo que fazemos. Creio que é isso que se nota e o entusiasmo vem daí...

**O tema deste encontro é o envelhecimento. Estamos todos um pouco mais velhos, incluindo consumidores... Como tem sido este percurso?**

**MV** – Nos últimos anos, houve algumas mudanças na clínica das dependências. Há 20 ou 30 anos, apontava-se para um modelo de abstinência total, algo que em termos médicos é utópico. Embora seja o nosso guia, existem vários andares pelo caminho e hoje já admitimos outros tipos de atenções, nomeadamente a redução de riscos, a reabilitação, manter o tratamento eficaz e perceber que temos que ajudar as pessoas, com elas a melhorar mas admitir que nem todos atinjam imediatamente um estado em que estão perfeitamente bem. Como sou médico, digo que primeiro temos que tratar mas, se não o conseguirmos, temos que melhorar ou estar com a pessoa na dor. É isso que procuramos fazer de uma forma realista.

**Não soa contraditório estarmos a falar em envelhecimento num momento em que vários estudos apontam consumos cada vez mais precoces?**

**MV** – Repare que as pessoas estão a viver muito mais do que viviam há uns anos atrás e os consumidores com quem lidamos não são excepção. Vão envelhecendo e mantendo as suas características pessoais e os seus hábitos. De facto, a nossa consulta tem muitas pessoas mais velhas. No caso dos opiáceos, substâncias para as quais os serviços estão desenhados, que nem sequer são a droga mais consumida mas era muito problemática a nível social, muitas pessoas ficaram estabilizadas e alguns, os doentes crónicos, estão em programas de metadona. Essas pessoas acompanham-nos, estão connosco, em tratamento, e vão envelhecendo. A nível mundial, a população idosa está a crescer e, com ela, outras doenças que não víamos há 40 ou 50 anos, são agora muito mais frequente devido à faixa etária das pessoas.

**Mas é verdade que começam a recorrer hoje aos serviços jovens com outras patologias e consumos...**

**MV** – A questão é que muitas dessas pessoas que apresentam novas maneiras de consumir nem sequer se vêem como doentes ou com um problema. Encaram-no como um estilo de vida e, a dada altura desse percurso, ficam doentes e acabam por vir ter connosco. Mas vêm muito poucos. Em termos de expressão, é uma minoria a que procura voluntariamente os centros de tratamento. O nosso trabalho tem que passar muito por irmos ter com eles, prevenindo, informando, motivando e aceitando alguns comportamentos mas estando na rua e não esperando que venham ter connosco aos centros de tratamento.

## Manuela Grazina

**Que principais conclusões se poderão tirar da apresentação que acaba de fazer?**

**Manuela Grazina (MG)** – As conclusões principais têm a ver com a atenção que tem que ser dada ao facto de o organismo ser extremamente complexo e de a nossa fisiologia não ser igual ao longo da idade. O que tentei fazer aqui foi mostrar de que forma a idade, nomeadamente do cérebro e a forma como este funciona ao longo da idade pode ser determinante, por um lado, para os padrões de consumo por idades e, por outro, percebendo a interacção das drogas com o cérebro em várias idades diferentes e a forma como essas substâncias actuam a nível cerebral, que é a base para explicar a morte neuronal, a perda da capacidade de decisão e o envelhecimento precoce, relacionado com todas as alterações ao nosso metabolismo e funcionamento cerebral, que são decorrentes do uso dessas substâncias químicas.

**Percebeu-se também, a partir da sua apresentação, que poderão existir factores genéticos que explicam uma maior ou menos propensão para um indivíduo se tornar abusador ou dependente de substâncias psicoactivas...**

**MG** – Exactamente! Temos que considerar uma amplitude de causas, sendo que uma parte tem a ver com a nossa genética, sendo hereditária. Portanto, há um risco que os filhos de dependentes correm que é superior aos filhos de não dependentes. Existe pois um papel importante da genética, que não contribui sozinha. Todos os factores educacionais, de exemplo, até de treino do cérebro para a educação e para a integração da informação são essenciais, bem como todo o contexto social, o ambiente estudantil, o sucesso escolar e profissional vão concorrer para o efeito final, que se espera sempre que seja o melhor no sentido da prevenção.

**Falou-nos ainda em mecanismos de compensação, alguns endógenos, outros através do recurso a substâncias. Poder-se-á dizer que um dos principais motivos pelos quais alguém se poderá tornar dependente de uma substância psicoactiva tem a ver com uma deficiente libertação de dopamina, serotonina e noradrenalina?**

**MG** – O protagonista principal é, de facto, a dopamina mas sem dúvida que os nossos dados científicos disponíveis mostram que quem procura mais é quem liberta menos de base ou quem produz menos e, portanto, precisa mais de um efeito de recompensa que não tem endogenamente.

**Isso representará igualmente um precioso auxílio para a indústria farmacêutica, nem como para a indústria produtora de drogas...**

**MG** – Claramente! Por isso afirmei que quem fabrica estas novas drogas tem que saber muito do cérebro e da química do cérebro. Este conhecimento científico mostra como é que as substâncias actuam e por que têm efeito. Só actuam porque “fingem” que são as coisas que nós já cá temos para nos darem a recompensa, que é a base da nossa sobrevivência.



Organização do I Congresso de Comportamentos Aditivos e Saúde Mental resulta em enorme sucesso:

# Clínica do Outeiro assume desígnios científicos de excelência

*A Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro é uma estrutura de tratamento especializada no apoio psico e socioterapêutico a utentes com quadros clínicos compatíveis com a dependência de substâncias psicoactivas, encontrando-se sediada em Vila do Conde e com estruturas de tratamento em Bagunte (Vila do Conde), Valbom (Gondomar) e Porto.*

*Ao longo dos vinte e três anos de existência, esta organização, que se assume actualmente como um dos pilares de referência no contexto português em matéria de tratamento e de produção científica, contribuiu para a recuperação de pessoas e famílias. Hoje, é comum entre a equipa o sentimento de que chegou a hora de acentuar os contributos para a sociedade científica.*

*Quatro anos volvidos após um rompimento com o passa-*

*do da instituição, traduzidos num forte investimento, a Clínica do Outeiro adopta hoje uma visão estratégica orientada pela qualidade total. A equipa técnica é hoje exclusivamente constituída por técnicos licenciados, enquanto as instalações foram alvo de melhoramentos profundos. A par, os serviços prestados foram alargados através da inauguração da unidade de Valbom, com capacidade para 70 utentes, ao que se seguirá uma unidade de ambulatório no centro da cidade do Porto. “A aposta na equipa técnica e na formação é um imperativo de honestidade”, garante o administrador António Ribeiro.*

*Neste sentido, surgiu a organização do I Congresso de Comportamentos Aditivos e Saúde Mental da Clínica do Outeiro, intitulado “Velhas Rotas Novos Horizontes” que se realizou nos dias 6 e 7 de Novembro de 2014, no Auditório da Associação Comercial e Industrial de Gondomar. Estes dois dias de debate elegeram como objectivo promover a discussão com a comunidade científica adstrita aos seguintes temas: “Percurso Paralelos: O Álcool e o Indivíduo”, “Sociedade, Subcultura e Substâncias”, “Saúde Mental e Comportamentos Aditivos”, “Neurociências e Comportamentos Aditivos” e “Alternativas Terapêuticas nas Condutas Aditivas”. Ao longo dos dois dias de debate, constaram ainda do programa duas conferências subordinadas aos temas “Do Passado ao Presente, Projectando o Futuro das Dependências” e “Novas Substâncias Psicoactivas, Novos Consumos e Novos Contextos”.*

*No final do evento, Dependências entrevistou António Ribeiro, Administrador da Clínica do Outeiro, registando ainda depoimentos de outros elementos da equipa que contribuíram para mais este sucesso.*





### António Ribeiro, administrador da Clínica do Outeiro

#### Que balanço faz da organização deste Congresso sobre Comportamentos Aditivos e Saúde Mental?

**António Ribeiro (AR)** – O balanço é muitíssimo positivo. Desde logo, a adesão por parte da comunidade científica foi muito satisfatória, superando as melhores expectativas que pudésemos criar antes do evento. Depois, a excelência das intervenções e o interesse que as mesmas suscitaram são sempre motivos de orgulho para quem organiza um encontro de cariz científico, visando

“Durante dois dias, a Clínica do Outeiro organizou o I Congresso de Comportamentos Aditivos e Saúde Mental, no Auditório da Associação Comercial e Industrial de Gondomar. Durante esses dois dias as nossas unidades de tratamento continuaram a funcionar com o mesmo rigor e profissionalismo não alterando as rotinas dos nossos residentes. Foi um exercício de ginástica, atrevo-me até a dizer de magia, conseguir que tanto o trabalho nas nossas unidades como o Congresso ficasse assegurado. Mas no fim de contas não foi difícil, pois a equipa que dá corpo à “família” do Outeiro é como diz o nosso Administrador a melhor do mundo! É realmente um prazer ser vossa colega! Quero também partilhar convosco os imensos elogios que fui recebendo de colegas que estiveram presentes no congresso e que parabenizaram não só pelo evento, mas por todo o trabalho que a Clínica tem desenvolvido! Fizeram um trabalho memorável e de grande valor! Parabéns Clínica do Outeiro! Parabéns Equipa!”

*Sofia Guedes  
(Directora da Unidade Quinta de Bianchi)*



prestar um contributo válido para a sociedade. Se a isto somarmos as reacções e as felicitações que recebemos no final... São motivos de uma satisfação enorme e que resultam num sentimento de missão cumprida.

#### Que principais momentos destacaria ao longo do evento?

**AR** – Confesso que, dada a excelência das intervenções e dos palestrantes, não consigo destacar um momento em especial. Se tivesse que destacar um dado ou um indicador, referir-me-ia à adesão do público, quer em número quer em qualidade, como também foi possível atestar pelas diversas interações que foram acontecendo entre a plateia e as mesas. O facto de o auditório se ter revelado insuficiente para acolher tantos profissionais é mais um dado que atesta o sucesso do evento, ao que não será alheio o painel de palestrantes, como referi.

#### Que principais objectivos perseguiu a Clínica do Outeiro através da realização do evento?

**AR** – O nosso objectivo e motivação foi juntar a comunidade científica, que é de grande qualidade e reconhecida internacionalmente para que, em conjunto, a Clínica do Outeiro pudesse prestar um humilde contributo. Simultaneamente, tentámos a partir desta organização construir uma maior proximidade com a realidade das comunidades terapêuticas, aproveitando para divulgar o trabalho que hoje desenvolvemos. Claro que, em relação a este ponto, só posso falar com conhecimento de causa da Clínica do Outeiro...

**O que leva um empresário, como o António Ribeiro, a apostar numa área como a do tratamento das dependências através de um projecto que investe marcadamente na**





**qualidade de recursos mas que, como se sabe, depende do financiamento do Estado e enfrenta inúmeros constrangimentos e condicionantes financeiras num país em crise e que tem vindo a desinvestir no sector da saúde?**

**AR** – Considero que é um caminho sem alternativa. O único caminho é a aposta na qualidade. Só assim poderemos ambicionar o direito a ocupar um espaço numa área que atravessa muitos constrangimentos. Aliás, não somos excepção nem faria sentido que o fôssemos. Como está subjacente à sua pergunta, quando refere “um país em crise”, o normal é vivermos com muitas dificuldades mas também é minha convicção que só apostando na qualidade se justifica o financiamento do estado. Querer ser empresário sem risco é, por definição, impossível...

**Este evento constituiu apenas mais um exemplo do investimento que tem vindo a suportar no âmbito da formação e qualificação da equipa técnica da Clínica do Outeiro. Que motivos sustentam essa aposta na formação e especialização e que reflexos constata, a partir desse investimento, nos resultados terapêuticos obtidos?**

**AR** – Como disse anteriormente, esta é, na minha visão, a única forma de nos permitirmos a sentir com direito a sermos uma oferta válida para os utentes que procuram os nossos serviços. São eles, ao fim e ao cabo, quem e por quem se justifica a existência da Clínica do Outeiro. As mudanças da Clínica do Outeiro são, nos últimos quatro anos, enormes: a equipa técnica é hoje exclusivamente constituída por técnicos licenciados, as instalações foram alvo de melhoramentos profundos, abrimos a unidade de Valbom com capacidade para 70 utentes e inauguraremos ainda em 2014 uma unidade de ambulatório no centro da cidade do Porto. A aposta na equipa técnica e na formação é um imperativo de honestidade. O antigo IDT, actual SICAD, já há muito que exige critérios científicos e o abandono de dogmas dos anos 80/90, dos gurus da terapia... Vivemos o primado da pessoa que sofre, do doente que necessita de apoio especializa-



do e não de mágicos... Nesta, como noutras doenças, infelizmente, há sempre vendilhões do tempo... O caminho que escolhemos é claro e também por isso apresentamos hoje aqui à comunidade científica o nosso “Manual Técnico de Intervenção em Regime de Comunidade Terapêutica”.

**Que principais desafios enfrenta actualmente e num futuro próximo a Clínica do Outeiro? Será possível manter estes índices de qualidade face aos actuais mecanismos de regulação e de financiamento do sector?**

**AR** – O nosso principal desafio é comum à maioria das empresas portuguesas e consiste em conseguirmos atingir níveis de excelência quer na oferta de serviços quer na gestão de recursos. Só com uma gestão muito rigorosa e máxima optimização de meios, assim como a manutenção de uma relação de proximidade e confiança com as entidades que recorrem a nós, mas também com fornecedores e com a banca, poderemos enfrentar as dificuldades de hoje e de amanhã. É nosso objectivo a desalavanca-gem financeira da instituição depois destes anos de fortíssimo investimento.

“Uma semana após I Congresso de Comportamentos Aditivos e Saúde Mental da Clínica do Outeiro, intitulado “Velhas Rotas, Novos Horizontes” é tempo de reflexão e balanço e na minha humilde opinião não poderia ter corrido melhor. Neste sentido, quero deixar aqui expresso o meu agradecimento a todos os participantes, prelectores, moderadores, comissão organizadora e acima de tudo à nobre instituição Clínica do Outeiro pela audácia, profissionalismo e pragmatismo demonstrado. Um forte e grande abraço a todos e o meu muito obrigado”.

*José Manuel Ramos  
(Direcção técnica)*





# VIH/SIDA: do pânico à banalização do risco

A Universidade Católica Portuguesa de Lisboa acolheu, nos dias 1, 2 e 3 de Dezembro, o X Congresso Nacional de VIH/SIDA e o XII Congresso Nacional de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica. Os eventos foram presididos respectivamente por Kamal Mansinho e José Melo Cristino, cabendo a organização do encontro científico conjuntamente à Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA e à Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica. No dia 30 de Novembro houve ainda lugar à realização do curso Pré-Congresso Infecção e Viagens: Riscos e Desafios. Em simultâneo, decorreu, no dia 1 de Dezembro, na Assembleia da República, a conferência VIH e os Afectos, organizada pela Ser+, Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida e pelo GAT, Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Pedro Santos. Dependências marcou presença nos eventos e entrevistou o presidente da comissão do congresso nacional, Kamal Mansinho e do clínico José Vera, tendo ainda recolhido depoimentos do ministro da saúde, Paulo Macedo, de Luís Mendão, presidente do GAT e de António Dinis, director do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA.

## Kamal Mansinho Presidente da comissão organizadora APECS



### Que principais objectivos visou a realização deste encontro?

**Kamal Mansinho (KM)** – Como é comum nos anteriores congressos nacionais de VIH, doenças infecciosas e microbiologia clínica, o que se pretende, primeiro de tudo, é partilhar conhecimentos e saberes de cada uma destas especialidades,

actualizar e os avanços, seja no tratamento, seja no diagnóstico. Alguns dos mais recentes avanços introduzem leituras e exigências muito específicas do ponto de vista do diagnóstico, cujo aporte nos pode ser dado pela microbiologia clínica e pela virologia permitindo uma intervenção clínica mais ajustada à situação de cada doente.

Por outro lado, nalguns temas particularmente relevantes e relacionados com a prevenção, procurámos incorporar nas mesas membros da comunidade, como sucedeu na mesa subordinada à profilaxia pré-exposição. Ter uma leitura multifacetada e abrangente destas questões, seguramente, enriquece nos. Embora conceptualmente bem elaboradas e apelativas, as estratégias de profilaxia pré-exposição colocam desafios e dificuldades importantes na sua aplicação ao nível da comunidade.

### Isso parece ir de encontro ao mote do Dia Mundial da Sida deste ano, a diluição de barreiras entre a prevenção e o tratamento...

**KM** – Exactamente... O feliz acaso de este congresso coincidir com o Dia Mundial da Sida, pensando também no lema que nos convida a reduzir o fosso entre a prevenção e a terapêutica, uma problemática de que há muito temos consciência... A verdade é que ainda prevalece a ideia desta visão dicotómica, de prevenção e tratamento, como duas componentes diferentes e, no limite, o que a ciência nos revela hoje é que na infecção por VIH, tal como numa série de outras doenças transmissíveis, a prevenção e o tratamento são duas faces de uma mesma moeda. Podemos ter uma prevenção perfeita mas, se não formos capazes de tratar correta e atempadamente as pessoas com a infecção VIH tal como acontece com a tuberculose, por exemplo, a efetividade preventiva ao nível comunitário é pouco expressiva. Por sua vez, um bom tratamento sem uma boa estratégia de prevenção não nos permite obter os resultados que desejamos.

Este conceito de tratamento enquanto instrumento robusto de prevenção tem que continuar a ser adoptado, de forma cada vez mais alargada e a sua aplicação no terreno e em contexto comunitário exige um ajustamento a cada uma dessas realidades.

**Se recuarmos sensivelmente duas décadas e meia no tempo, encontramos uma era em que se vivia o pânico face a uma infecção cuja origem se desconhecia e que constituía uma sentença de morte quase imediata... Face aos avanços terapêuticos, a doença passou a ser considerada crónica mas, simultaneamente, a prevenção não terá resultado de forma eficaz e essa cronicidade acabou por sossegar em demasia as pessoas, ao ponto de termos hoje em Portugal índices de incidência**

### **e prevalência demasiadamente elevados, talvez porque algo está a falhar a jusante...**

**KM** – Algo a jusante está a falhar... O que vale a pena recordar é que, a partir do momento em que os progressos no tratamento passaram a contribuir para o aumento da longevidade, melhorámos a qualidade de vida e ganhámos confiança. Mas este progresso também transporta consigo uma modificação da percepção de risco, isto é, também passámos a ser mais complacentes. Teremos que ser capazes de encontrar mensagens de prevenção que se adequem a esta nova realidade. É preciso construir mensagens de prevenção para as pessoas que não estão infectadas, para que não se infectem, porque têm necessidades, receios e representações da doença diferentes daquelas que, estando infectadas, sob tratamento e controladas, também precisam de ser aconselhadas do ponto de vista da prevenção para que os benefícios alcançados não se transformem num pesadelo em termos de risco social de transmissão.

### **Mesmo que a carga vírica seja negativa...**

**KM** – A designação “carga vírica negativa” é um equívoco porque, na realidade, pretende-se referir a um valor que é abaixo de 50 ou de 30 cópias de ARN-VIH-1/ml, consoante o limite de quantificação utilizado. A pessoa continua a ser portadora de uma quantidade residual de partículas víricas, ao contrário do que a palavra “negativa” pode sugerir. No entanto, a carga vírica abaixo do limite de quantificação é uma das variáveis importantes para a redução do risco de transmissão.

Por isso o risco de transmissão não é zero mesmo com a carga vírica negativa porque é preciso que um conjunto de outros requisitos estejam presentes para que esse risco seja o mais baixo possível. Se individualmente conseguimos fazer um aconselhamento direccionado para cada pessoa – estou a pensar, por exemplo, em casais em que o homem está infectado mas tem carga vírica negativa e a mulher pretende engravidar, aí existem estratégias para podermos fazer um aconselhamento muito objectivo. Mas é uma decisão individual... Daí até que possamos generalizar para a comunidade... constituiria um risco e é algo que deve ser gerido de forma muito cuidada e individualizada.

### **Como avalia a evolução farmacológica nesta área ao longo dos últimos anos?**

**KM** – De facto, nunca se evoluiu tanto e tão depressa no tratamento, apesar de não termos ainda chegado à cura. Mas

estamos também a assistir a inovação e a tratamentos para outras doenças igualmente muito promissoras e com potenciais de eficácia e com implicações muito apreciáveis sobre a qualidade de vida. Estou a pensar nos tratamentos biológicos que se fazem para a artrite reumatóide, para alguns tumores... Estamos a viver um bom momento do ponto de vista das potencialidades que a tecnologia e a investigação nos oferece. Estamos a viver um momento menos bom quando nos confrontamos com os preços demasiado elevados de alguns medicamentos, nomeadamente para o tratamento da infeção por vírus da hepatite C, dificultando o acesso a tratamentos com elevada. É necessário conciliar os interesses de sustentabilidade dos sistemas de saúde, os interesses dos doentes e o retorno dos investimentos. A verdade é que esse equilíbrio não está a ser conseguido e o exemplo mais próximo que temos é o que se passa com o tratamento para a infeção VHC.

### **Luís Mendão, presidente do GAT**



“Devagar, estamos dado os passos que poderão necessários... mas devagar demais. O Prof. Kamal Mansinho é o meu médico há 20 anos e, na altura, porque já havia iniquidades entre diferentes centros hospitalares, porque estava informado e tinha amigos, mudei para o serviço onde estava, uma ilha de excelência. Hoje é muito mais difícil que as pessoas tenham capacidade de escolher onde e por quem querem ser tratados. Eu teria morrido com o tratamento que me foi proposto no hospital onde estive, com dois CD-4 há 20 anos atrás! E é porque naquela altura fui tratado por Kamal Mansinho e porque, por pressão da comunidade das pessoas que vivem com VIH, a ministra



da altura, Dra. Maria de Belém, assinou um documento que permitia que tivéssemos acesso aos inibidores da protease, estou cá hoje.

Apesar de também dizer desde já que estive a fazer contas por alto e, só em antiretrovirais, já custei 250 mil euros ao Sistema Nacional de Saúde. E não penso que Portugal possa pagar, nas condições actuais, estes preços. Para além da parte científica, que é tão importante, infelizmente, todos temos que pensar na possibilidade de mantermos aquela que é uma das grandes conquistas da civilização ocidental, os sistemas nacionais de saúde universais.

Da nossa parte, fica a plena disponibilidade para trabalhar afinadamente para encontrarmos soluções. Mas, para encontrarmos soluções, precisamos de ter acesso à informação e de sermos envolvidos, de darmos a nossa opinião, de a mesma ficar registada e ser tornada pública. Sem a informação que precisamos de ter não será possível termos boas políticas nem boas respostas.

Os meios postos à disposição do Dr. António Diniz são insuficientes para responder àquilo que precisamos neste momento. Estamos no final do ano e ainda não abriu o concurso para os projectos em 2015! Não é possível planear actividades de forma sustentada nestas circunstâncias. Reconheço que temos tido uma porta aberta de chegada das nossas propostas ao ministério da saúde e aos responsáveis políticos mas a liderança política necessária para responder a uma doença, que tem um custo nos vários domínios sem paralelo em nenhum país da UE, precisa de liderança política para além das tormentas que todos passamos em termos financeiros, de carreiras, etc.

Os médicos, em Portugal, foram muitas vezes heróicos neste e noutros trabalhos. No entanto, o VIH/Sida e as doenças infecciosas não são apenas uma resposta clínica. Reduzir as respostas à infecção às respostas clínicas equivale a pagarmos o triplo ou o quádruplo do que devíamos pagar, quer em termos humanos, quer financeiros, quer de sociedade. Para além de termos sido massacrados, acusados e, às vezes, vilipendiados, é preciso que tenham a capacidade de sair de algum mais que natural corporativismo para perceberem que precisam de trabalhar com todos os outros actores no terreno.

Vi com grande expectativa positiva a chegada do ministro da saúde, forma do SNS, com uma visão e um rigor intelectual e financeiro que me pareciam indispensáveis... no entanto, depois de dois anos e meio, devo dizer que me parece que ficámos aquém do que esperávamos. É verdade que esperamos sempre muito mas, fazendo um paralelo com o tratamento que o Dr. Kamal Mansinho me prescreveu há 20 anos atrás, com Norvir, ddl e d4T, e que me salvou a vida, neste momento, eu, doente co-infectado com Hepatite C, não posso ser tratado com o equivalente ao Norvir, DDI e D4T daqueles tempos... Mas também tenho que exigir que os medicamentos que servem para mim e para os outros sejam a um preço comportável no SNS! E rapidamente! Aguardamos pacientemente a introdução de novos medicamentos e aqueles que foram históricos mas que são claramente ultrapassados devem ser considerados lixo terapêutico. As cinco empresas envolvidas na comercialização dos novos medicamentos têm que fazer um esforço adicional nos preços que propõem ao ministério da saúde para permitir que não sejamos sujeitos a medicamentos tóxicos, pouco eficazes, com efeitos adversos graves, que incluem mortalidade não

aceitável em 2014. Também não aceitaremos que a sustentabilidade do SNS seja posta em causa. Somos das únicas organizações de doentes que têm colocado sistematicamente o assunto da sustentabilidade do SNS desde há vários anos. Começámos a alertar para este facto em 2007... Nunca quis referir os preços pagos noutras patologias. Desde sempre considerei que não seria ético fazer essa comparação. No entanto, tendo passado alguns dias a verificar alguns preços que consigo encontrar, e que não correspondem na maior parte das vezes à verdade, temo que se estejam a gastar recursos a mais e diferentes do que se deveria com medicamentos noutras áreas. Não podemos prescindir da sustentabilidade do SNS mas também não podemos fazê-lo relativamente à qualidade. Temos que trabalhar para além dos nossos interesses imediatos e das nossas sensibilidades pessoais tantas vezes traumatizadas. E temos também que trabalhar coma indústria farmacêutica. Na actual civilização, a Europa tem que pensar neste sistema em conjunto. Temos que pensar como proceder à avaliação de tecnologias em saúde e é absolutamente vital que a indústria farmacêutica assuma a capacidade de liderar a resposta e de perceber que, se não encontrarem soluções sustentáveis, serão eles próprios que irão pelo ralo... Todos perderemos com isso.

Continuo optimista, apesar de constatar o seguinte: está feito um sistema de referência... espero que seja bom... porque não conheço; está feito um texto para o acesso compassivo aos medicamentos gratuitos... espero que seja bom... porque não conheço; foi tomada uma decisão estratégica sobre o uso dos testes em Portugal... espero que seja boa... porque também não a conheço nem fui consultado... Como isto, muitas outras coisas. Eu e o GAT demitimo-nos para todos os lugares para que fomos convidados a nível institucional, incluindo a Comissão Científica, enquanto não considerar que o trabalho que fazemos é suficientemente respeitado e que temos condições para o fazermos”.

**Paulo Macedo, ministro da saúde, alerta para a**

***Os médicos, em Portugal, foram muitas vezes heróicos neste e noutros trabalhos. No entanto, o VIH/Sida e as doenças infecciosas não são apenas uma resposta clínica. Reduzir as respostas à infecção às respostas clínicas equivale a pagarmos o triplo ou o quádruplo do que devíamos pagar, quer em termos humanos, quer financeiros, quer de sociedade.***



### menor percepção do risco e adianta:

**“Médicos vão passar a recomendar testes de VIH a todos os pacientes”**



O Ministro da Saúde afirmou que vai ser emitida uma norma de orientação clínica para que os médicos recomendem testes ao Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) nas análises de rotina a todos os pacientes com idades entre os 18 e 64 anos, para que haja um diagnóstico precoce e diminua o tempo entre a infecção e o diagnóstico. Paulo Macedo discursava na sessão de abertura do Congresso Nacional VIH, Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica.

“O que há de novo é uma orientação no sentido de o teste ser proposto não apenas em situação de risco”, referiu o Ministro, acrescentando que “o paciente pode recusar”, para não quebrar a relação de confiança entre o médico e o paciente, que considera fundamental.

A razão desta medida é que “o número de novos casos de VIH/SIDA em Portugal continua acima da média da União Europeia”, um problema que “vai demorar décadas a resolver”. “O sistema foi capaz de reduzir novos casos, mas ainda não tanto quanto deveria ser capaz”, disse Paulo Macedo, acrescentando que “o número de novos casos é significativo, apesar de a doença ter sido objecto de um investimento muito significativo nos últimos 20 anos”.

Se é certo que “houve uma evolução melhor nos últimos anos do que seria expectável, mas tendo em conta o cenário adverso vivido, seria de supor uma diminuição não tão significativa”, referiu o Ministro.

Assim, é necessário “melhorar comportamentos em relação às práticas de risco”, designadamente promovendo o diagnóstico precoce para diminuir as probabilidades de contágio e melhorar a informação.

A falta de informação está patente nos novos casos: os dados mais recentes indicam que a maioria dos novos casos de VIH se deu no grupo de heterossexuais e uma grande percentagem em jovens de 17/18 anos. “Precisamos de nos dirigir a estes novos grupos”, sublinhou.

O Ministro salientou também o facto de as pessoas olharem agora para a Sida como uma doença crónica – “há 20 anos era uma doença mortal; hoje é tratável, de forma a torná-la uma doença crónica” -, o que cria uma menor consideração de risco face à doença e às formas de transmissão.

### António Diniz, director do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA



“Celebra-se, hoje, o Dia Mundial da SIDA. A Organização Mundial de Saúde assinala-o sob o lema “eliminar as lacunas na prevenção e tratamento do VIH”. A UNUSIDA convoca-nos a assumir a sua visão: “eliminar a SIDA em 2030” e conseguir que, até 2020, 90% das pessoas infectadas sejam diagnosticadas, 90% das pessoas com o diagnóstico de infecção por VIH estejam em tratamento e 90% das pessoas em tratamento estejam controladas, com carga viral suprimida. São as metas 90-90-90 para 2020.

Entre nós, terminamos neste ano uma etapa fundamental para o melhor conhecimento da epidemia e para a definição do enquadramento do seguimento hospitalar da infecção por VIH.



Não é, no entanto, de 2014 que hoje devemos falar. Hoje devemos falar de 2015 e do futuro.

Do que é preciso ser feito para podermos partilhar a visão da ONUSIDA, o lema da OMS e as metas para 2020. Em primeiro lugar, superar as nossas lacunas, sobretudo na prevenção e no diagnóstico precoce mas também no acesso equitativo ao tratamento. Em muitos casos é preciso, antes de mais, que tudo o que já está estabelecido encontre os mecanismos efectivos para a sua aplicação, aos diferentes níveis do sistema de saúde, condição essencial para o sucesso. Mas, será isto suficiente? Creio que para sermos bem sucedidos nos objectivos definidos pela OMS e pela ONUSIDA e onde se integram os objectivos programáticos nacionais, será indispensável darmos um salto qualitativo na abordagem da infecção por VIH em Portugal. Para tal será necessário colocar na nossa agenda, de forma consistente e organizada, a discussão em torno de temas como o papel dos Cuidados de Saúde Primários, as estratégias de diagnóstico precoce, a estratégia test and treat ou a profilaxia pré-exposição. Este é a proposta que assumimos e o desafio que colocamos para 2015 a todos os que estão envolvidos e comprometidos nesta luta. Colocando as populações chave no centro da nossa atenção mas não descurando ninguém.

Porque, seguramente, também todos subscrevemos que, neste caminho, ninguém pode ficar para trás, nem sofrer qualquer discriminação”.

#### **José Vera, Especialista em medicina interna**



**Há já alguns anos, defendia a necessidade de se proceder ao diagnóstico precoce junto da população portuguesa... Volvidos alguns anos, em que panorama nos encontramos a esse nível?**

**José Vera (JV)** – Exatamente na mesma! Continuamos a ter necessidade de eleger como prioridade o diagnóstico e, secundariamente o de diagnosticar precocemente. Temos a noção de que existe um número significativo de pessoas que desconhecem estar infectadas. Calcula-se que haverá mais 20 a 30% de casos desconhecidos a acrescentar ao número actual de casos já diagnosticados. Destes, muitos estarão num fase em que deveriam já ter começado o tratamento, pelo que serão diagnosticados numa fase tardia, com maior proba-

bilidade de complicações e com pior prognóstico de evolução. É uma luta, com dois objectivos importantes, que necessitamos de travar.

**Poderá a medida anunciada pelo ministério da saúde, traduzida na possibilidade de os médicos poderem passar a recomendar testes de VIH a todos os pacientes traduzir um ganho a esse nível?**

**JV** – A questão de se recomendar que seja sugerido fazer um teste de diagnóstico para a infecção VIH, pelo menos uma vez na vida, a todas as pessoas entre os 18 e os 65 anos de idade, sem carácter de obrigatoriedade, é uma medida importante. Recordo que relativamente à gravidez, esta medida já faz parte da rotina de seguimento (e não é feito apenas um teste, mas dois) sendo, sem dúvida, um dos factores de sucesso para o actual baixo número de transmissões materno-fetais. Diria que, face ao ainda grande número de novos casos de infecção VIH, executar uma vez um teste de diagnóstico para o VIH, se aproxima de um dever de cidadania.

**Em que medida será legítimo esperarmos pelo surgimento a curto prazo de uma vacina para o VIH?**

**JV** – Obter uma vacina vai ser difícil... dada a elevada capacidade de mutação do VIH. A percentagem de eficácia obtida nos vários ensaios experimentais tem sido baixa. Poderá haver algo semelhante a uma vacina, que permita modificar e melhorar a resposta do organismo à infecção, obtendo uma progressão mais lenta da doença. Mas a esperança mantém-se.

**Participou hoje, na Assembleia da República, numa iniciativa subordinada ao tema VIH SIDA e aos afectos. Não será utópico falar-se em afectos perante portadores de uma infecção que continuam a ser estigmatizados e discriminados socialmente?**

**JV** – É exatamente por haver estigma e discriminação que se deve falar de afetos. Esta iniciativa é um olhar feminino sobre a questão, nascida da iniciativa de um grupo de mulheres com o apoio da SER+, e que teve como ponto de partida um inquérito realizado à volta das dificuldades e barreiras sentidas por quem está infectado. Como visão feminina, está inevitavelmente carregada e enriquecida pela questão dos afetos. Não falar sobre afetos, ou minorar a sua importância pode ser habitual, mas no fundo todos nós sentimos a sua falta nos momentos difíceis da vida.

**São insistentes as referências aos obstáculos com que se depara o doente com VIH/Sida... Em que medida constitui ainda hoje a medicação uma barreira à adesão do doente ao tratamento?**

**JV** – Estamos ainda hoje a falar de uma medicação para o resto da vida... uma medicação que há uns anos era muito difícil de tomar, mas que hoje, está muito simplificada, não só no que diz respeito ao número de comprimidos e número de tomas, mas sobretudo à redução dos efeitos secundários. Temos hoje uma medicação mais eficaz e mais amiga de quem a toma, mas de qualquer maneira uma medicação prolongada e exigente em termos de adesão.

**Que objectivos deveriam, no seu entendimento, eleger as estratégias nacionais neste domínio?**

**JV** – Os objectivos prioritários estão definidos não só a nível nacional, mas também a nível internacional. Em primeiro lugar reduzir o número de pessoas que desconhecem estar infectadas e, não só fazer o diagnóstico mas também, fazê-lo precocemente. Este objectivo diminuiria o número de novos casos de infecção e a mortalidade associada à doença. Depois reduzir o impacto que a doença tem na vida das pessoas, nomeadamente na questão da discriminação e exclusão social. Passamos de uma doença que inevitavelmente conduzia à morte para uma doença de carácter crónico. Este facto, associado ao conhecimento dos mecanismos de transmissão da infecção deveria modificar a maneira como encaramos a epidemia e as pessoas infectadas. O desemprego associado à infecção pelo VIH é ainda uma realidade. O estigma continua a existir, nomeadamente a associação entre VIH e prostituição, homossexualidade e toxicod dependência, sabendo-se que mais de 60% das novas infecções têm origem nas relações heterossexuais. A questão passa pelos comportamentos de risco; passa pelas relações sexuais sem preservativo e não pela prostituição ou homossexualidade; passa pela utilização de material infectado, e não pela toxicod dependência. Apostar na educação, e na educação das próximas gerações, é um trabalho urgente de fazer.

**O que justifica, na sua visão, o sucesso evidenciado na população toxicod dependente?**

**JV** – Por um lado tínhamos (e eu quero acreditar que ainda temos) uma estrutura organizada para enfrentar o problema da toxicod dependência. Igualmente importante foi a visão pioneira de abordagem da questão, não só definindo uma política baseada na redução de riscos e minimização dos danos (em que o Programa Troca de Seringas é um exemplo), mas também no enquadramento legal, adoptando uma actuação baseada na despenalização dos consumos. Ambas permitiram a aproximação e a adesão ao tratamento e possibilitaram o diagnóstico e controlo regular dos utentes.

**Baixas expectativas ou estabilização?**

**JV** – O número de novos casos tem diminuído progressivamente, embora não com o ritmo que todos nós desejávamos. Existem ainda zonas de preocupação. Temos uma população crescente que se infecta em idade muito jovem, associada à transmissão homossexual. É necessário compreender este fenómeno e actuar nesta vertente. A transmissão por via heterossexual tem uma abordagem igualmente complexa, sendo um desafio que necessita de respostas inovadoras. A prevenção não é uma jogada a curto prazo, mas tem de ser começada agora.

**Ana Campos Reis, Diretora da Intervenção com Públicos Vulneráveis SCML**



**Hoje comemora-se uma vez mais o ano mundial da luta contra a Sida. Falar do problema uma vez por ano dá que pensar, não acha?**

**Ana C. Reis** – Naturalmente que não é assim que se trata esta problemática. O facto de se falar só uma vez por ano é simbólico. Trata-se de uma chamada de atenção para os que ainda não pensaram seriamente sobre o assunto. Mal será se se for enumerando algumas meias verdades, que provocam inevitavelmente um grande atraso na prevenção desta problemática. Apesar de para alguns ser considerada uma doença crónica, naturalmente que tem de se explicar os malefícios e o sofrimento deste diagnóstico e que só um grupo reduzido é que consegue alcançar um estágio de doença crónica com qualidade de vida e bem-estar. No serviço onde trabalho, na SCML, continuo a receber o mesmo número de pessoas, sem abrigo, num estado avançado da doença que já perderam a família, a casa e o emprego e por isso continuo a ser uma voz discordante desta forma de intervenção, que parece ignorar todas as realidades do tecido social do nosso País.

**É a prevenção de que se fala mas não se pratica.**

**ACR** – É verdade, é mesmo isso, não se está a fazer a prevenção necessária, salvo nalguns casos excepcionais, sobretudo na toxicod dependência em que se investiu bastante na troca de seringas. No entanto, na informação dirigida à população com riscos de comportamentos, ainda temos que investir mais e ir validando o impacto dessa informação.

**Este é um congresso que fala na partilha de saberes e conhecimentos. Acredita nisso?**

**ACR** – Para alguns será sempre a partilha de saberes e de conhecimentos mas para outros não! Será até, na minha modesta opinião, fechado em grupos distintos, existindo pouca ou rara partilha com equipas alargadas. No último momento, a família, o amigo, o voluntário ou o auxiliar é o único garante para o medicamento ser tomado ou não.

**Hoje houve uma outra iniciativa que falava da Sida e dos afectos. Como se pode falar de afectos de uma doença discriminatória?**

**ACR** – Eu diria: porquê só agora falar de afectos! Essa falha enorme levou de certeza a instalar a discriminação e o estigma. Os afectos fazem parte da vida do ser humano no seu todo seja qual for a sua situação ou diagnóstico. Na diabetes, na doença mental, no cancro, na sida, entre outras, está muito relacionado com os nossos afectos, com os nossos laços e os nossos nós e a maneira como conseguimos desenlear esses nós e reforçar esses laços. Mais vale tarde do que nunca, vamos ter esperança que é de pessoas que falamos e não só de patologias.



# Uma patologia “esque...sida”

*“É ocasional que na escola, na família, no local de trabalho e até na televisão à hora de jantar...se informe sobre a Sida, mas essa informação não só tem sido insuficiente, como também não é adaptada correctamente aos grupos alvo. A informação tem também, que ser mais frequente e incisiva e adaptada ao género e aos diferentes grupos etários.*

*Por outro lado é preciso entender de uma vez por todas, que quem pode fazer mudar comportamentos não é a informação, mas sim a Educação. Na realidade muitas pessoas já estão informadas sobre os comportamentos sexuais de risco, mas não os mudam porque não estão edu-*

*cadas para o fazer. A educação é um processo longo que deve começar na idade infantil e prolongar-se até à idade adulta, sendo os locais adequados, a Família e a Escola e os principais responsáveis os Pais e os Professores. Há que fomentar para uma adequada Educação para a Saúde e para a Sexualidade uma relação e colaboração estreitas entre a Família, a Escola, o Médico e os Serviços Sociais.*

*Os testes devem ser encarados como um compromisso ético e social, não só para benefício do próprio mas também para não prejudicar o outro. “*

*As expressões são utilizadas por Machado Caetano em entrevista a Dependências, quando se fala numa patologia de extremos. Nos anos 80, e durante três décadas e meia, foi-se do pânico e discriminação à banalização e descuido. Foi-se da sentença de morte prematura à cronicidade... Pelo meio, ficámos igualmente a saber que, para além de viral, infecciosa e transmissível, a patologia era prevenível mas igualmente tratável. E que não eram apenas os tradicionais bodes expiatórios, os considerados grupos de risco que iam dos homossexuais aos toxicodependentes, que constituíam o leque de populações especialmente vulneráveis e expostas. Desde então, e porque de comportamentos falamos, percebeu-se que os heterossexuais – e de que grande “gaveta” estamos a falar – constituem o actualmente o grupo com maior prevalência da infecção. ...E que Portugal, apesar de ter realizado um notável trabalho de proximidade naquelas que eram consideradas as populações de maior risco, nomeadamente os toxicodependentes e os trabalhadores do sexo, nunca conseguiu alcançar resultados aceitáveis, comparativamente aos os países do Centro e Norte da Europa...*

*Dependências tenta perceber porquê... junto de quem, desde a década de 80, acompanha a evolução da epidemia da Sida...*

Licenciado em Medicina, professor catedrático jubilado da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e professor no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Machado Caetano criou o primeiro departamento universitário de Imunologia na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, bem como o primeiro Centro de Histo compatibilidade. Foi fundador e presidente da Sociedade Portuguesa de Imunologia e Coordenador do Lusotransplante. Membro desde 1985 do Grupo de Trabalho da SIDA, foi depois Coordenador Nacional de Luta Contra a SIDA em 1992. Foi, durante vários anos, membro do Aids Research Party no Conselho da Europa, tendo publicado um livro de educação na área da SIDA. Foi fundador e presidiu a Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a SIDA, tendo desenvolvido extensa actividade na área da Educação para a Saúde e para a Sexualidade. Foi ainda eleito sócio ho-



norário da Liga Portuguesa contra a Sida e do GAT-Grupo de Activistas Portugueses para Tratamento da SIDA. Recebeu 2 condecorações da Cruz Vermelha Portuguesa pela sua actividade em prol da Transplantação e em 1993 foi agraciado pelo Senhor Presidente da República com o Grau de Grande Oficial da Ordem de Santiago e Espada pela sua actividade em prol das Ciências Médicas. Em 2012 recebeu a “Condecoração Medalha de Ouro” do Ministério da Saúde, atribuída pelos Serviços Distintos prestados ao País e à Medicina em Portugal.

#### **Que diagnóstico faz da situação portuguesa em matéria de VIH/Sida?**

**Machado Caetano (MC)** – Ainda que esteja afastado dos cuidados directos da Sida no que respeita à terapêutica, uma vez que não estou ligado à actividade hospitalar e apesar de ter deixado de colaborar nas actividades das ONG, continuo activo no estudo, diagnóstico, aconselhamento e prevenção da Sida. Continuo a consultar muitas pessoas infectadas ou em risco e a participar em palestras nacionais e internacionais. Em cada ano que passa, vou arrumando melhor as minhas impressões e conclusões sobre a evolução da Sida, em particular no mundo mais pobre e afectado e também, em Portugal. Existem no nosso País, a nível oficial, orientações bastante claras, precisas, e úteis emanadas pelos responsáveis da Direcção Geral da Saúde. Por outro lado, a nível dos hospitais, existem especialistas e grupos de trabalho muito bem preparados para o diagnóstico e para a terapêutica da infecção VIH. Ao nível da transmissão materno infantil, as maternidades e serviços dedicados a essa matéria têm informação e estão preparados para uma actividade de bom nível. No entanto, continuamos a ter em Portugal índices de infecção muito elevados. Espero ver, em breve os novos dados epidemiológicos, uma vez que, pela informação que recolhi do Instituto Ricardo Jorge, os últimos dados estatísticos datam do final de 2013. Tem-se tornado evidente em Portugal, em cada ano que passa, uma menor incidência e prevalência da Sida nos indivíduos homossexuais, sendo mais frequente nos heterossexuais e depois no grupo dos toxicodependentes. Quanto à terapêutica, a minha informação é que os hospitais portugueses estão bem equipados com todas as condições para o diagnóstico e tratamento da infecção pelo VIH. Existem protocolos internacionais que estão a ser seguidos, iniciando-se a terapêutica muito mais cedo, isto é, quando os linfócitos CD4 começam a descer abaixo de 500/ml. Desta forma diminui-se mais precocemente a carga viral e, conseqüentemente a morbidade, a mortalidade e a capacidade de transmissão do VIH. São aspectos francamente positivos.

O que mais me alarma e continua a preocupar são as carências na Educação para a Saúde, a todos os níveis, única via de diminuir os comportamentos de risco e conseqüentemente a transmissão do VIH. A prevenção devia ser feita a partir da mais tenra idade, isto é do ensino pré primário. Existe já alguma actividade neste sentido em algumas escolas e até algumas ONG têm aí uma actividade digna de registo. Porém, olhando o país na sua globalidade, considero que existe uma enorme carência nesta área. Só isso pode explicar que Portugal continue, dentro de uma Europa evoluída, a ter novos casos de infecção pelo VIH em número inaceitável.

#### **Estará a sociedade esquecida ou, de certa forma adormecida, quanto à gravidade e complexidade desta patologia?**

## ***Dos cerca de 34 milhões de infectados no Mundo, metade desconhece ser portador e transmissor do VIH, tal como em Portugal.***

**MC** – A questão que coloca é pertinente. Hoje temos medicamentos e terapêuticas muito activas, que permitem a curto prazo, mesmo em infecções muito avançadas, a recuperação das populações linfocitárias, a diminuição da carga viral (praticamente indetectável) e a recuperação do estado de Saúde. É como se as pessoas não estivessem infectadas, mas estão! As pessoas julgam-se curadas e não infectantes mas, na realidade mantêm-se infectadas e são potencialmente infectantes se tiverem comportamentos de risco. Não há nenhuma prova, tirando alguns casos publicados e discutíveis, de que a terapêutica tenha eliminado definitivamente o vírus no organismo humano e de que a pessoa não seja potencialmente infectante. Hoje em dia, sabemos que uma pessoa tratada a tempo e correctamente tem uma sobrevivência, que se aproxima muito da sobrevivência do indivíduo da mesma idade e género não infectado. No entanto, a ideia de que já não vale a pena estar preocupado e que pode fazer uma vida sexual não protegida é, do ponto de vista da medicina preventiva, um erro. A ideia de que, com uma virémia baixa e sob tratamento as pessoas já não são infectantes e podem ter uma vida sexual desprotegida, lançada até por grupos europeus, é errada e com ela não podemos de todo concordar.

#### **Fala-se actualmente em 34 milhões de infectados no mundo, entre os quais só metade conhecerá o seu estado de seropositividade... No mínimo, poderemos falarmos em subdiagnóstico...**

**MC** – O teste para o VIH continua a ser um privilégio para apenas algumas populações. Na verdade, grande parte das populações dos países menos desenvolvidos economicamente, não tem possibilidade de o realizar em escala adequada. Por outro lado, em países desenvolvidos, por ignorância ou desleixo, muitas pessoas continuam sem fazer o teste ainda que tenham comportamentos de risco. Muitos estão infectados e continuam a viver assintomáticos, transmitindo a Sida, sem terem a noção da gravidade do seu comportamento. Uma das causas a salientar na falha de diagnósticos é continuar-se com a ideia dos grupos de risco. Basta pensar que hoje em dia, o maior grupo de infectados é o dos heterossexuais e que é crescente o número de mulheres, jovens e idosos infectados.

#### **Se, por um lado, na Europa, as principais preocupações se prendem com a informação, prevenção e tratamento, em continentes como África e Ásia o fenómeno parece não ter resolução nem fim à vista...**

**MC** – Tem toda a razão... é uma patologia geográfica bem clara. Os mapas desenhados em função da prevalência da infecção VIH são assustadores, pois a maior prevalência é nos países mais po-

**Em 2013 registaram-se no nosso país, 1093 casos e 226 óbitos. A maioria eram homens e a maior percentagem de transmissão foi por via heterossexual.**

bres, com menor PIB. . No mapa-mundo vemos que as zonas mais pobres- África subsaariana, a América Latina, o Sudeste asiático e os países mediterrânicos do sul da Europa são as que têm o mais elevado número de infectados. Esta correlação entre o VIH/Sida e a pobreza tem que ver com a ignorância e a falta de apoio na educação para a saúde. Nos países mais pobres, as famílias estão menos prevenidas, usa-se menos o preservativo e todos esses factores juntos contribuem para a comportamentos de risco muito mais elevados. Na Europa, também se verifica que os países do Centro e Norte têm índices de infecção muito menores do que os do Sul, facto que mais uma vez cor relacionável com nível socioeconómico.

**Enquanto especialista que dedicou grande parte da sua carreira profissional a esta área, não o choca verificar tantas discrepâncias ao nível da mediatização de surtos como certas gripes ou o Ébola, que matarão um milésimo do que sucede com o VIH/Sida?**

**MC** – O vírus Ébola tem um período de incubação muito curto, mata depressa e os surtos passam depressa. Isso significa que, quando surge um surto e isso acontece sobretudo em África, criam-se barreiras à volta da zona atingida e passadas três ou quatro semanas, se ninguém sair nem entrar na zona afectada, o surto é eliminado. O alarme maior é provocado por não haver tratamento seguro e pela muito elevada mortalidade. A elevada mediatização tem que ver estes aspectos. Em relação ao VIH, entre a infecção e o aparecimento dos sintomas o período pode chegar a 10 anos. É uma infecção silenciosa que conduz uma doença futura, mas não presente quando a pessoa se infecta.

**Que prevenção?**

**MC** – Já tive oportunidade de afirmar quando fui Comissário Nacional da Luta Contra a Sida que as campanhas de panfleto na mão e de bandeiras ou balões no ar podem constituir avisos à navegação ou formas de chamar a atenção...mas não informam o suficiente nem educam. Quantas vezes vemos nos meios comunicação por ano, lembrar que a Sida existe? Está esquecida! Isto é muito mau! Saúdem-se os alertas mas não são esses que vão modificar a evolução da epidemia. Precisamos de um trabalho de base, de fundo, na escola, na família, na comunidade em geral, usando regularmente os meios de comunicação social, para que as pessoas não se esqueçam que a Sida existe. A Sida continua, silenciosa e escondida o seu caminho negro. O VIH continua escondido num número enorme de pessoas de aparência saudável, minando o seu futuro e o futuro de muitos outros inocentes...

**De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Sida, o país elegia como objectivo não só travar a incidência mas igualmente reduzi-la. Ao ler o documento que produziu, constatamos que surgiram mais 1093 casos e 206 óbitos... O que está a falhar?**

**MC** – São sobretudo casos que chegam muito tarde ao tratamento. Em Portugal, precisamos de alargar seriamente o número de pessoas que fazem o teste VIH. Pela informação e educação o teste deveria ser reconhecido como uma obrigatoriedade do indivíduo perante ele próprio, a família e a sociedade em que está inserido. Diagnosticada a infecção a tempo, não só as pessoas têm uma sobrevivência maior como, pelo seu comportamento, se pode evitar a disseminação do VIH. A nossa população não tem assimilada a vantagem do diagnóstico precoce. O teste VIH/Sida tem que ser considerado uma rotina pois, caso contrário continuaremos vergonhosamente na cauda da Europa.

**Quem deve efectivamente aderir à realização desse teste?**

**MC** – O teste deve ser generalizado como uma análise de rotina regular, independente da idade e sexo e dos comportamentos das pessoas. No nosso país, não existe uma educação para a saúde que acompanhe os jovens desde o ensino básico até ao fim dos cursos superiores nem nas escolas, nem nas famílias. Não temos, a nível nacional, a cultura e educação nesta área que permita que os jovens, quando chegam à adolescência e iniciam





***A Sida não é curável mas é tratável, permitindo, se diagnosticada precocemente, uma vida longa, como se não estivesse infectado.***

as primeiras práticas sexuais, estejam prevenidos relativamente à gravidez não programada ou às infecções sexualmente transmissíveis, designadamente a Sida.

**Quer dizer que a nossa prevenção não funciona?**

**MC** – Como já afirmei, para os jovens é profundamente deficitária a educação para a saúde e para a sexualidade e para os adultos a informação e debate são insuficientes. Há para a educação para a saúde uma pequeníssima ocupação de carga horária das crianças nas escolas. A prevenção só será eficaz se começar cedo na família e na escola, acompanhando os jovens até à idade adulta. A maior parte das famílias não está capacitada para fazer a educação sexual dos seus filhos. Por tudo isto temos uma elevada prevalência de gravidez não programada das adolescentes bem como elevado número de infecções sexualmente transmissíveis.



**Faz sentido que quando um médico de família prescreve um check-up a um utente não inclua um teste ao VIH/Sida?**

**MC** – O ministério da Saúde recentemente liberalizou a realização destes testes facto que nos apraz salientar. Esperemos que os centros de saúde respondam com eficácia a este progresso. Além do teste da Sida há que generalizar outros testes relacionados com as doenças sexualmente transmissíveis -sífilis, herpes, papiloma, hepatite B, etc.

Fazer o teste para o VIH, com resultado confidencial, deveria ser aceite socialmente, explicada às pessoas que elas deviam aderir voluntariamente, na medida em que constitui uma protecção para os próprios e para os outros. Estamos a falar dum aspecto fundamental no desenvolvimento da Medicina Preventiva.

**Em que medida será legítimo concluir que todos nós somos vulneráveis ao fenómeno?**

**MC** – Todos nós somos vulneráveis a ter comportamentos de risco e como tal a sofrer as suas consequências. E tanto mais quanto menos elucidados estamos quanto a esse risco. Não me importo de repetir que sou a favor da educação para a sexualidade desde a primeira infância e do seu acompanhamento ao longo do crescimento, quer pela escola, quer pela família, quer pelo médico de família. Estes são três pilares que deveriam ter condições – que não têm – para implementar uma actividade de educação para a saúde, não só ao nível das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez não programada mas também da higiene pessoal e outras vertentes. A população portuguesa continua carente de programas sérios e contínuos de educação, não só para a saúde, mas também em outras áreas que lhe permitam o exercício de uma cidadania responsável.

**Estigma e discriminação: o que mudou desde os anos 80?**

**MC** – O grande drama do início dos anos 80, com a descoberta da Sida, cuja causa se desconhecia, até se descobrir que era uma doença infecciosa viral e transmitida fundamentalmente pelo sangue, pelas relações sexuais e na maternidade, era um pânico completo. As pessoas apareciam com infecções múltiplas, com pouco tempo de vida, com poucas defesas, a morrer de cancro, de infecções... O que se passava? Associação à homossexualidade... Então eram as práticas homossexuais... Mas porquê? Depois, descobriu-se que a causa era uma infecção a vírus!... Uma vez descobertos os vírus, como não havia vacinas, teoricamente, a única maneira de enfrentar a epidemia seria pela mudança de comportamentos. Caímos na difícil parte da educação... Ulteriormente, foi o entusiasmo da terapêutica, com os anti-retrovirais... Quando se descobriu que era um vírus, que havia tratamento e que, tratada a tempo, as pessoas ficavam relativamente bem, entrou-se numa euforia exagerada tendo-se descurado bastante a prevenção. Os comportamentos protectores foram menosprezados e aumentou a aceitação pública da infecção.. Os grandes movimentos sociais em favor da não discriminação foram positivos. Não era justo discriminar uma pessoa por ter uma infecção a vírus. Porém algumas pessoas infectadas sentindo-se não discriminadas não mudaram adequadamente os seus comportamentos, continuando a espalhar a infecção VIH numa sociedade pouco precavida.

Prémio de escrita científica 2014 do EMCDDA:

## Cerimónia anual para distinguir a excelência da escrita científica sobre drogas ilícitas

Os quatro vencedores do prémio de escrita científica 2014 do EMCDDA foram distinguidos em Lisboa, no dia 25 de Novembro, na quarta cerimónia anual organizada pela agência da UE. Os laureados receberam um prémio não monetário pelos seus contributos, numa cerimónia que se realizou à margem da terceira «semana Reitox», que reuniu representantes de cerca de 40 observatórios nacionais de monitorização da droga.

O prémio, criado em 2011 pelo EMCDDA e pelo seu Comité Científico, distingue a escrita científica e a elevada qualidade da investigação no domínio das drogas ilícitas. Este ano, os membros do Comité Científico, os pontos focais nacionais da rede Reitox, as revistas científicas europeias especializadas na área das drogas e os membros do pessoal do EMCDDA nomearam um número recorde de 64 trabalhos. Fizeram parte do júri membros do Comité Científico, da International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE), outros cientistas conceituados no domínio da droga e especialistas científicos do EMCDDA.

De acordo com os critérios de admissão, todos os artigos foram publicados em revistas científicas especializadas durante o ano de 2013, sendo o autor principal proveniente, ou nacional, de um Estado-Membro da UE, Turquia ou Noruega. Os trabalhos podiam ser submetidos para diversas categorias, nomeadamente: investigação de base no domínio biológico, neurobiológico e comportamental; investigação baseada em amostras populacionais e epidemiologia clí-

nica; redução da procura; política de combate à droga; e investigação sobre a oferta, redução da oferta e criminalidade.

Os trabalhos premiados em 2014 (autores principais) são:

«Amphetamine actions at the serotonin transporter rely on the availability of phosphatidylinositol-4,5-bisphosphate» (Ação das anfetaminas ao nível do neurotransmissor serotonina depende da disponibilidade de fosfatidilinositol 4,5-bifosfato) (2013), autor principal Dr Florian Buchmayer (Áustria; representado na cerimónia pelo Professor Harald H. Sitte, coautor do artigo). Publicado em *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110, 28, p. 11642–47.

«Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study» (Transtornos relacionados com o consumo de substâncias em adolescentes com distúrbio do défice de atenção com hiperactividade: um estudo acompanhado de 4 anos) (2013), autora principal Annabeth Groenman, MSc (Países Baixos). Publicado em *Addiction*, 108, 8, p. 1503–11.

«Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use?» (Definir os transtornos relacionados com o consumo de substâncias: Será mesmo necessário um consumo excessivo?) (2013), autor principal Prof. Jürgen Rehm, PhD (Alemanha). Publicado em *Alcohol and Alcoholism*, 48, 6, p. 633–64.

«Building a European consensus on minimum quality standards for drug treatment, rehabilitation and harm reduction» (Criação de um consenso europeu sobre normas mínimas de qualidade para o tratamento da toxicod dependência, reabilitação e redução de danos) (2013), autor principal PD Dr Michael P. Schaub (artigo elaborado no âmbito do EQUUS, um projeto financiado pela Comissão Europeia). Publicado em *European Addiction Research*, 19, 6, p. 314–24.

O Presidente do Comité Científico do EMCDDA, Gerhard Bühringer, afirmou que “o prémio de escrita científica do EMCDDA promove a excelência das publicações académicas e apoia os principais avanços alcançados na área das drogas, contribuindo assim para melhorar as respectivas políticas e práticas. O crescente número de artigos nomeados para o prémio que chegam de toda a Europa confirma o seu grande prestígio e o papel do EMCDDA e do seu Comité Científico na promoção da investigação relacionada com esta importante questão”.





União de Freguesias da Póvoa de Varzim, Beiriz e Argivai concebe paradigma de sucesso:

# Um case study em acção social autárquica

*Num período indelevelmente marcado pela crise e pelas inúmeras dificuldades com que se confrontam as famílias, a intervenção social assume-se cada vez mais como uma medida de sustentação da sociedade, uma espécie de último reduto para a coesão social sobretudo no que diz respeito aos mais desfavorecidos. A importância que assume a compreensão das problemáticas sociais dentro do seu contexto ambiental, equacionando intervenções mais humanistas e mais próximas das reais necessidades da população esteve na base da constituição de um pioneiro trabalho, incubado apenas há um ano mas já com resultados surpreendentemente positivos no seio da União de Freguesias da Póvoa de Varzim, Beiriz e Argivai. O executivo autárquico resultante desta nova divisão administrativa do território é liderado por Daniel Gonçalves Bernardo, que assumiu a presidência desta junta de freguesia e logo soube administrar a sapiência resultante de 25 anos de dedicação ao poder local. O edil rodeou-se de uma equipa técnica capaz, a quem entregou a gestão do Gabinete de Urgência Social (GUS), uma verdadeira rede social com um nível micro em termos de abrangência geográfica mas com desígnios macro, quer no que respeita*

*ao estabelecimento de parcerias estratégicas, quer na multidisciplinaridade de intervenção e valências assumidas.*

E foi precisamente neste contexto que a União de Freguesias da Póvoa de Varzim, Beiriz e Argivai, através do seu, ainda que embrionário, Gabinete de Urgência Social, realizou no passado dia 12 de Novembro, mais uma acção dirigida à partilha e à procura de soluções para os principais problemas sociais. O Auditório Municipal da Póvoa de Varzim, com capacidade para cerca de 300 pessoas, encheu, acolhendo técnicos oriundos de todo o país – assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, educadores sociais, educadores de infância, animadores, professores, sociólogos, gerontólogos, estudantes e público em geral – para participarem no I Seminário de Intervenção Social: Da prática para a teoria.

Como afirma a organização do evento, “hoje, assiste-se a um fenómeno de generalização de risco social, por isso é importante debater estas temáticas de forma a catalisar as potencialidades e os recursos que as comunidades detêm e, sobretudo, procurar que as pessoas se tornem participantes activos no seu processo de reabilitação, emancipação e desenvolvimento quer pessoal quer colectivo. Só assim é possível realizar um trabalho relevante





na promoção da inclusão e na mudança de situações de exclusão”.

O evento foi o mote para uma visita de Dependências ao território, guiados pelo presidente da União de Freguesias da Póvoa de Varzim, Beiriz e Argivai, Daniel Gonçalves Bernardo e pelas técnicas do GUS, Liliana Strecht e Vera Barbosa.

#### **Que motivos sustentam a preocupação de uma junta de freguesia como esta face aos problemas sociais?**

**Daniel Bernardo** – Antes de mais, devo dizer que se trata actualmente, não de uma, mas de três freguesias face à união. Temos a parte da cidade, que apresenta os seus problemas e temos as freguesias rurais, Beiriz e Argivai, cada uma com os seus problemas específicos. Este cenário constitui, para mim, uma novidade. Presidi a junta de freguesia da Póvoa de Varzim durante 25 anos, tendo sido submetido a sufrágio oito vezes e, no entanto, confesso que estou a aprender diariamente. É um desafio... Quanto à aposta na área social, um dos princípios que defendo é o forte investimento neste domínio. Até porque sou originário de uma família da classe piscatória, muito humilde, pobre e que viveu muitas dificuldades, concedendo-me uma enorme honra. Os meus pais foram forçados a emigrar para África, sob pena de morrerem à fome e, tendo vivenciado todos esses problemas, diria que estarei eventualmente mais vocacionado para eleger a área social como uma prioridade, bem como a incentivar colegas meus mais novos a seguir esse mesmo rumo. E hoje, mais do que nunca, essa aposta é premente. Até porque as grandes prioridades de outrora, das grandes obras, da abertura de ruas e avenidas estão ultrapassadas. Hoje temos que manter essas infra-estruturas mas devemos apostar fortemente na área social.

#### **No seio da acção social, com que tipos de problemas são mais confrontados?**

**Daniel Bernardo** – O nosso maior problema, cuja resolução não se afigura nada fácil, tem a ver com a pobreza envergonhada e escondida. Temos casais que já beneficiaram de uma vida regrada, em que ambos trabalhavam e que se vêm hoje em situações de enorme carência, porque um dos cônjuges ou até ambos perderam o emprego. Essas pessoas dificilmente vêm ter connosco dizendo que passam mal. E algumas passam mesmo fome! Com a criação deste Gabinete de Urgência Social, as nossas técnicas, que têm demonstrado um valor

#### **Escolas: Gerir investimento a pensar no futuro**

**DB** – Temos mais de uma dúzia de escolas do primeiro ciclo sob nossa alçada. Tudo o que tenha a ver com manutenção de expediente é nossa responsabilidade. Só para higiene e limpeza, gastamos cerca de 10 mil euros por ano. Temos uma regra de três composta em que “jogamos” com salas, alunos e professores no sentido de assegurar paridade e justiça na gestão de verbas, sendo que uma escola que tenha 100 alunos não receberá tanto como uma que tenha 400... Depois, definimos um plafond para cada direcção escolar gerir à medida das suas necessidades. Em suma, a escola encomenda e adquire o que precisa nas valências cujo financiamento nos compete, enviando a facturação à junta... O que esperamos é que este investimento anual se traduza em condições no presente para uma formação que dê frutos no futuro, no que concerne a uma nova geração bem qualificada.



incalculável, têm lentamente conseguido entrar nas casas dessas pessoas. Hoje, sabem quem precisa. E, em muitos desses casos, estamos a falar de pessoas que não aparentam as carências que actualmente as afectam.

#### **E como é possível a um órgão do poder local, como uma união de freguesias, também ela carenciada de competências e de recursos, materializar esse tipo de intervenção?**

**Daniel Bernardo** – Temos algo que ninguém nos tira: o contacto diário com o cidadão. Nós conhecemos os seus problemas, bem eles conhecem os nossos... Temos relações pessoais com uma significativa franja da população assentes no convívio e no lazer... E outras instâncias superiores, preenchidas por altos cargos e dotadas de grandes remunerações não conseguem isso. São até, muitas vezes, escoraçadas pelos cidadãos.

#### **Como avalia, em termos concelhios, a qualidade de vida dos munícipes poveiros?**

**Daniel Bernardo** – Pelo que vamos constatando, não estamos numa situação assim tão má a nível concelhio. A qualidade média de vida dos nossos munícipes é razoavelmente boa mas, como afirmei, temos no seio da sociedade, pobres e pobres envergonhados que se “escondem” dos serviços de apoio. Por isso, constituímos esta equipa de acção social que, muitas vezes, se vê forçada a adoptar uma atitude assistencialista, fornecendo mesmo bens alimentares a essa fasquia da população que vive com enormes dificuldades. Não podemos esperar que essas pessoas ve-

#### **Toxicodependência**

**DB** – Somos o concelho da Área Metropolitana do Porto que menos toxicodependentes tem. E isso será certamente fruto do trabalho das nossas associações e instituições. A oferta desportiva, em particular, tem um peso muito importante nesse indicador. Os casos que vão surgindo também beneficiam do nosso apoio e posso dizer que é com muito orgulho que observo que, em 25 anos, ajudámos a recuperar dois toxicodependentes de rua... Poderão dizer que não é muito mas, para quem viu autênticos “farrapos humanos” recuperarem e reinserirem-se social e profissionalmente com sucesso, é uma gratidão enorme. Mais ainda quando sei que foi graças ao trabalho desta junta de freguesia, ainda que em mandatos anteriores.



nam à junta – porque sabemos que não o farão -, por isso temos que nos antecipar, criando meios que nos permitam sinalizar esses casos para que possamos intervir.

**Presumo que esses meios sejam traduzidos e materializados em projectos concretos...**

**Liliana Strecht** – Todo este contexto que o presidente acaba de descrever é mesmo assim... Obviamente, terá outros contornos do ponto de vista técnico mas, no fundo, fizemos um projecto que fosse de encontro às dificuldades e, em vez de constituirmos um gabinete que abrisse portas àquelas respostas que toda a gente tem, avaliámos primeiro as necessidades, já conhecemos a freguesia e os seus handicaps mais prementes e, sobretudo, tivemos em conta o diagnóstico social do concelho. A partir daí, criámos as valências do gabinete. Esta situação de que o presidente falava, de as pessoas não procurarem os serviços por vergonha, corresponde efectivamente à verdade. Sabemos de muitos casos por terceiros, por vizinhos, por alguém que conhece o presidente ou um membro do executivo... Acabamos por saber por essas vias e intervir. Em termos de serviços, temos o aconselhamento e orientação social, que é transversal, e fazemos também o atendimento social. Paralelamente, temos formação às famílias, assegurada pela técnica

**Consumo de álcool**

DB – Embora não nos possamos queixar quando fazemos uma comparação com a realidade de concelhos limítrofes, é verdade que temos alguns casos. Admito que temos dois ou três sem-abrigo no concelho da Póvoa, o que, não sendo motivo de orgulho, também não nos envergonha em termos quantitativos.

de educação social. Cada uma das técnicas assume funções específicas: uma educadora social, dedicada ao apoio às famílias, uma gerontóloga, que dá apoio aos idosos, uma psicóloga que assume ainda a área da infância e uma técnica de recursos humanos afecta à área do emprego. Ao procedermos a esta divisão conseguimos actuar mais cirurgicamente. Na formação às famílias, além de acompanharmos a família a nível social, identificamos as lacunas e propomos uma formação diferenciada. A técnica vai a casa das pessoas, identifica as lacunas e actua sobre elas. Individualmente, cada família tem um plano de formação. Se a senhora tem dificuldades em gestão doméstica, a técnica cria um plano de intervenção e vai acompanhar in loco essa intervenção até obter resultados que, para serem mantidos, têm que ser controlados. Por isso, vamos fazendo um follow up das situações. Tentamos fazer as coisas de forma a sabermos que vamos tendo resultados. Trabalhar para o número é algo que não nos motiva.

**Como é sabido, uma situação de crise económico financeira acaba por ter repercussões nas mais diversas faixas etárias. No caso dos idosos, fala-se cada vez mais em situações de abandono familiar, de isolamento e solidão... Que respostas tem a junta para oferecer a estas populações?**

**Vera Barbosa** – Temos vários tipos de situações. Não temos apenas idosos em isolamento, solidão ou situação de maus-tratos. Temos também idosos que vêm até nós pedir esclarecimentos e aconselhamentos ao nível de subsídios, de encaminhamentos, de reformas... Nós fornecemos esse tipo de aconselhamento e orientação. Depois, temos casos específicos que nos preocupam enquanto gabinete e junta para os quais é por vezes mais difícil encontrar respostas. A título de exemplo, fala-se muito em solidão e isolamento, situações lacunares que procuramos identificar no sentido de podermos depois criar projectos que forneçam respostas. Posso referir o projecto GUS Sénior, alicerçado no voluntariado, inicialmente piloto mas que se encontra já em fase de ampliação. O objectivo consiste em recorrer a voluntários que auxiliem idosos sem retaguarda familiar, com carência económica e algum tipo de dependência. Para cada idoso temos uma equipa de dois ou três voluntários, que após uma formação no âmbito gerontológico connosco, fazem visitas domiciliárias semanais ao idoso, acompanham-nos nas idas aos cuidados de saúde, às compras, em actividades lúdicas e na inserção na sociedade. Este projecto acaba por resultar numa extensão do Gabinete de Urgência Social, uma vez que chega onde a equipa técnica não consegue chegar.

**I Seminário de Intervenção Social**

DB – A organização deste evento nasceu a partir de uma ideia das técnicas do GUS. Quando a coordenadora me apresentou a ideia, eu dei de imediato o aval para que se avançasse. Tratou-se de um investimento em capacitação e apraz-me registar que o Auditório Municipal, que tem capacidade para acolher cerca de 300 pessoas, encheu, algo que raramente acontece. E com gente que veio de vários pontos do país e que não se poupou em elogios à capacidade organizativa e à qualidade evidenciada por estas técnicas que organizaram o I Seminário de Intervenção Social.



**Que tipo de resposta pode oferecer um autarca do poder local ao nível da freguesia a um munícipe que lhe bate à porta a relatar uma situação de desemprego?**

**Daniel Bernardo** – Pelos motivos que já frisei e que têm a ver com as dificuldades que já vivenciei, confesso que sou muito sensível a esse tipo de fenómenos. A minha primeira abordagem consiste em acalmar, dentro do possível, o cidadão e fazê-lo crer que alguém estará atento e disponível para encontrar uma solução para a sua situação. Então, encaminho o caso para o gabinete porque sei que as nossas técnicas só não farão o que não for mesmo possível.

**O que espera obter a partir desta aposta na acção social?**

**Daniel Bernardo** – Desde logo, estou aqui porque quero. Sou autarca não remunerado. Faço o que faço por prazer. E, depois de entrar no barco, por dever. Hoje, estou com 62 anos mas entrei para a política activa com pouco mais de 30 anos. Fiz parte de várias comissões políticas, presidi núcleos e concluo que não fui mais longe na minha carreira profissional porque o tempo que despendi com a política o incompatibilizou. Em suma, o que espero? Espero morrer descansado, em paz interior e acredito que vou ser recompensado.

**Liliana Strecht** – O executivo dá-nos liberdade de acção. Embora tenhamos metas que nos orientam, não trabalhamos para efeitos quantitativos. Fazemo-lo consoante aquilo que nos vai aparecendo. Neste momento, o gabinete vai fazer um ano e temos 1064 utentes, atendidos diariamente, com diversas problemáticas. Em termos de serviços, temos formação para cuidadores informais, temos a consulta gerontológica, temos a consulta pedopsicológica, a intervenção em risco com indivíduos sem-abrigo, toxicodependentes, casos de violência doméstica e outros casos que se enquadrem nesta temática; Se entendermos que não temos competências para trabalhar determinado caso, activamos as parcerias que celebrámos. Temos actualmente 42 parcerias formais e informais que nos permitem ampliar o raio de acção. Reestruturámos um balneário social que dá hoje apoio a várias áreas e estamos actualmente a projectar um roupeiro social; temos os projectos de intervenção em domicílio, no âmbito do GUS Sénior, que ampliaremos para 16 idosos, o que corresponde a uma conquista fantástica do ponto de vista técnico; também trabalhamos muito ao nível dos rastreios de saúde, numa óptica de prevenção, de redução dos fenómenos e de educação. A este nível, realizamos muitos workshops, oficinas sénior com actividades mensais diversificadas, actividades de educação social, grupos psicoterapêuticos em temáticas como a obesidade infantil, sexualidade na adolescência, toxicodependência... Além do serviço

corrente do gabinete, é preocupação da Junta fazer trabalho à comunidade. Saímos do gabinete, identificamos lacunas e lançamos actividade. O facto de termos carta branca para executar facilita muito.

**Pelo que constatámos, neste território, ainda que sob a égide de uma união de freguesias, existe uma verdadeira rede social, à escala do que melhor se pratica em algumas câmaras municipais reveladoras de boas práticas...**

**Daniel Bernardo** – Eu aposto sempre em grande. E é só dando esta liberdade às técnicas que se consegue rentabilizar o trabalho e produzir os resultados esperados. Dar responsabilidade e liberdade é o lema. O que está aqui, com o devido respeito e separação de competências, é uma verdadeira família. O que temos é uma verdadeira social, que por vezes não é vista com bons olhos por condicionantes políticas e por inveja.

**GUS: diagnóstico, parcerias, planos individuais e avaliação**

**Liliana Strecht** – Tudo o que é feito no gabinete é avaliado. Fazemos avaliações estatísticas, medimos índices de qualidade, temos uma real noção de quem é o nosso público e sobre a forma como temos que trabalhar. Fazemos uma avaliação das necessidades e aplicamos os planos individuais de intervenção. Dentro do gabinete temos respostas para dar a essas pessoas, que constituem o núcleo dos nossos destinatários, no fundo as pessoas que, tendo um abrigo onde viver, passam actualmente por inúmeras dificuldades, muitas das quais tiveram origem na perda de emprego. Nomeadamente na questão do emprego, temos um espaço emprego, uma espécie de mini centro de emprego que funciona no gabinete. O Centro de emprego também é um dos nossos parceiros, integrando uma rede bem mais abrangente. A nossa metodologia passa pelo seguinte: todos sabemos que existem muitas ofertas de emprego que são paralelas ao IEFP. Agregámos todas essas ofertas, disponibilizando-as aqui, desde bolsas de emprego que aparecem na internet, jornais, empregadores locais e outras pessoas que vêm aqui colocar ofertas, empresas de recrutamento e selecção e de trabalho temporário. Temos tido muito bons resultados, empregámos muita gente e estamos com uma média mensal de 10 pessoas a serem colocadas. Devo ainda frisar que, seja na área do emprego, seja na área social, o nosso método não é estanque. Estamos constantemente a actualizá-lo e a isso não é alheio o facto de apostarmos na realização de inquéritos de satisfação. E elegemos um parceiro estratégico para cada necessidade social que identificamos em cada um dos nossos destinatários.

