

# dependências

Março 2008

SÓ PARA PROFISSIONAIS

**“Os problemas sociais do Bairro São João de Deus não ficaram atenuados com a demolição das casas” - Padre Maia**

**C. M. Porto ameaça encerrar residência para portadores de VIH**

**Inglaterra desenvolve ensaio clínico com heroína e metadona injectável**

# Editorial

A Benéfica e Previdente é uma associação mutualista com raízes históricas na cidade do Porto, resultante da fusão, há cinco anos atrás, da Associação Benéfica de Empregados do Comércio no Porto e A Previdente. A primeira, criada em 1877 por Alvará Régio na Invicta, assumiu desde a sua fundação uma preocupação de carácter profundamente humanista alicerçada num apelo à entressociedade nos cuidados a prestar aos seus associados e familiares, remontando a sua origem a um episódio curioso, ocorrido em pleno século XIX, mas que traduz irónicas coincidências com os desígnios actuais da intervenção da instituição nos dias de hoje: Decorria o ano 1875, quando a burguesia mercantil do Porto decidira despedir cinco caixeiros do comércio pela ousadia de terem ido ao Teatro do Príncipe Real, numa tarde de Domingo, assistir a um espectáculo, tendo ficado num dos camarotes que eram, então, destinados aos de diferente condição. Face a estes despedimentos, os colegas de ofício reagiram, angariando fundos para que os caixeiros sem emprego não caíssem na miséria. Assim surgiu a ideia da criação de uma associação de socorros mútuos que concedesse benefícios em termos de saúde, subsídios de morte, desemprego e doença. Daí até à criação de um espírito de modernidade, cuja adaptação a novas exigências resulta na criação de respostas sociais concomitantes com a filosofia inaugural, mediarão apenas 133 anos. As designações, delegações e atribuições titulares, políticas e comunitárias que regem a sociedade mudaram, a Benéfica e Previdente também alterou alguns princípios que mediam a intervenção social que desempenha, adaptou os seus serviços no âmbito da saúde, do apoio à infância e à terceira idade, à formação e educação, ao emprego e à habitação social. Hoje, reconhece-se-lhe igualmente uma acção preponderante ao nível da construção de um percurso de vida, integração e fomento de qualidade de vida de indivíduos sem-abrigo, toxicodependentes ou seropositivos. Por isso mesmo, e pelo facto de a instituição ter visto aprovada e financiada uma candidatura pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida que previa, além de outras valências, a oferta de espaços de acolhimento – apartamentos – destinados a indivíduos portadores de VIH, estranha-se que sejam os inquilinos do edifício que acolhia, em dois apartamentos, cidadãos portadores de VIH a determinar que a autarquia do Porto definisse que, de acordo com a lei que regula os equipamentos sociais, esses mesmos apartamentos não oferecem as condições necessárias para o exercício do serviço prestado e anteriormente avaliado positivamente – porque aprovado – por uma entidade do Governo, afecta ao Ministério da Saúde. Volvidos 133 anos desde o episódio que originara a criação da Associação, estes utentes que, entretanto, iniciaram um processo de integração ou reabilitação sócio sanitária, vêem-se na iminência de voltar às origens de um passado não muito longínquo – a rua e a discriminação social - porque alguém se dedicou a questionar a tipologia de equipamento que a Benéfica lhes destinou: será social? Será sanitário? Será apenas (?) um apartamento? E, se for, terá que dispor de mais condições que outro qualquer, que outro qualquer enfermo que padeça de qualquer outra enfermidade necessita ou a lei impõe que se lhe ofereça só porque precisa de um tecto? E será melhor fechar-lhe a porta da sua actual casa e votar-lhe o destino ao arbitrio de uma sociedade que, salvo qualquer prova do contrário, não manifesta qualquer indício de se querer organizar e dinamizar em prol de alguém que apenas quis ir ver um espectáculo ao Domingo à tarde num sitio formatado para alguém dotado de maiores capacidades económicas? E, já agora, será justo perguntar-se se não habitarão determinados equipamentos sociais da Câmara Municipal do Porto cidadãos igualmente portadores de VIH... Como será justo afirmar-se que a lei que rege estes equipamentos sociais – e que serve como justificação para a Câmara Municipal do Porto contestar a legalidade dos apartamentos da Benéfica destinados a seropositivos – não parecia, nem de perto nem de longe, aplicar-se às características dos apartamentos de reinserção utilizados no âmbito do programa Porto Feliz, nem aos demais equipamentos sociais geridos pela autarquia, não só a portuense, como outras espalhadas pelo país.



Para não ser mauzinho, prefiro não ter que comparar quem decidiu aqueles despedimentos dos caixeiros no processo que deu origem à constituição da Associação Benéfica de Empregados do Comércio do Porto a determinados edis nem determinados enfermos a caixeiros, por mais evidentes que me pareçam as similitudes entre o Teatro do Príncipe Real e o município do Porto...

*P.S. Apenas uma nota para relegar o merecido espaço à determinação pela Santa Sé, vulgo Vaticano, dos novos pecados capitais: a desigualdade social, a poluição ambiental, a manipulação genética e o uso de drogas ilícitas figuram nos motivos pelos quais os cristãos devem pedir perdão. Ora, se tivermos em conta que o Vaticano é, tão só, um Estado riquíssimo em recursos de cuja imensidão, apenas o espólio artístico serviria para eliminar uma peculiar expressão das desigualdades sociais verificadas no mundo, parece-me que ser juiz em causa própria não será assim tão mau para quem está mais pêro do céu e, portanto, também menos distante das necessárias cunhas para a absolvição. Para a poluição ambiental, numa sociedade em que o materialismo também evidencia necessidades de cariz energético, contribui-se igualmente com pequenos gestos como as simples viagens de automóvel ou de avião, o libertar de fumo branco ou preto para anunciar um novo papado ou libertar resíduos industriais, seja-se Papa ou empresa. Quanto à manipulação genética, apenas interrogo se a aplicação com efeitos terapêuticos na área da saúde ou com efeitos diminuidores das desigualdades sociais, por exemplo, no que concerne à produção de alimentos, deverá ser encarada igualmente como um pecado. Já a utilização de drogas ilícitas... Recordo os tempos da história em que a Igreja condenava veementemente a produção e usufruto da música – até então litúrgica – pela sociedade, reservando-se à exclusividade desse dom e considerando pecaminoso o seu ritual fora das cerimónias eclesiais... Como se já não fosse preocupante determinar pecaminoso o uso de substâncias obtidas a partir de sementes que o Nosso Senhor deixou à mercê daqueles que aprenderam a cultivar a terra, vir agora diferenciar, sob o ponto de vista religioso, drogas lícitas e ilícitas... Então, se for a países muçulmanos, pecarei se consumir álcool mas poderei dar uma valente "cachimbada"; se viver em Portugal e tiver menos de 18 anos, estarei a pecar se consumir álcool... Se fizer um cocktail de fármacos para ficar pedrado não pecarei porque não estarei a consumir drogas ilegais... Valha-me Deus...*

## Índice

Editorial.....	3
Em foco   Benéfica .....	4
Actualidade   UD Algarve .....	6
Agenda   XXI Encontro das Taipas .....	9
Actualidade   Novos Rostos .....	10
Actualidade   OEDT .....	14
Actualidade   ISSDP .....	18
Actualidade   A Rede Correlation .....	21
Entrevista   Padre Maia .....	22
Substância em Foco   Cocaína .....	26
Investigação em Português   Nuno Cotralha .....	28
Agenda   Açores .....	31
Entrevista Clínica   EADO .....	32
Agenda   PRI .....	36
Actualidade   Ética e VIH .....	38

C.M. Porto ameaça encerrar projecto que Coordenação para a Infecção VIH/sida aprovara...

# Seropositivos em risco de ficar na rua



Carlos Salgueiral, Presidente da Benéfica e Previdente

## Que motivos ditaram a necessidade de a Benéfica intervir na área da acção social na cidade do Porto?

**Carlos Salgueiral (CS)** – A Benéfica intervém na acção social desde os anos 80, concretamente no apoio à infância e ao idoso. Ultimamente, tem diversificado a sua acção no apoio social, especialmente no que concerne ao apoio a doentes com VIH. Daí ter direccionado dois apartamentos para acolhimento de utentes com essa patologia, no âmbito de uma candidatura financiada pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida que funcionou desde Abril até Dezembro. Era nossa expectativa poder manter o apoio a estes utentes. Entretanto, no decorrer do processo, os inquilinos do prédio que é da nossa propriedade questionaram a autarquia do Porto, no sentido de auscultar a legalidade para a prestação de serviços a estes utentes, o que levou a autarquia a fazer uma intervenção junto dos apartamentos e, passado algum tempo, considerar que o equipamento não possuía condições para dar este apoio, a menos que houvesse um pedido de alteração de utilização. Considerámos que, face à tipologia do edifício, não estaríamos em condições de o poder adaptar a essa legislação, daí termos sido notificados a encerrá-lo.

## Parece-lhe que os utentes portadores de VIH são encarados como pessoas?

**CS** – São pessoas. Pessoas essas que vivem naqueles apartamentos, como são pessoas as que vivem nos apartamentos ao lado. E não foi questionado se havia algum tipo de doença que afectasse os outros inquilinos. Não era esse o objectivo nem seria legal que o

fizéssemos, tendo em conta que todas as pessoas, tenham ou não algum tipo de doença, merecem ter uma habitação condigna.

## A situação, como a descreve, indicia um tratamento xenófobo...

**CS** – A questão de fundo é precisamente essa. Há aqui uma atitude discriminatória, xenófoba se quisermos, relativamente a estas pessoas. O apartamento já albergou seis estudantes cabo-verdianos e nunca foi levantada nenhuma questão relativamente à tipologia dos utentes ou da forma como estava a ser arrendada a habitação...

## De que forma justificou a Câmara Municipal do Porto a ilegalidade da actuação da Benéfica neste processo?

**CS** – A Câmara Municipal do Porto comunicou que a lei determinava que a habitação onde estas pessoas foram instaladas tivesse condições para que fossem prestados os serviços necessários e que os apartamentos não ofereciam essas condições. Baseiam-se na lei que regula os equipamentos sociais, considerando este um equipamento social, sendo, no entanto, o nosso entendimento diferente. As pessoas que ali vivem, como tal, usufruem do mesmo como a sua habitação. É estranho e, se compararmos esta com outras situações ocorridas no Porto, em que sabemos que havia pessoas com VIH, ligados à toxic dependência, que estavam em residências sem licenciamento e que não usufruíam das condições de que estes dispõem, obviamente, também há aqui uma atitude muito pouco razoável e que revela falta de entendimento relativamente ao serviço prestado.

## Significa isso que, mesmo considerada igual em direitos e deveres, esta população é forçada a ter uma habitação diferente?

**CS** – Pois, a verdade é que a autarquia entende que estamos a dar uma resposta social e, assim sendo, obriga-nos a aplicar a lei que regula os equipamentos destinados a esse tipo de respostas, o que implica um determinado tipo de exigências que este prédio não pode suportar. Muito embora tivéssemos argumentado que não era esse o nosso entendimento, que aquele não é um equipamento social e que não damos outro tipo de resposta a não ser o acolhimento e a ajuda destes utentes na sua reinserção na vida activa. No nosso entendimento, a casa onde vivem estas pessoas não tem que ser diferente daquela onde vivem as demais pessoas. Por isso, disponibilizámos aqueles dois apartamentos que, até há pouco tempo, estavam alugados a uma família e agora estão alugados a outras famílias ou outras pessoas. E entendemos que têm o mesmo direito que os outros mas, provavelmente, não foi esse o entendimento do



Há aqui uma atitude discriminatória, xenófoba se quisermos, relativamente a estas pessoas. O apartamento já albergou seis estudantes cabo-verdianos e nunca foi levantada nenhuma questão relativamente à tipologia dos utentes ou da forma como estava a ser arrendada a habitação...

A Câmara não sugere nem aponta nada. Não apoia, não financia, não faz nada. O que diz é que aquelas habitações não podem funcionar, de acordo com o entendimento, como estão. Diz que devemos aplicar a legislação...

vereador da Câmara Municipal do Porto. Não podendo dizer, claramente, que o problema está nos utentes, refugia-se na lei dos equipamentos sociais... E podemos reclamar aqui uma atitude discriminatória relativamente aos portadores de VIH, até porque a autarquia teve um comportamento diferente face a outros equipamentos de que era titular. E, que saibamos, nunca houve esse rigor na aplicação da legislação. Mas percebo que a motivação de tudo isto esteja no ambiente gerado pelos inquilinos e que a Câmara tenha sido mais sensível a essa questão do que à necessidade de acolhimento destas pessoas ou à condenação de atitudes menos dignas por parte dos referidos inquilinos.

**Houve, durante o período de acolhimento desses utentes, algum registo de incidentes que justificasse a indignação dos restantes inquilinos do edifício ou uma atitude repressiva por parte da autarquia?**

**CS** – Que nós saibamos, não. Nem é esse sequer o argumento utilizado para o encerramento. Como é evidente, em todos os prédios, em todas as comunidades, há pessoas que se relacionam melhor do que outras, há equilíbrios que são geridos de formas diferentes, como é provável que, tendo em conta algumas origens – temos sem abrigos, temos pessoas que passaram momentos difíceis, temos pessoas que não têm as suas famílias presentes -, determinadas

pessoas apresentem problemas sociais graves. Mas o que pretendemos é ajudá-los a encontrar um rumo e integrá-los. Por isso mesmo, sendo este um projecto financiado, os inquilinos não pagam renda e nós procuramos garantir a rentabilidade no que concerne ao rendimento da instituição. A maioria da população que acolhemos chega até nós numa situação de desemprego e procurando a recuperação. O projecto previa que fosse dado enquadramento e apoio em diversas áreas, quer na formação, quer na qualificação e procura de emprego, quer na recuperação da saúde. O facto de estarem neste prédio já representa, de certo modo, alguma integração social. Há utentes que estão a fazer o CRVCC, outros que vão adquirindo outras competências que lhes possibilitem entrar na vida activa...

**Se lhes fecharem esta porta, para onde irão?**

**CS** – Para a rua! Muito provavelmente... Que saibamos, não têm retaguarda familiar e, portanto, se não houver outra instituição que os apoie, ou voltam para as pensões, ou para debaixo da ponte...

**E que soluções são preconizadas pela autarquia?**

**CS** – A Câmara não sugere nem aponta nada. Não apoia, não financia, não faz nada. O que diz é que aquelas habitações não podem funcionar, de acordo com o entendimento, como estão. Diz que devemos aplicar a legislação...

**E o que diz a legislação?**

**CS** – A legislação diz que são necessários elevadores, portas com uma determinada dimensão, diz que uma habitação T3 tem que ter quatro quartos de banho... E, pelo que sabemos, se estas pessoas fossem realojadas numa habitação social da autarquia do Porto, não teriam melhores condições do que aquelas de que usufruem aqui, nem me parece que tivessem aquilo que nos impõem que lhes ofereçamos.



# Algarve com “mais saúde”

A Ministra da Saúde, Ana Jorge, inaugurou no passado dia 4 a Unidade de Desabilitação do Algarve em Olhão, uma unidade que substitui as antigas instalações do serviço algarvio do IDT, adaptada às novas exigências ditadas pela necessidade de implementação de respostas diferenciadas face à emergência de diferentes perfis de consumo. Na presença do Presidente do Instituto da Droga e Toxicod dependência, João Goulão, do Presidente da Câmara de Olhão, Francisco Leal, e do Presidente da ARS Algarve, Rui Lourenço, Dependências testemunhou a inauguração oficial de uma estrutura de qualidade ímpar que presta um serviço correspondente ao primeiro passo para a adesão terapêutica, resultante de um novo paradigma implementado pelo Sistema Nacional de Saúde, que privilegia a aposta na edificação de unidades de raiz de excelência, por forma a motivar ainda mais eficazmente técnicos e utentes. Durante este dia, a governante visitou ainda a Unidade de Saúde Familiar Âncora do Centro de Saúde de Olhão.

Álvaro Pereira, Director da Unidade de Desabilitação do Algarve, sublinhou, na cerimónia de inauguração da unidade, a pertinência do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde no sentido de “devolver os deveres e direitos de cidadania” aos utentes que aí recebem tratamento, deixando para trás um passado como utilizadores de drogas ilícitas ou de álcool.

Ana Jorge, por seu turno, manifestou enorme satisfação por inaugurar uma unidade “de qualidade”, referência dos bons exemplos do sistema de um Serviço Nacional de Saúde que assim demonstra a “capacidade de prestar bons cuidados aos utentes”, oferecendo simultaneamente um ambiente de tratamento e trabalho onde impera a humanização.

Durante o périplo pelo Algarve, a Ministra da Saúde visitou ainda a Unidade de Saúde Familiar Âncora, a primeira a iniciar actividade naquela região e em funcionamento desde 2 de Outubro de 2006, onde pode testemunhar o inovador sistema de consulta «A tempo e horas», implementado durante a governação do seu antecessor Correia de Campos, qualificando-o como “um grande avanço” que “nos permite constatar online a demora das consultas, trabalhar em conjunto e reforçar o trabalho entre os profissionais nos Centros de Saúde e nos hospitais e resolver em conjunto os problemas”.

No decorrer da visita à USF Âncora, o Presidente da Câmara Municipal de Olhão, Francisco Leal, entregou uma viatura destinada ao apoio às visitas domiciliárias e de enfermagem das USF do Centro de Saúde de Olhão.



Álvaro Pereira,  
Director da Unidade  
de Desabilitação do  
Algarve

“Há mais um serviço público do Ministério da Saúde que oferece aos seus doentes todas as condições hoteleiras, de amenidades e técnico-científicas e meios que necessitam para deixarem de sofrer ou para sofrerem menos e assim poderem ser mais felizes. Ou, pelo menos, para aprenderem que podem ser mais felizes. Falo em sofrimento porque é isso que aqui se trata. As pessoas que aqui estão internadas transportam consigo todas as dores de uma vida que não devia ter sido vivida. Aqui chegados, e parados os consumos, vêem essas dores agudizar-se. Dores físicas e psíquicas, mais das perdas do que das paixões mas todas elas arrastadas num tempo feito de muitos anos. Às vezes, mais de metade do tempo que levam de vida. E todos nós sabemos que toda a dor que não morre acaba em sofrimento. Para nós, profissionais que aqui trabalhamos, entender o sofrimento do outro é um imperativo que vai muito para além do tratamento dos sintomas. Aqui não se deve ter pena das pessoas e a caridade deve ficar fora de portas. Serão, porventura, bons sentimentos mas desnecessários onde se respeitam os direitos humanos e se procura devolver ao doente os seus deveres e direitos de cidadania. Aqui, usamos medicamentos e outros meios não farmacológicos de tratamento. Mas, mais do que isso, queremos que os afectos sejam o principal agente terapêutico. Sem risco de ruptura de stocks, pois disto, quanto mais se dá, mais se tem que dar. Esta UD quer ser um serviço de excelência, dos quais todos nós, dirigentes e profissionais, nos possamos orgulhar. E é esse o compromisso que pretendo assumir”.





## João Goulão, Presidente do CD do IDT, IP

### A rede de Unidades de Desabituação

“Nós temos quatro unidades deste tipo no país. A de Cedofeita, aberta há já bastantes anos, temos a UD de Coimbra, edificada num pavilhão do Hospital Sobral Cid, uma unidade igualmente de altíssima qualidade, temos uma terceira no Parque de Saúde de Lisboa, a Unidade de Desabitua-

ção correspondente ao Centro das Taipas e, agora, esta que corresponde a uma mudança de instalações, que funcionava em instalações muito acanhadas e já não adequadas à realidade actual. Para além desta unidade da rede pública, há uma rede convencionada que é perfeitamente suficiente face às necessidades evidenciadas. Não há qualquer limitação à promoção de desabituações físicas, a finalidade primeira destas unidades, e temos uma taxa de ocupação que nunca atinge os limites”.

### Uma realidade emergente: novos padrões de consumo e desabituação do álcool

“Há uma realidade que está claramente a mudar. De um padrão de consumos dominado pela dependência de heroína, passámos a deparar-nos com um padrão diferente, caracterizado por policonsumos, em que o álcool está quase sempre presente e que inclui a utilização de outras drogas, como sejam as pastilhas, a cocaína, o haxixe... A tal dependência física que corresponde ao estereótipo do junkie de duas décadas atrás deu hoje origem a uma utilização de drogas muito mais relacionada com meios de diversão, muito mais ligada ao lazer. Não significa isto que as repercussões físicas e psíquicas dos consumos não se venham a manifestar, daí que seja fundamental que tenhamos este tipo de dispositivos disponível, com outras características”.

### Consumos clássicos com novas abordagens

“A nossa população clássica toxicodependente está claramente a envelhecer. A tal população dos dependentes de heroína é ainda muito numerosa, hoje muito mais controlada do que era há uns anos atrás, mercê da rede disponível para tratamento e acompanhamento e do alargamento dos programas de substituição opiácea. Daí que tenhamos mui-

tos antigos dependentes de heroína em acompanhamento e cada vez mais velhos, muitos deles com doenças somáticas, nomeadamente hepatites ou seropositividade para o VIH e bastante patologia mental. Daí a necessidade deste tipo de equipamentos estarem dotados de respostas que permitam a obtenção de uma estabilização ocasional destas situações”.

### Novos padrões vs novas idades

“Contrariamente ao que parece, por vezes, uma evidência no terreno, não tem sido corroborado por alguns estudos que a alteração dos padrões de consumo signifique que há uma maior predominância dos mesmos entre as populações mais jovens. Aliás, assistimos a uma diminuição da experimentação nas camadas mais jovens, nomeadamente no grupo etário dos 15 aos 19 anos, como foi possível constatar a partir do inquérito em meio escolar realizado no ano passado, o que, do nosso ponto de vista, constitui um resultado bastante animador. Agora, ligado à tal cultura do lazer, encontrámos um grupo predominante na casa dos 20 e tais aos 30 anos”.

“Pela sua qualidade, esta nova unidade enche-nos de orgulho e permite-nos afirmar que os equipamentos preparados e destinados à população toxicodependente não são equipamentos de segunda mas antes estruturas altamente qualificadas, de que é exemplo a Unidade de Desabituação do Algarve, destinada a promover a desabituação física de utilizadores de drogas ilícitas e de utilizadores de álcool mas também a obter um equilíbrio do ponto de vista da saúde mental da nossa população de utentes. Sentimos a necessidade de criar esta nova unidade que foi construída com a participação de fundos europeus e que nos permite ter uma estrutura que, face aos seus elevados padrões de qualidade, pode parecer altamente dispendioso. No entanto, estou convicto de que quando fazemos alguma coisa de raiz, vale a pena fazê-lo de forma a que dignifique o país e a população que servimos. Assim, facilmente constataremos que não será mais dispendioso investir em qualidade e dignidade e os resultados assim o demonstrarão. É um orgulho contar, nesta ocasião, com a presença da Senhora Ministra da Saúde e de todas as entidades a quem agradeço a presença e o apoio que, ao longo deste processo, de uma ou outra maneira, puderam prestar à Delegação Regional do Algarve, a entidade condutora do mesmo. Gostava de agradecer a todos os técnicos e responsáveis da Delegação Regional do Algarve, ao seu director, desejando os maiores êxitos a bem da população que pretendemos servir”.



## Ana Jorge, Ministra da Saúde

“Por vários aspectos, foi com muita alegria que visitei hoje estas instalações: trata-se de uma instalação de raiz, construída para um grupo de cidadãos que, felizmente, são hoje considerados doentes e que precisam de ajuda e de cuidados. Criar aqui uma estrutura com esta dimensão e com esta qualidade, que permite que os doentes se sintam bem e possam ser acolhidos com

respeito pela sua vida e como seres humanos constitui mais um exemplo representativo das boas instituições de saúde que temos hoje em Portugal, ao que não são alheios nem descurados os pormenores arquitectónicos e decorativos, aliados aos meios técnicos e tecnológicos. Isto demonstra que o Serviço Nacional de Saúde tem capacidade para prestar bons cuidados e que tem cuidados, quer com os doentes, quer com os profissionais. Nesta unidade, não são apenas os utentes que dispõem de condições para um bom acolhimento, o qual constitui um primeiro passo para a adesão ao processo terapêutico mas igualmente

os profissionais que aqui trabalham que, depois de mudarem das exíguas instalações em que trabalhavam para esta nova unidade, dispõem aqui de uma ajuda franca ao esforço que representa todo o trabalho na área da saúde, para o processo de adesão à instituição e ao empenhamento. Algumas patologias em particular exigem dos profissionais uma grande dedicação e as boas condições de trabalho constituem, de facto, uma preciosa ajuda. E temos de cuidar dos cuidadores para que estes possam tratar ainda melhor todos os utentes. Penso que esta instituição responde a muitas das preocupações, não só aos doentes do Algarve mas também de regiões próximas como o Alentejo, através de uma articulação do Serviço Nacional de Saúde, quer com os serviços de atendimento na comunidade, os CAT, quer com as outras áreas da saúde, dos centros de saúde e dos hospitais, criando aqui uma rede de cuidados que responda de forma mais capaz e melhor, integrando um serviço que tem um atendimento com internamento e depois toda a especialização, a área do ambulatório, o seguimento dos doentes, quer na própria instituição e nos serviços, quer na sua ligação aos centros de saúde, saindo reforçada a nossa comunidade”.





# XXI Encontro das Taipas



## DIA 19 DE MAIO

Na Avenida do Brasil 53 Pavilhão 21 B – LISBOA  
(Metro Alvalade)  
UD Centro das Taipas

SEMINÁRIOS (6 horas)

### Inscrição e confirmação prévias

### VAGAS

#### CONSUMO DE ALCOOL E DOENÇAS PROVOCADAS PELO ALCOOL

Coordenação: Dra. Teresa Sá Nogueira,  
Dra. Cristina Ribeiro – IDT - Lisboa

60

#### SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA – FARMACOTERAPIA, PSICOTERAPIA E SOCIOTERAPIA

Coordenação: Dr. Miguel Vasconcelos –  
IDT – DRLVT – UD Centro das Taipas - Lisboa

60

#### O USO DA PALAVRA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Coordenação: Dra. Paula Moita – IDT –  
DRLVT – UD Centro das Taipas  
Presidentes: Dr. Nuno Miguel – IDT Lisboa;  
Dr. António Maia – IDT - DRLVT - Lisboa

60

GRUPOS DE TRABALHO (3 horas)

### Manhã - Inscrição e confirmação prévias

### VAGAS

#### PREVENÇÃO SELECTIVA

Coordenação: Dra. Sandra Simões,  
TPS Mariana Coelho - - IDT – DRLVT –  
UD Centro das Taipas – Lisboa

12

#### REINSERÇÃO SOCIAL

Coordenação: Dra. Rosa Mateus – IDT –  
DRLVT – UD Centro das Taipas – Lisboa ,  
Dr. Adelino Antunes – IDT – DRLVT – Lisboa

12

#### CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS E COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS

Coordenação: Dr. António Costa – IDT –  
DRLVT – UD Centro das Taipas – Lisboa;  
Dr.ª Emília Leitão – IDT – DRLVT – CRI Oriental –  
ET Loures

12

#### INVESTIGAÇÃO EM PATOLOGIA ADITIVA

Coordenação: Dr. Domingos Duram – IDT –  
DRLVT – UD Centro das Taipas – Lisboa,  
Dr. José Godinho – IDT – DRLVT –  
CRI Ocidental Lisboa – ET Xabregas

12

#### INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS

Coordenação: Dr.ª Graça Vilar, Dr.ª Esther Casado  
– IDT – DRLVT – UD Centro das Taipas – Lisboa

12

#### JOGO PATOLÓGICO, DEPENDÊNCIA SEM SUBSTÂNCIA

Coordenação: Dr. António José Albuquerque  
– HJM

12

#### PSICODRAMA E TRATAMENTO DAS DEPENDÊNCIAS PATOLÓGICAS

Coordenação: Dra. Fernanda Brum,  
Dr. João Domingues – IDT – DRLVT –  
UD Centro das Taipas – Lisboa

12

### TARDE - Inscrição e confirmação prévias

#### CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

para uso RECREATIVO  
Coordenação: Dra. Marta Borges – IDT –  
DRLVT - CRI Oriental – Lisboa

12

#### INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: ABORDAGENS E RESPOSTAS INTEGRADAS.

Coordenação: Dr.ª Paula Marques – IDT – Lisboa

12

#### REDUZIR PERIGOS MINIMIZAR SEQUELAS – Apreciação de práticas

Coordenação: Dra. Sofia Clemente –  
IDT- DRLVT – UD Centro das Taipas – Lisboa

12

#### BENZODIAZEPINAS – Abuso e Dependências (Casos Clínicos)

Coordenação: Dra. Luísa Mendes – IDT –  
DRLVT – UD Centro das Taipas – Lisboa

12

#### CONSUMO E DEPENDÊNCIA DE TABACO

Coordenação: Prof. Luís Rebelo – CSA - Lisboa,  
Dr. Luís Patrício – IDT – DRLVT –  
UD Centro das Taipas – Lisboa

20

## DIA 20 DE MAIO

Faculdade de Medicina Dentária  
SESSÕES EM PLENÁRIO  
Capacidade: 700 pessoas

### Manhã

#### Conferência

#### Neurobiologia das Dependências

- Prof. José Relvas – Serviço de Psiquiatria – Hospitais da Universidade de Coimbra  
- Preside: Dr. José Pádua – IDT - Lisboa

#### Fórum

#### ACTUALIZAÇÃO EM TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA –

- Andrej Castelic – Libjana  
- Luís Patrício – IDT – DRLVT – UD Centro das Taipas - Lisboa  
- Prof. Gabriela Fischer - a confirmar  
- Preside: Prof Júlio Machado Vaz – FCBAS Universidade do Porto

#### Conferência

#### ABUSO DE ÁLCOOL E DE OUTRAS SUBSTÂNCIAS – INTEGRAÇÃO DE RESPOSTAS

- Dr. Antoni Gual – Barcelona  
- Preside: Dr. João Goulão – IDT – CD Lisboa

#### Sessão de Abertura

### Tarde

#### Fórum

#### UNIDADES DE DESABITUAÇÃO – Possibilidades terapêuticas e Limites

- Dr. Álvaro Pereira – IDT – DRLC – UD Coimbra  
- Dr. João Curto – IDT – DRLC – UD Coimbra  
- Dra. Georgina Sanico - - IDT – DRN – UD Porto - a confirmar  
- Dra. Graça Vilar – IDT – DRLVT – UD Centro das Taipas - Lisboa  
- Preside: Dr. Manuel Cardoso – IDT – CD - Lisboa

#### Fórum

#### HIPERACTIVIDADE E CONSUMO DE ANFETAMINAS

- Prof. Carlos Filipe – CADIM ; Dr. Carlos Roncero - Barcelona  
- Preside: Dr. Luís Gamito – SCMLisboa

# Intervenção terapêutica em meio prisional

A Associação Novos Rostos Novos Desafios organizou, nos passados dias 13 e 14 de Março, as IV Jornadas de Saúde Mental e Justiça.

As IV Jornadas de Saúde Mental e Justiça surgem na sequência da intervenção desenvolvida pela instituição no âmbito do Projecto "Ponto de Partida/Começar de Novo", desenvolvido no âmbito do programa ADIS/SIDA, que promove junto da população ex-reclusa, reclusa e familiares infectados ou afectados pelo VIH/SIDA, acções de prevenção e acompanhamento psicossocial. O evento, que decorreu na Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa, e contou com o apoio da Direcção Geral dos Serviços Prisionais, foi subordinado ao tema "A Intervenção Terapêutica em Contexto Prisional".

Perfilhando a filosofia de que o processo de reinserção social com esta população deverá iniciar-se no momento da detenção e não fim do cumprimento de pena sob pena de se perpetuar o ciclo de reincidência, a Associação Novos Rostos Novos Desafios considera que a partilha de experiências, num local que estimula a participação de especialistas e interessados na área, permite uma actualização e um enriquecimento, que favorece a intervenção individual de quem diariamente se debate com questões como Saúde Mental, problemáticas associadas à situação de Reclusão, Toxicodependência e Patologias Infecciosas, nomeadamente VIH/SIDA, Tuberculose e Reinserção Social. "Nós damos o rosto... É este o nosso desafio! sugere o lema da instituição. Dependências esteve presente no encontro e conversou com Sandra Rosário, assistente social e vice-presidente da Associação Novos Rostos Novos Desafios, deixando-lhe ainda uma resenha de um trabalhos apresentados por Cláudio Jorge Pedrosa.

**O que é concretamente a Associação Novos Rostos Novos Desafios?**

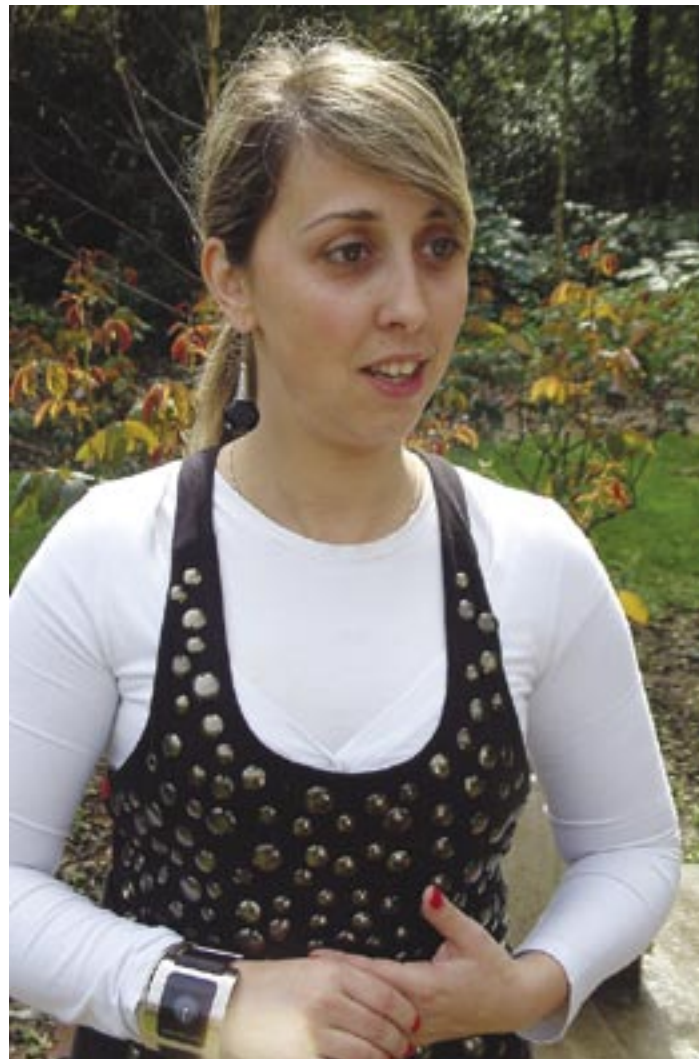
**Sandra Rosário (SR)** - Nós somos uma instituição recente, pres-tes a fazer cinco anos, que surgiu com um projecto na área da redução de riscos em parceria com o IDT. Temos uma unidade móvel e uma equipa de rua que intervém sobre toda a zona de Lisboa, exceptuando o Casal Ventoso, em populações de imigrantes, toxicodependentes, prostituição masculina e feminina e sem-abrigo.

**Calculo que não se limitem a trocar seringas...**

**SR** - Efectivamente, não nos limitamos a trocar seringas. Há todo um acompanhamento que inclui motivação para tratamento e para apoio a outros níveis durante o período da intervenção da equipa de rua, nocturno, e são encaminhados para um gabinete de apoio ao utente no período diurno. Fazemos igualmente o acompanhamento psicológico, social e, inclusive, o internamento no que respeita ao processo no seu todo, desde o processo de análises até à integração do utente numa unidade de tratamento.

**Trabalham então em articulação com diversos CAT's...**

**SR** - Exactamente. Trabalhamos com todos os CAT's da zona de





Lisboa obrigatoriamente e as comunidades terapêuticas. Desde o início que elegemos como prioridade não trabalharmos sozinho mas em articulação com outras instituições públicas e privadas. Trabalhar em parceria sempre constituiu uma política da instituição porque entendemos que não podíamos desenvolver uma intervenção minimamente concertada se não houvesse um facilitismo que é inerente ao estabelecimento de uma parceria. No caso, articulamos com as diferentes estruturas de saúde, desde a comunidade terapêutica até ao IDT.

#### **Tem sido fácil essa articulação?**

**SR** - É relativamente fácil, algo que julgo ter a ver com a postura que adoptámos. Se calhar, não há o peso institucional e burocrático que outras instituições têm e, nesse aspecto, creio que somos privilegiados porque conseguimos facilmente estabelecer parcerias informais. Por outro lado, as parcerias informais funcionam da mesma forma que as formais, desde que haja abertura e credibilidade no trabalho que se faz.

**Mas quando se fala de estruturas públicas como um CAT ou outra unidade de saúde, ou um serviço da Segurança Social nem sempre será fácil conseguir-se essa articulação sem que haja uma formalização contratual...**

**SR** - Não, não é fácil. De qualquer forma, conseguimos, através da envolvimento do trabalho que desenvolvemos, estreitar um pouco mais os laços e encontrar outras alternativas. Isto tem também a ver com as mudanças verificadas ao nível das nomenclaturas relativamente ao próprio circuito de tratamento, o que não deixou de nos trazer alguns constrangimentos mas nada que não se possa ultrapassar.

**Para além da redução de riscos que fazem junto de ud's por**

**via injectável, oferecem algum tipo de programa destinado a utilizadores por via fumada?**

**SR** - Não. O único advento introduzido, com carácter de obrigatoriedade, por todas as equipas, foi a utilização do novo kit, destinado aos novos utilizadores.

**Referiu a comunidade de imigrantes enquanto destinatário do trabalho desenvolvido pela Associação. Que tipo de programas é desenvolvido junto desta população?**

**SR** - O trabalho é transversal. Existe uma triagem e um diagnóstico de uma problemática...

**...Mas esse trabalho vai mais além da vertente da saúde dos indivíduos?**

**SR** - Vai muito além da saúde porque existem normalmente questões associadas, como a legalidade, o facto de essas pessoas não poderem usufruir de uma série de serviços, inclusive, do Sistema Nacional de Saúde face à sua condição e, portanto, a prioridade consiste em tratar as questões sociais e, em complementaridade, normalmente mais tarde, as questões da saúde.

**Que tipo de intervenção realizam em meio prisional?**

**SR** - Temos o projecto Começar de Novo, que se encontra em funcionamento desde 2006 e teve origem no projecto Ponto de Partida. Trata-se de um projecto financiado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, no âmbito do programa ADIS/SIDA, no âmbito do qual não constituía nossa perspectiva inicial intervir exclusivamente no meio prisional mas antes a implementação de um gabinete numa zona geográfica onde existe uma maior concentração na região de Lisboa dos estabelecimentos prisionais, muito embora o projecto tenha uma abrangência nacional. A ideia consistia em transportar as valências existentes na zona

metropolitana de Lisboa para o concelho de Cascais. E, aí sim, já existe apoio jurídico, apoio social, apoio psicológico, prevenção em saúde em gabinete. É um espaço aberto e não é limitativo à população dos reclusos e familiares infectados e afectados por VIH/Sida. No fundo, acabamos por ter também outras problemáticas. No entanto, e face à experiência que a equipa técnica foi desenvolvendo ao longo do percurso, perfilhámos que não podemos estar a trabalhar uma pessoa – ou mais dificilmente chegaremos a uma pessoa que esteja em meio livre – se não houver um vínculo criado desde o início do cumprimento de pena.

#### Como procedem à aproximação a este tipo de população?

**SR** - Realizámos parcerias com alguns estabelecimentos prisionais que gozavam de autonomia junto dos serviços prisionais centrais para o fazer mas actuámos sempre privilegiando o contacto com a Direcção Geral dos Serviços Prisionais, parceria que ainda não foi formalizada, no entanto, há uma receptividade que é muito positiva. A nossa intervenção era muito orientada para a prevenção do VIH/Sida, VHC e toxicofilias. E só preconizávamos isto de duas formas: ou por acções de individualização, ou através de grupos psicoterapêuticos em contexto prisional durante o cumprimento de pena. Houve receptividade por parte de alguns, a mensagem, entretanto, foi passando, havia também alguma receptividade por parte da Direcção Geral dos Serviços Prisionais, e todas as solicitações que tivemos foram correspondidas.

#### Existem algumas experiências piloto que estão a ser desenvolvidas em meio prisional na área da redução de riscos. Os instrumentos disponibilizados são actualmente suficientes?

**SR** - Apesar de ser ainda muito nova, confesso que já estou um pouco farta de experiências piloto. Falta concretizar e operacionalizar as coisas. É óbvio que as pessoas têm sempre a ambição de implementar mais programas, alguns dos quais, provavelmente já extemporâneos e que já deveriam ter sido implementados mas creio que se formos um pouco irreverentes, é possível trabalhar e desenvolver programas, ainda que sejam mais limitados no tempo, no contexto e na região, desde que exista uma coisa estruturada e receptividade para implementar. É evidente que, da mesma forma que noutras áreas existem carências e insuficiências de programas, de políticas e de meios, no sistema prisional também sentimos isso. Se calhar, foi esse um dos motivos que nos levou a fazer esta candidatura e a querer desenvolver uma intervenção em meio prisional.

#### Com que objectivos surge a realização deste evento, as IV Jornadas de Saúde Mental e Justiça?

**SR** - Existe claramente um objectivo que tem a ver com a intervenção que desenvolvemos e com a realidade que conhecemos. Porque intervir em estabelecimentos em meio prisional a nível nacional é diferente de intervir num só estabelecimento prisional ou numa determinada região. Apesar de encetarmos esforços no sentido de uniformizarmos procedimentos nas diferentes áreas em meio prisional, há realidades que são específicas. Os estabelecimentos prisionais são micro sociedades. Há um funcionamento específico, há uma população específica e as intervenções também têm que ser diferentes. E faz-se muita coisa no meio prisional mas, normalmente, aquilo que é transportado para a realidade está associado ao menos bom. Existem iniciativas, existem coisas feitas até com carácter de sustentabilidade que não são do domínio público. Por isso, também pretendemos desmistificar estas questões e demonstrar às pessoas que não têm um conhecimento tão próximo do meio prisional, que existe um trabalho que é efectivamente realizado e que tem frutos e se traduz em mais-valias.



## Sexualidade e comportamentos de risco em meio prisional

Cláudio Jorge Pedrosa



“Não podes mostrar medo, eles implicam com isso. Tens que mostrar força. Tens que dizer as coisas de forma dura e olhar olhos nos olhos. Nunca baixes o olhar, como se tivesses medo de os olhar olhos nos olhos. É um sinal de fraqueza. Eu nunca abraçaria um amigo. Imagina que ele vai de saída precária e eu até estou feliz por ele. Eu ficava na minha. Não podes ter contactos físicos... Se mostrares às pessoas que te preocupas com elas ou que és um gajo porreiro, isso só te traz problemas. Não te largam até conseguirem alguma coisa de ti, como abutres à tua volta. Outra coisa é nunca mostrar medo ou qualquer sinal de fraqueza. Tens que ser um homem a tempo inteiro, um homem de acordo com o padrão da cadeia.”

Smith & Batiuk, 1989

### Circunstâncias que explicam a existência de contactos homossexuais nas prisões (Ibrahim, 1974)

- Ausência de elementos do sexo oposto;
- Tolerância relativamente a desvios do comportamento sexual;
- Oportunidades ocupacionais insuficientes;
- Sobrelotação;
- Ausência de um sistema adequado de caracterização e classificação de reclusos;
- Desvinculação do mundo exterior.

### Manifestações da sexualidade em meio prisional

#### 1. Homossexualidade Consensual

*Homossexualidade prévia à reclusão:* orientação sexual existia antes da entrada na prisão

*Homossexualidade Circunstancial:* mantêm uma identidade heterossexual mas envolvem-se em actos homossexuais como resultado da imersão prolongada em ambientes uni sexo e retomam contactos heterossexuais assim que regressam à convivência com ambos os sexos

*Consensual vs. Coacção:* Distinção ténue em meio prisional

#### 2. Homossexualidade Coerciva

- Vulnerabilidade acrescida: reclusos jovens e inexperientes;
- cumprimento de pena de prisão pela primeira vez;

- portadores de problemas de saúde mental ou défices do desenvolvimento;
- pequena estatura e fraca compleição física;
- reclusos identificados como homossexuais;
- reclusos transexuais;
- exhibir comportamentos efeminados;
- não ser um ‘duro’ ou do indivíduo vindo ‘da rua’;
- não pertencer a gangs;
- já ter sido vítima de abusos;
- ser identificado como ‘chibo’ ou delator;
- estar condenado por crimes sexuais

#### 3. Masturbação

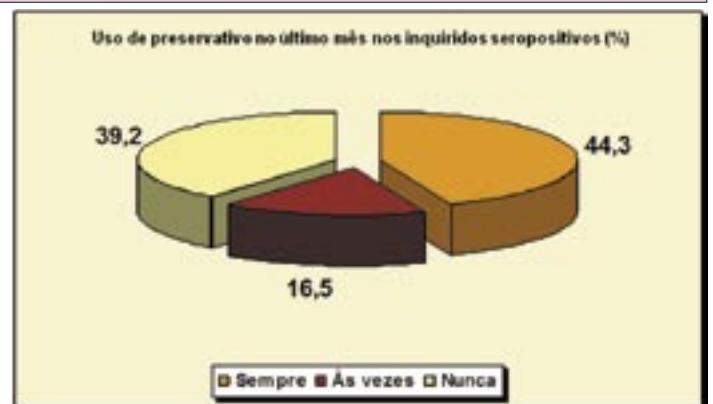
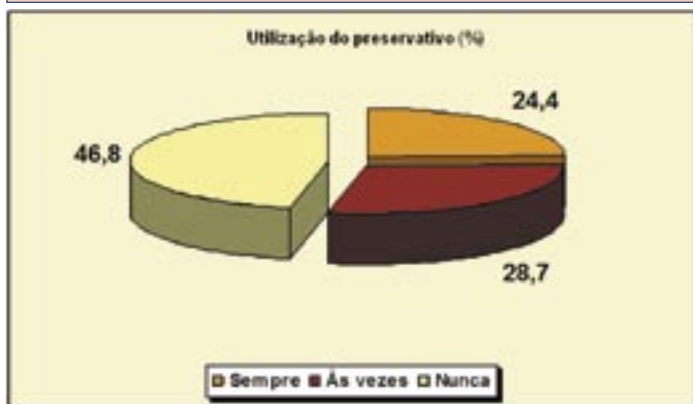
#### 4. Visitas Conjugais

Defensores:

- manutenção da família nuclear
- Reforçam laços matrimoniais
- aliviam a tensão emocional no cônjuge do recluso
- mecanismo de controlo e reforço comportamental e de estabilização emocional

Críticos:

- aumento de introdução de substâncias ilícitas na prisão
- risco de transmissão de doenças aos visitantes
- hostilidade da opinião pública



## Redução do risco de transmissão por via sexual de doenças infecto-contagiosas

Recomendações da Organização Mundial de Saúde (2007)

- Introduzir e expandir os programas de distribuição de preservativos nas prisões;
- Tornar o acesso a preservativos simples e discreto diversificando os locais na prisão onde possam ser obtidos longe de olhares alheios;
- Facilitar o acesso a lubrificantes;
- Preceder os programas de distribuição de preservativos com acções pedagógicas para reclusos e funcionários;
- Facultar o acesso a diques de borracha às reclusas.
- Implementação de medidas que permitam detectar, prevenir e reduzir todas as formas de violência sexual nas prisões, assim como a identificação dos agressores;

- Avaliação sistemática e rigorosa das políticas e programas que incidem violação e outras formas de violência sexual na prisão;
- Acesso à profilaxia pós-exposição para as vítimas de actos sexuais na cadeia.
- Reconhecer a existência de relações sexuais consensuais nas prisões e garantir que não são censuradas uma vez que isso desencoraja a procura de preservativos pelos reclusos;
- Assegurar que as relações sexuais coercivas, humilhações e violações nas prisões são estritamente interditas, que os procedimentos e consequências para castigar e/ou segregar os predadores sexuais são claros e que os cuidados clínicos e de aconselhamento estão à disposição das vítimas de violência sexual;
- Promover relações sexuais e relacionamentos interpessoais ajustados, incluindo a providência de instalações e condições dignas para a ocorrência visitas conjugais seguras e gratificantes.

# Os problemas de droga não têm limite de idade, diz o OEDT

“O abuso de substâncias é geralmente associado aos jovens, mas tais problemas não têm limite de idade”, diz a agência da UE de informação sobre droga (OEDT). No último número da série Drogas em destaque publicado no passado dia 3, com o título “Abuso de substâncias entre os adultos mais idosos: um problema esquecido”, o OEDT afirma que “as previsões para os próximos anos são inquietantes”.

A Europa regista um envelhecimento marcado da sua população: mais de um quarto da qual terá 65 anos ou mais até 2028. Segundo a nota, “estima-se que o número de pessoas idosas com problemas de consumo de substâncias ou necessitadas de tratamento devido a perturbações causadas por esse consumo, irá aumentar para mais do dobro entre 2001 e 2020”.

Embora o consumo de drogas ilícitas entre adultos mais velhos seja menos comum do que entre os jovens, a sua prevalência está a aumentar, diz a nota. Na Europa, entre 2002 e 2005, a proporção de doentes com 40 anos ou mais em tratamento devido a problemas relacionados com o consumo de opiáceos aumentou para mais do dobro (de 8,6% para 17,6%). Estimativas dos EUA apontam para um aumento até 300% do número de pessoas com mais de 50 anos que necessitam de tratamento por problemas de consumo de drogas entre 2001 e 2020.

O Director do OEDT, Wolfgang Götz afirma: “O número crescente de adultos mais velhos com problemas de consumo de substâncias irá impor novas e maiores exigências aos serviços de tratamento. Serviços habituados a tratar, sobretudo, populações jovens, terão de se adaptar para responder às necessidades deste grupo mais idoso”.

O envelhecimento pode originar problemas que constituem factores de risco para o abuso de substâncias, segundo a publicação lançada hoje. Entre esses problemas incluem-se problemas sociais (dificuldades financeiras), psicológicos (depressão) e físicos (patologias dolorosas).

O consumo problemático pelos adultos mais velhos de medicamentos de receita médica ou de venda livre, que pode ser “intencional ou não intencional” e variar em termos de gravidade, é outro dos problemas destacados na publicação. As pessoas com mais de 65 anos são responsáveis pelo consumo de cerca de um terço da totalidade dos medicamentos de receita médica, com frequência benzodiazepinas e analgésicos à base de opiáceos. As mulheres idosas correm um maior risco de abuso de medicamentos de receita médica do que outros grupos, embora os problemas deste grupo passem, muitas vezes, despercebidos.

As estatísticas mostram que os adultos mais velhos correm igualmente um risco relativamente mais elevado de ter problemas de alcoolismo. Na Europa, 27% das pessoas com 55 anos ou mais declaram beber álcool diariamente. O uso combinado de álcool e outras drogas pode estar na origem de problemas entre os idosos (acidentes, ferimentos), mesmo que bebam pouco ou moderadamente.

Se bem que muitos adultos mais velhos, consumidores de substâncias, contactem regularmente os serviços médicos devido a complicações de saúde, os problemas de consumo de substâncias neste grupo muitas vezes passam despercebidos aos profissionais de saúde ou são mal diagnosticados devido à falta de formação adequada neste domínio ou a critérios de diagnóstico não satisfatórios. É possível aplicar procedimentos de rastreio melhorados para detectar o uso de substâncias neste grupo, designadamente o uso abusivo de medicação (por exemplo, controlo das receitas repetidas/múltiplas ou indicações de tolerância).

“As realidades da evolução demográfica e a crescente necessidade de serviços sentida pelos consumidores de substâncias idosos estão a sobrecarregar financeiramente os recursos existentes”, diz a nota. “A própria inação implica custos e poderá inclusivamente vir a aumentá-los devido a crises ulteriores. A despesa global com esta faixa etária poderá ser reduzida graças à promoção de intervenções oportunas e eficazes, em contextos adequados”.



# OEDT discute prevenção indicada com peritos e pontos focais nacionais

O OEDT está prestes a publicar um relatório sobre prevenção indicada: a sua teoria base, relações, potenciais e conclusões a partir de intervenções, incluindo os aspectos da neurobiologia e da ética. Esta é uma área relativamente recente em matéria de prevenção, onde as intervenções e informações são muito menos disponíveis. Como se encontra muito ligada a comorbidades desenvolvidas durante a infância e a adolescência (desordens e condutas desviantes), requer uma abordagem multidisciplinar, que inclui o alargamento da intervenção a outros campos profissionais, desde a Psiquiatria da infância e adolescência, a investigação e intervenção precoce em consumo de álcool, trabalho social, parental e familiar.

A investigação recente neste campo tem-se revelado muito interessante e promissora e as respectivas intervenções desenvolvidas parecem ser mais eficazes do que as operadas a partir de outras áreas da prevenção.

A fim de familiarizar os Pontos Focais Nacionais e parceiros, com o enquadramento teórico e conceptual da prevenção indicada e de os envolver no planeamento de recursos, preservação e partilha da recolha de informação para o futuro (não REITOX), o OEDT organizou, nos passados dias 3 e 4 de Março, em Lisboa, uma reunião de peritos em prevenção indicada, com alguns líderes especialistas na matéria.

Durante o evento, foi apresentado e discutido pelos peritos presentes e representantes dos pontos focais nacionais o relatório do OEDT sobre prevenção indicada.

Parte do encontro foi ainda dedicada ao alcance de um acordo para a adopção de uma das propostas, entre os programas de prevenção apresentados e que estão a ser desenvolvidos na UE, a fim de desenvolver mais acções de prevenção indicada, investigação e intervenção relacionada com as informações disponíveis nos Estados-Membros.

Dependências participou no evento e registou alguns testemunhos.





## Gregor Burkhardt

### Em que consiste, concretamente, este projecto do OEDT relacionado com prevenção indicada?

**GB** - Este projecto do OEDT consiste em proporcionar um maior conhecimento aos profissionais dos Estados-Membros acerca da prevenção indicada – o que é, a que se aplica e questões neurobiológicas e a base psiquiátrica desta forma de intervenção que implica que haja uma cooperação entre várias profissões, desde

peessoas com bases médicas ou psiquiátricas, neurobiólogos, psicólogos, sociólogos...

### Até que ponto estaremos perante um tipo de prevenção mais assente em evidências científicas?

**GB** – Os programas aqui apresentados pelos Estados-Membros apresentam evidências de uma muito maior eficácia do que aquela que se conhece relativamente aos programas de prevenção universal. É um trabalho mais intenso, será provavelmente mais difícil captar o grupo, exige também mais conhecimentos.

### Qual são exactamente o grupos alvo de populações a que se dirigem estes programas?

**GB** – São essencialmente indivíduos de alto risco. Hoje falámos aqui sobre as diferenças entre a prevenção selectiva e a indicada. A nossa nova definição aponta para que a prevenção selectiva adapta-se às acções em que se aplicam apenas critérios mais administrativos e macros, menos destinados. Sabemos, por exemplo, que determinadas pessoas que são pronunciadas por posse ou consumo, certos grupos étnicos ou pessoas com problemas académicos, excluídos ou fracassados na escola apresentam, como grupo, um elevado risco de desenvolver problemas relacionados com o consumo de drogas. Mas esse é um critério simples e global – demográfico, administrativo. O grupo pode ser considerado de elevado risco e muitos indivíduos que o integram podem não assumir qualquer risco. Já a prevenção indicada, é realizado um diagnóstico do indivíduo, o factor de risco é perfeitamente identificado e pode, por exemplo, incluir alguma psicopatologia, alguma conduta que assuma um factor preponderante de risco. É uma prática ainda pouco utilizada porque exige muito maior conhecimento por parte de diversos agentes, envolve assistentes sociais...

### Quem diagnostica terá, então, que actuar em rede...

**GB** – A neurobiologia e a psiquiatria da infância e adolescência desempenham um papel bastante activo mas terão que contar com uma intervenção a par com outros profissionais. E na maioria dos Estados-Membros isso não funciona. Tem que haver comunicação entre psicólogos nas escolas, assistentes sociais, psiquiatras, instituições que intervenham na área.

### Neste dois dias de encontro estão a ser apresentados programas em desenvolvimento em diferentes Estados-Membros. O OEDT já possui alguma base avaliativa acerca dos mesmos?

**GB** – Existem dois programas que estão a ser mencionados no Relatório Anual mas a ideia aponta precisamente para alertar para a importância de ser realizarem avaliações e monitorizações. No entanto, já se sabe que estes programas são muito mais eficazes, que recorrem a técnicas muito mais inovadoras, intelectualmente estão dotados de evidências neurobiológicas, indicam muitas linhas orientadoras específicas como as formas de actuação em situações de conflito, os factores de inibição. São técnicas altamente eficazes e que não envolvem as clássicas metodologias de informar e alertar sobre os riscos. Há todo um trabalho de condicionamento que não obriga necessariamente a falar sobre as matérias clássicas mas ajuda as pessoas a saberem desenvolver um melhor auto-domínio e auto-controlo em situações de risco ou socialmente complicadas.

### O desenvolvimento deste tipo de programas implica um custo significativamente acrescido?

**GB** – Claro que existem custos mas a eficácia também aumenta exponencialmente. E basta pensar nos custos que actualmente os Estados – e não só – suportam com crianças institucionalizadas, agressivas, com problemas de desinibição. Representam praticamente 80 por cento dos custos com serviços sociais, serviços de juventude e são pessoas que, recorrentemente, voltam a ter problemas. O que se deve é actuar através de uma intervenção precoce quando se constata a existência de um nível sub-clínico mas já indicativo de algum problema mas não, como se faz hoje, através de uma fixação absurda no consumo mas ensinando as crianças com cinco ou seis anos a saberem controlar-se. Depois, os custos que muitos Estados-Membros acarretam anualmente com campanhas de prevenção universais nos mass media e que poucos efeitos produzem, poderiam ser muito melhor rentabilizados através da sua canalização para a implementação de programas de prevenção indicada.

### Qual é, no fundo, a missão do OEDT no seio desta nova orientação?

**GB** – O primeiro passo é, como sempre, dar a conhecer que isto existe, fornecer a definição, como se faz, que experiências existem nos Estados-Membros, apresentar as boas práticas. Existem cinco projectos e já não nos cingimos a monitorizar. Identificámos nesta área critérios rigorosíssimos de qualidade e de avaliação de eficácia. São poucos os programas mas apresentam um nível muito elevado de design, de estrutura, de intervenção e de qualidade. Há que monitorizar mais, preparar melhor os Estados-Membros para alargarem a sua oferta nesta área e estender mais esta vertente no Plano de Acção da EU que também é limitado, uma vez que apenas fala de intervenção precoce. Sempre foi nosso papel divulgar, alertar e qualificar. Em Portugal, por exemplo, quando constatamos a existência de planos integrados, de mapeamento de zonas, de programas baseados em diagnósticos de grupos vulneráveis, vemos que há a adopção de programas selectivos que não são comuns noutros Estados-Membros. Ou seja, existe potencial estrutural e estratégico. A teoria e os fundamentos institucionais estão lançados. A questão agora é alertar os profissionais sobre como fazer o diagnóstico, até porque muitos vêm do tratamento e só vêm as crianças filhas de pais toxicodependentes.





## Jörg Fegert, Chefe de Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Alemanha

**É possível constatar alguma preocupação em dotar estes programas de evidências científicas...**

**JF** – É muito importante basear o nosso conhecimento em evidências. Numa primeira fase, cada Estado-Membro tentou desenvolver os seus próprios programas e criar boas ideias, o que me parece muito importante, porque significa que estamos a ser criativos ao tentar concretizar novas abordagens em prevenção. Quando realizámos o relatório acerca de todas as actividades

desenvolvidas, descobrimos significativas diferenças entre os países mediterrânicos, os escandinavos, no Norte da Europa existem mais psicólogos e trabalhadores sociais, nos países mediterrânicos existem mais médicos... As abordagens são e têm que ser diferentes e culturalmente adaptadas mas precisamos igualmente de co-programar e de avaliar com critérios comuns no sentido de perceber o que realmente funciona. Numa segunda fase, a actual, temos que chegar a um consenso relativamente aos programas que se revelam mais prometedores, adaptá-los internamente em cada Estado e depois proceder a avaliações para que saibamos se estão realmente a funcionar como pretendido ou em que países funcionam melhor e pior.

### Porquê prevenção indicada?

**JF** – Se olharmos para a realidade como um todo teremos menores hipóteses de conseguir melhorias em determinadas crianças e jovens. No meu país, existem grupos de risco, como algumas crianças institucionalizadas que transportam inúmeros problemas sociais, que não têm família. Faz todo o sentido uma abordagem selectiva nestes casos, a qual se revela eficaz, por exemplo, no combate ao insucesso escolar ou na dotação de competências básicas. Mas também existem casos em que as necessidades são ainda mais particulares e mais exigentes. E tivemos aqui exemplos que demonstram que se nos focalizarmos efectivamente, através de programas de prevenção selectiva, em crianças de alto risco que desenvolveram uma personalidade agressiva ou compulsiva, as probabilidades de obtermos êxito são muito maiores. Existem aspectos biológicos ou neurobiológicos que podem ser detectados e trabalhados a um nível mais individual e que se podem revelar decisivos e que, através da prevenção selectiva ou universal nunca seriam sequer ponderados. E há depois uma intervenção precoce multidisciplinar que é fundamental se quisermos ajudar estas pessoas a desenvolverem-se de uma forma mais saudável e harmoniosa.



## Patricia Conrod, Reino Unido

“Creio que há um reconhecimento por parte de determinados Estados-Membros da necessidade da implementação de programas baseados em evidências científicas fortes.

São constatáveis esforços nesse sentido, apesar de ainda verificarmos abordagens mais populares do que baseadas em evidências. Mas, no campo da saúde e no que respeita à educação, fala-se cada vez mais em evidências científicas. É óbvio que a avaliação neste campo resulta num processo moroso, que envolve milhares de crianças e pais e um significativo investimento, cujos resultados, provavelmente, só serão conhecidos daqui por dez anos. Mas mantenho a esperança numa renovação das expectativas relativamente ao necessário trabalho em prevenção que, na década de 90, face às estratégias universais adoptadas, não originou grandes resultados mas, actualmente, estamos a trabalhar com afinco e com recurso a novas técnicas e metodologias mais inovadoras. Creio que as pessoas começam hoje a perceber a necessidade de intervir sobre populações de muito alto risco, o facto de os consumos tenderem a iniciar-se em idades mais precoces, em períodos vulneráveis, traz-nos novas responsabilidades e, nesse sentido, a aposta no desenvolvimento de programas de prevenção indicada igualmente dirigidos a populações em idades precoces afigura-se fundamental para que possamos alterar os cursos de vida que, de outra forma, dificilmente se conseguiria”.



# Portugal acolhe II Conferência Internacional da ISSDP: **A economia da droga**

Portugal foi o país escolhido para acolher a Segunda Conferência Internacional da International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP). Durante os dias 3 e 4 de Abril, sob a organização do IDT e do OEDT, cerca de 130 profissionais de diversas agências nacionais e internacionais participaram, no auditório do Infarmed, em Lisboa, numa conferência de interesse para uma ampla gama de disciplinas, incluindo economia, epidemiologia, saúde pública, sociologia, antropologia e ciência política. Os participantes convidados representavam uma variedade de contextos institucionais, desde universidades, agências nacionais e internacionais activas na política de drogas e instituições de investigação independente. A visão economicista não redutora sobre um mercado de droga, os consumos, custos sociais e individuais inerentes foi um dos destaques. A divulgação dos dados recolhidos por diversas entidades e de métodos matemáticos que auxiliem a realização de cálculos e interpretações analíticas que indiquem pistas para uma intervenção mais eficaz por parte dos decisores políticos, ao nível da concepção de estratégias e definição de acções em áreas como a prevenção, o tratamento, a redução de riscos, a dissuasão e a reinserção. Dependências marcou presença no evento e falou com Fátima Trigueiros, do IDT, e com John Strang, do Addiction Center, do Reino Unido.



## **Moderou um painel subordinado ao tema custos e despesas relacionados com drogas. Que principais conclusões retirou do mesmo?**

**Fátima Trigueiros (FT)** – Este painel foi muito interessante porque apresentou duas intervenções, uma oriunda de um país da União Europeia e outra da Agência Europeia estabelecida em Lisboa, o OEDT, sobre como calcular as despesas públicas em matéria de droga. É um dos selected issues, ou seja, um dos tópicos especiais do Relatório Anual do Observatório Europeu para 2008. Os países europeus fizeram o exercício de recolha de dados, no sentido de se poder perceber de que forma os Estados Membros da UE, a 15, a 28 e a 35 poderiam dar esses elementos para, depois, a quatro anos, se verificar um crescendo de obrigações de fornecimento de dados. O que constatámos foi, não apenas uma participação muito grande, mas igualmente uma evolução da situação relativamente à anterior que, como Luis Prieto disse, era zero. As despesas públicas têm que ser divididas em directas e indirectas, as directas são facilmente calculáveis – vamos aos orçamentos gerais e às contas de Estado e encontramos, de alguma forma, essas despesas -, mas não são as totais em matéria de droga. É preciso fazer um cálculo, por exemplo, de quantos no sistema prisional estão relacionados com crimes por tráfico de droga ou para financiamento de droga – em Portugal, não temos actualmente ninguém preso por consumos – e fazer um cálculo extrapolado. Portugal até se colocou muito bem porque soube dar 78 por cento dos dados e cumpriu as metas que consistiam em fazer a apresentação desses dados, quer segundo o sistema de classificação das despesas das Nações Unidas, quer segundo a classificação Reuter em prevenção, tratamento, redução de riscos e reinserção.

## **Em que medida corresponderá a apresentação de Rosalie Pacula sobre um sistema alternativo para avaliar os custos económicos do abuso de drogas a um novo paradigma?**

**FT** - A apresentação da Rosalie Pacula, da RAND Corporation, uma organização sem fins lucrativos dos Estados Unidos da América, muito conhecida e que trabalha em várias áreas e que tem um trabalho interessante sobre a avaliação da estratégia. Trata-se de uma abordagem diferente: enquanto a dos países da UE é realizada de cima para baixo, esta é de baixo para cima. É obviamente impossível, nos EUA, conseguir-se encontrar os dados que aqui encontramos uma vez que estamos perante dois estilos políticos diferentes e, portanto, tiveram que construir um modelo que tivesse em conta várias questões como os percursos de droga, o género, a idade, a idade de iniciação, entre outras, para



construir uma extrapolação sobre quanto custa o consumo de droga. Não sobre o ponto de vista do custo de saúde mas sobre o custo para a sociedade. Nalgum ponto, esses dois sistemas vão encontrar-se e nalguns tópicos haverá uma certa equivalência. É claro que os países da UE têm um código de comparabilidade dos dados e daí este papel do OEDT e a importância da apresentação do Luís Prieto. Creio que as questões apresentadas e discutidas foram muito boas, os comentários foram igualmente muito bons, o facto de termos quase tantas pessoas dos EUA como de outras nacionalidades, designadamente da UE, é também muito significativo e permite-nos mostrar o que estamos a fazer. Creio que esta conferência apresenta o estado da arte em matéria de investigação e da comunidade científica, quer esteja ela localizada nas universidades, nas agências nacionais como o IDT ou em “think tanks”, como a RAND Corporation ou a Matrix Research and Consulting. E isso é importante. Recordo-me de, em 1997, na Comissão dos Estupeficientes, uma das soluções aprovadas determinava que os Estados deveriam ter economistas, nas suas administrações, uma vez que o mercado de droga existe e a ilicitude dessa operação tem que ser encarada do ponto de vista económico. Saber quais são os ganhos que os traficantes têm, o que representa para as populações, obrigadas ou não a cultivar... E desse ponto de vista creio que demos um salto de canguru – e temos aqui muita gente da Austrália. Nós temos contado, nesta conferência, com a apresentação de modelos matemáticos para calcular diversos factores que vão depois ser fornecidos aos decisores políticos para construir as suas decisões e políticas nestas matérias.

**Além dessa recolha de dados e posterior fornecimento aos decisores políticos, também vos cabe alguma função analítica?**

**FT** – Sim, claro que o papel é fundamentalmente analítico. Esses modelos e a recolha dos dados vão permitir-nos estudar o que fazer e em que ponto será mais eficiente e efectivo intervir, por exemplo,

em matéria de prevenção e tratamento e dar essas pistas aos decisores políticos...

**Falando-se aqui de uma economia relacionada com as drogas, essas pistas indicarão igualmente indicações para uma intervenção ao nível da repressão?**

**FT** – Nós não temos abordado aqui a repressão mas antes em custos do crime e em quanto custa intervir em determinados momentos da vida ligada ao crime de um consumidor. Ontem, houve uma apresentação do juiz Steven Alm e creio que é muito interessante que tenhamos aqui um juiz no meio da comunidade académica e científica e de funcionários de vários países da UE e do OEDT, que veio dar uma visão muito inovadora sobre a intervenção naqueles que estão com a pena suspensa. Segundo o próprio, é mais barato investir e, na sua comarca, no Havai, existe um oficial de justiça para cada 180 condenados com pena suspensa, o que se afigura muito pouco, na medida em que a intervenção junto dessa população, no sentido de realizarem testes para se saber se estão positivos ou negativos ou para se saber por que não se apresentaram com a periodicidade a que estão obrigados sai mais barato do que deixá-los ir para a cadeia prisional, o que representa um custo de 45 mil dólares por ano, em comparação com o custo que representa ter mais um funcionário, passando a ter-se, em vez de 1 para 180, ter-se 2 para 90.

**Em que medida apontarão os dados recolhidos para a necessidade de se investir mais ainda em programas de prevenção?**

**FT** – Reforça isso, como determina a necessidade de intervir cada vez mais cedo. No que concerne ao Plano de Acção Contra as Drogas Horizonte 2008, em Portugal, o tratamento está no vector redução da procura, portanto, já não falamos apenas em prevenção mas nesta, tratamento, redução de riscos e dissuasão. Isso significa que, para recursos escassos, temos que aumentar o valor de cada euro gasto, daí



## John Strang, Addiction Center, Reino Unido

### Manter dependentes em heroína: Fazer algo com sentido apesar da aparente falta de senso

John Strang realizou uma das mais aplaudidas e interessantes apresentações do segundo dia da conferência. O responsável do Centro de Adições do Reino Unido falou sobre um programa experimental que está a ser realizado naquele território, apontando claras vantagens inerentes à administração de heroína e metadona por via injectável a determinados utentes. Para o efeito, o estudo elege três grupos, sendo a um deles administrada heroína por via injectável, a outro metadona pela mesma via e a um terceiro, metadona por via oral. Não podendo adiantar desde já os resultados finais da experiência piloto, John Strang adiantou a Dependências que são já constatáveis os benefícios inerentes à administração por via injectável das duas substâncias a determinados grupos de toxicod dependentes e prometeu para breve a divulgação dos resultados do ensaio. Aqui

ficam as declarações possíveis até ao momento:

“Estamos a realizar um ensaio que visa comparar, em três grupos, a prescrição de heroína injectável e de metadona injectável especificamente em doentes que fracassaram repetidamente em tratamentos anteriores. Queremos constatar se, para essas pessoas cujos tratamentos não produziram quaisquer resultados, haverá algo diferente que possamos fazer no sentido de lhes proporcionarmos algo mais intensivo e uma transformação mais saudável. Ao terceiro grupo está a ser administrada metadona por via oral e, nestes, estamos atentos para que possamos ter a absoluta certeza de que as doses são suficientes e que os apoios sociais estão presentes. Primeiro, queremos saber, de entre aqueles pacientes que diziam estar a sentir-se mal, quantos poderão obter benefícios se lhes oferecermos uma melhor qualidade no tratamento oral. Em segundo lugar, em que medida poderá o recurso, quer à heroína injectável, quer à metadona injectável, melhorar a qualidade de saúde e de vida destes utentes e, finalmente, comparar os resultados obtidos a partir da administração de heroína injectável com a administração de metadona injectável. Para já, ainda não estamos autorizados a divulgar os resultados, uma vez que o ensaio ainda não está concluído mas esperamos fazê-lo até ao final do presente ano”.

a necessidade de saber quanto mais cedo intervir. É uma visão economicista sim, mas não uma visão economicista redutora que dite que vamos apenas intervir onde vale a pena. Há um sentido humanista e pragmático.

#### Em que medida evidenciará essa visão os proveitos inerentes a uma intervenção eficaz em redução de riscos?

**FT** – Esse foi precisamente um tema debatido e foi demonstrado de que maneira a redução de riscos tem efeitos no percurso do consumidor. Foram apresentações muito interessantes, muito elaboradas em termos de modelos matemáticos mas, se constatarmos que os matemáticos doutorados se encontram hoje nas salas de bolsa dos grandes bancos para calcular onde vale a pena investir e para vender pacotes financeiros, então creio que estamos a empregar bem o nosso capital humano e a nossa massa cinzenta.

#### Que principais conclusões saíram desse painel que discutiu em torno da redução de riscos?

**FT** – A ideia principal aponta que a redução de riscos é, muitas vezes, apresentada como uma tentativa de retirar os toxicod dependentes da rua e minimizada nalguns países. Não necessariamente em Portugal mas não nos esqueçamos que esta é uma conferência internacional em que estão presentes muitas pessoas dos EUA, da Malásia e da Austrália e é importante que se faça esta troca de ideias. E se

pensarmos que nos EUA, o tratamento nem sequer é público, existe uma larga fatia de consumidores que não tem acesso ao tratamento, muito menos se pensa em redução de riscos. Daí que tenha sido importante valorizar esse aspecto: que a intervenção em redução de riscos tem grandes ganhos para a sociedade e para o indivíduo. Foi realçado que o consumidor é, antes de mais, um cidadão que merece ver as suas necessidades atendidas.

#### O facto de a organização ter eleito Portugal para a realização da conferência tem algum significado especial?

**FT** – Creio que sim. Estou muito satisfeita. Foi muito trabalho para nós, IDT, e para o OEDT, a quem coube a organização. Significa, por um lado, a disposição de uma instituição como o IDT para acolher e disseminar o pensamento científico. O IDT tem competências nessa matéria e é uma satisfação vê-las serem postas em prática e terem estes resultados, especialmente no ano em que estamos a acabar o Plano de Acção 2005-2008. Estão aqui cerca de 130 pessoas representando mais de 20 nacionalidades, o que é muito bom para nós. Poder partilhar em Portugal, com os nossos técnicos, com a nossa comunidade científica – uma das apresentações foi da autoria da Prof. Anália Torres, temos professores universitários e pessoas do IDT, tanto nas mesas como moderadores. É muito importante esta valorização, o estabelecimento de um networking, o próprio conhecimento entre as pessoas corresponde a um investimento muito importante que, mais tarde, se haverá de repercutir.



# Rede Europeia de **Inclusão Social** e Saúde

São ainda muitos os cidadãos residentes na UE que não têm acesso à saúde básica e a serviços sociais. Isso coloca um entrave para a sua própria saúde e bem-estar e para a saúde pública em geral. São pessoas que vivem permanente ou temporariamente fora da sociedade, porque pertencem a um grupo estigmatizado (minorias étnicas, trabalhadores do sexo), envolvendo-se em comportamentos de risco (utilizadores de drogas) ou encontrando-se, por vezes, a si mesmos, em situações de risco (jovens experimentando drogas em ambientes festivos), nas quais estão impedidos de recorrer à protecção e segurança das estruturas da sociedade. Estes indivíduos não podem ser identificados como um grupo ou categoria de pessoas, mas partilham uma combinação das seguintes características: desalojamento, comportamento (de risco) estigmatizado, baixo estatuto social e económico, exclusão social, situação judicial ilegal, mobilidade, migração, parte de um grupo étnico minoritário. Muitos deles estão envolvidos no consumo de drogas e trabalho sexual.

A Rede Correlation vai ligar diferentes iniciativas, não pretendendo concentrar-se em grupos ou situações particulares, mas no elemento marginalização e exclusão em geral. O objectivo geral do projecto é simples, encerrando, no entanto, alguma complexidade: melhorar o acesso aos serviços. Os parceiros da rede abrangem uma ampla gama de experiências e actividades: Institutos Nacionais de Saúde, Institutos de Investigação, equipas de rua, fornecedores de serviços e organizações independentes dos utilizadores dos serviços. A Correlation coopera com outras redes europeias, entidades transnacionais, organizações do Leste da Europa e os E.U.A.

A Rede Correlation está dividida em quatro núcleos ou equipas diferentes. Cada núcleo e os grupos de especialistas correspondentes estão em correlação com os outros núcleos, a fim de estimular a discussão mútua, melhorar os diferentes resultados e perseguir objectivos comuns.

## **Tornar os serviços acessíveis**

Todos os núcleos e grupos de especialistas devem tentar obter um óptimo envolvimento por parte dos utilizadores dos serviços, tal como define o objectivo global: “tornar os serviços acessíveis” é algo que não pode ser alcançado sem a consulta e participação do público-alvo em questão. Significa isto que os prestadores de serviços e os utilizadores do serviço necessitam de trabalhar em conjunto sobre a eficácia e a viabilidade das diferentes actividades e implementações. O Núcleo de Investigação apoia este processo através da avaliação das diferentes acções, o que garante a obtenção de conclusões baseadas em evidências. O envolvimento dos políticos e decisores políticos no Núcleo de Debate de Políticas aumenta o impacto das actividades de rede, na medida em que a sua compreensão e apoio quer a nível nacional, quer a nível europeu se reveste de inestimável importância.

## **Objectivos**

Com as nossas acções, pretendemos melhorar o acesso aos serviços através de informações baseadas em evidências, avaliando e medindo a eficácia dos serviços prestados, melhorar o acesso aos serviços através de um aumento do apoio e de consulta entre os decisores políticos, prestadores de serviços e utilizadores do serviço, melhorar o acesso aos serviços de recolha de dados e informações sobre os diferentes e difíceis de alcançar grupos-alvo e tornando os prestadores de serviços conscientes da peculiaridade dos diferentes grupos e melhorar o acesso aos serviços através do desenvolvimento, implementação e avaliação das diferentes metodologias.

Ao fazê-lo, pretendemos contribuir para uma melhor compreensão da dimensão europeia da marginalização, saúde e inclusão social, contribuir para a melhoria dos serviços para estes grupos marginalizados, para a criação de um centro de especialização, fazer submergir a divisão das estratégias de redução de danos, estudar o acesso e a eficácia dos cuidados de saúde e serviços sociais, fornecer competências e formação para os profissionais da saúde e utilizadores de serviços em diferentes áreas, divulgar informações, dados e conhecimentos.

## **Parceiros**

Associações representantes de 30 países, num total de 70 parceiros, entre os quais a Associação Piaget para o Desenvolvimento (APDES) e o OEDT, de Portugal.

## **O Núcleo de Investigação**

Os prestadores de serviços estão em constante desenvolvimento, adaptando e implementando novos serviços. Na maioria das vezes, essas implementações são realizadas, porque as agências individuais identificam necessidades específicas entre o grupo-alvo. Posteriormente, uma determinada metodologia é adoptada, por ser considerada eficaz. Contudo, factores como a falta de tempo, limitações financeiras ou falta de perícia contribuem muitas vezes para o fracasso dos prestadores de serviços devido à falta de avaliação e medição dos diferentes serviços prestados. A investigação existente não está disponível e não há nenhuma ligação com as agências

de investigação. Além disso, as ferramentas de recolha de dados padrão não estão disponíveis ou não são utilizadas de forma adequada. Portanto, é difícil dar informações baseadas em evidências sobre o acesso e a eficácia dos serviços prestados.

## **O Núcleo de debate de políticas**

Como a Europa está a expandir-se e a transformar-se, enfrenta dezenas de desafios, complicações e limitações. Algumas situações são similares, familiares, mesmo “crónicas” (por exemplo, situação da saúde da população da maioria consumidores de opiáceos), outras situações novas e desconhecidas (por exemplo, redes transeuropeias de migração ou a dimensão e a natureza dos problemas nas comunidades ciganas na CEE). A situação nas diferentes regiões é complexa, diversificada, muitas vezes persistente e, em alguns casos, alarmante (ex. panorâmica do VIH na região báltica). As condições de vida, bem como da saúde e perspectivas sociais dos utilizadores de drogas, profissionais do sexo, minorias étnicas privadas de direitos civis, e jovens vulneráveis são críticas. As respostas tradicionais de redução de danos, tal como se foram desenvolvendo ao longo dos últimos 25 anos, estão a ser questionadas, apesar da experiência e provas existentes tendo mesmo, em alguns casos, revertido. A tendência geral na maioria dos países europeus aponta para uma prevalência da ordem pública sobre a saúde pública e a inclusão social. Os trabalhadores de equipas de rua e outros profissionais envolvidos, como os prestadores de serviços e grupos de interesse sentem-se muitas vezes desamparados e incapazes de realizar o seu trabalho. Por outro lado, os decisores políticos não têm muitas vezes consciência da realidade da rua e as reais implicações dos seus esforços. A comunicação entre ambos os intervenientes é vital. Mas a prática actual mostra muitas vezes pobres e insuficientes níveis de comunicação, a fim de enfrentar as tarefas mutuamente. Todos os intervenientes se sentem isolados do seu lado da arena. O objectivo geral do Núcleo de Debate Político consiste em estimular e apoiar o desenvolvimento de políticas nacionais abrangentes em matéria de inclusão social e promoção da saúde entre as populações marginalizadas, fornecendo uma plataforma de diálogo com os decisores políticos, prestadores de serviços e grupos de interesse.

## **Núcleo Grupos difíceis de alcançar**

Os grupos difíceis de atingir têm, por definição, um acesso insuficiente aos serviços sociais e de saúde. Devido à sua origem, circunstâncias de vida ou comportamentos (de risco) são colocados fora das correntes principais da sociedade. Os comportamentos de risco, a mobilidade, as tendências de consumo de drogas, a aplicação da lei e as políticas têm as suas influências sobre as populações marginalizadas e colocam continuamente os prestadores de serviços, os investigadores científicos e decisores políticos perante novos desafios. Este fluxo está centrado em três grupos específicos difíceis de atingir como exemplos de pessoas marginalizadas: profissionais do sexo, jovens em risco e migrantes. Cada subgrupo da Correlation (grupo de especialistas) tenciona melhorar o acesso aos serviços médicos e sociais para o seu grupo-alvo específico, apoiado pelo Núcleo de Investigação e o de Metodologia. Ao fazê-lo, a capacitação e envolvimento dos seus pares têm alta prioridade.

## **Núcleo de Metodologia**

Os prestadores de serviços têm desenvolvido e implementado muitos métodos, de modo a aproximar-se e chegar a diferentes grupos-alvo. Metodologias particulares foram adoptadas em áreas específicas, mas não são conhecidas ou utilizadas em outras áreas (utilizador de drogas trabalhador do sexo). Outras metodologias são muito novas e os prestadores de serviços enfrentam falta de informação, conhecimento e experiência. Por isso, este núcleo incide especialmente sobre a identificação dos métodos que são viáveis em diferentes campos de trabalho. Neste núcleo, iremos trabalhar em outreach, baseado na Internet e em metodologias de empowerment. Estes três subgrupos (grupos de peritos) estão a trabalhar em estreita colaboração com o Núcleo Grupos Difíceis de Alcançar, a fim de garantir valores cruzados. Além disso, implementações específicas e acções serão levadas a cabo em cada grupo de especialistas como modelos de boas práticas. Cada grupo de especialistas irá organizar um seminário sobre o tema específico em questão. Apesar de este seminário ser organizado pelo Núcleo 4, a entrada e a cooperação dos outros núcleos é essencial, na medida em que a sobreposição e cruzamento de tópicos contribuirá para os objectivos dos seminários.

## **Contacto:**

Regenboog AMOC  
C / o Correlation  
Katrin Schiffer, Coordenadora de Projecto; Eberhard Schatz, Coordenadora de Projecto  
Stadhouderskade 159, 1074BC Amsterdam, Holanda, Tel. +31 2067211 92, Fax. +31 2067196 94, [Info@correlation-net.org](mailto:Info@correlation-net.org)

Padre José Maia “presta contas” do trabalho da Fundação Filos e “pede contas” a Rui Rio

## “Os problemas sociais do Bairro São João de Deus não ficaram atenuados com a demolição das casas”

No passado dia 26 de Março, como é habitual todos os anos por esta altura, a Fundação Filos decidiu prestar contas à cidade do Porto acerca do trabalho que vem desenvolvendo anualmente nos territórios que eleger como espaços de intervenção. Constituindo o Bairro São João de Deus um desses territórios e, face à indignação perante a ausência de respostas sociais da autarquia portuense face à realidade actualmente vivida naquele espaço, o Padre José Maia, presidente da Fundação Filos, lançou um conjunto de interrogações que gostaria de ver respondidas pelo presidente da Câmara Municipal do Porto, Rui Rio. Que projecto tem o edil portuense para o Bairro São João de Deus e por que razão decidiu, num projecto que, considera o Padre Maia, se resumiu a demolições, começar por demolir as casas mais novas e em melhores condições existentes no bairro são as principais dúvidas do também presidente do Centro Claretiano, entidade responsável pela concretização do Projecto de Luta Contra a Pobreza e construção das referidas casas entretanto demolidas. Dependências ouviu o Padre José Maia falar sobre estas e outras questões e... tentou igualmente ouvir o autarca do Porto... em vão...

“Normalmente, digo o que penso mas, antes de o dizer, penso e, desta vez, escrevi”

**Que motivos o levaram a chamar a comunicação social e a veicular a sua indignação face à situação vivida no Bairro São João de Deus?**

**Padre José Maia (PM)** – Todos os anos, no mês de Março, a Fundação Filos tem o hábito de dar contas à opinião pública da cidade acerca daquilo que anda a fazer. E costuma convidar a comunicação social para que seja veiculadora do que fazemos. Este ano, além de termos um conjunto de relatórios realizados pelas equipas técnicas com que trabalhamos, designadamente ao nível do Rendimento Social de Inserção, da equipa de prevenção e de um trabalho que estamos a desenvolver junto da população toxicodependente em parceria com o Dr. Luís Fernandes sobre as questões associadas ao tráfico e as rotas do tráfico, quis entregar um documento alusivo à realidade do Bairro São João de Deus. Normalmente, digo o que penso mas, antes de o dizer, penso e, desta vez, escrevi.

**E o que pensa afinal?**

**PM** – O Bairro São João de Deus, onde a Fundação Filos está a trabalhar desde o ano 2000, foi trabalhado por uma IPSS chamada Centro Claretiano, de 1990 a 2000. Foi essa IPSS, de que também faço parte, que levou a cabo um Projecto de Luta Contra a Pobreza no bairro, tirando 270 famílias de barracas e deu-lhes 270 casas. Em 2000, era suposto que a Câmara Municipal do Porto, na altura da responsabilidade social da Dra. Maria José Azevedo, assumisse os seus compromissos.

**E em que consistiam esses compromissos?**

**PM** – No final do Projecto de Luta Contra a Pobreza, procedemos, junto da Câmara, à entrega dos loteamentos feitos, como estava escrito no alvará de loteamento, para que a Câmara os administrasse para os fins de prossecução do Projecto de Luta Contra a Pobreza. Constatámos que a Câmara, na altura com a Dra. Maria José Azevedo no pelouro, sentiu algumas dificuldades, pois não concordava que fosse a Câmara a administrar, nessa parte final, as referidas casas mas nós temos instrumentos jurídicos aprovados pela Assembleia Municipal, onde isso estava previsto. Então, o Centro



“Não sei se o Bairro São João de Deus é para ser um chão de cidadania onde se possam desenvolver projectos de bem-estar social ou se é para ser um chão de interesses comerciais”



“Em 2000, era suposto que a Câmara Municipal do Porto, na altura da responsabilidade social da Dra. Maria José Azevedo, assumisse os seus compromissos”

Claretiano, que deixou aprovados quatro projectos para quem os quisesse concretizar, convidou várias instituições e nenhuma apareceu. Foi então que decidi intervir através da Fundação Filos para que não restasse esse vazio e o abandono. E a Fundação Filos, pelo seu trabalho quotidiano, e pelos batedores de rua que são os nossos técnicos, sente que, ao fim destes anos, não pode continuar calada. Chamamos a atenção e, enquanto presidente do Centro Claretiano, que foi quem fez aquelas casas todas, ao ver que foram abandonadas sem qualquer explicação, entendo que é altura de solicitar ao Dr. Rui Rio as respostas para algumas dúvidas que temos. E decidi fazê-lo agora porque, no próximo ano, em Março, quando voltarmos a agendar uma conferência de imprensa, não pretendo que qualquer juízo feito possa ser depois gerido do ponto de vista “eleiçoeiro”. Não haver eleições e o meu combate não tem nada a ver com isso. E as questões que hoje coloco, fora de qualquer contexto eleitoral, resumem-se a isto: dizer ao Dr. Rui Rio que, na nossa percepção, os problemas sociais do Bairro São João de Deus não ficaram atenuados com a demolição das casas. E esta é uma afirmação. Ainda não passei às interrogações...

#### **Quer dizer que no mandato do Dr. Rui Rio a intervenção no Bairro São João de Deus se resumiu às demolições?**

**PM** – Esta é a minha opinião: no mandato do Dr. Rui Rio aquilo que se fez foi demolir casas.

#### **Demoliram-se as casas e para onde foram as pessoas?**

**PM** – Demoliram-se as casas e, na altura, o que quis saber foi se as pessoas que as habitavam iam ter direito a novas casas. Soube, porque interpelei a Câmara, e foi-me dito por escrito que iam garantir casa a quem tinha casa. Claro que deram casas velhas a quem tinha casas novas, no entanto, entendi essa resposta de tirar de lá pessoas para outros bairros porque, para muita gente, continuar a viver ali, com o ambiente que imperava era complicado.

#### **Mas não foram para ambientes iguais ou até piores?**

**PM** – Tenho uma ideia porque ouço as minhas equipas... Mas sei que havia gente que se sentia mal a viver no Bairro São João de Deus porque, quem devia tomar conta do bairro, as autoridades, não exercia o seu dever. E até acredito que algumas dessas pessoas, ainda que estivessem a mudar para casas piores, só pelo facto de saírem daquele inferno, aceitassem a transferência de bom grado. Agora, aquilo que sei e vim a saber designadamente a partir do acompanhamento que fa-

“Entendo que é altura de solicitar ao Dr. Rui Rio as respostas para algumas dúvidas que temos. E decidi fazê-lo agora porque, no próximo ano, em Março, quando voltarmos a agendar uma conferência de imprensa, não pretendo que qualquer juízo feito possa ser depois gerido do ponto de vista “eleiçoeiro”

zemos a crianças é que não foi realizado o trabalho social que devia ter existido para seguir o itinerário de muitas crianças que, a meio do ano lectivo, foram sendo mudadas para outras áreas. Depois, e aqui já são perguntas para o Dr. Rui Rio, não percebi até hoje por que é que, num projecto que foi anunciado como projecto de reconversão do Bairro São João de Deus, elegeram todas as casas novas para serem as primeiras a serem demolidas. Sei quem lá estava: casais jovens, com crianças pequenas. E, quando existiam casas antigas, em muito pior estado e com muito mais lixo, por que é que as casas novas foram as primeiras a ser demolidas, quando não inviabilizavam nada do que está lá feito. E esta Câmara, honra lhe seja feita, fez duas ruas programadas no âmbito desse projecto que previa a abertura do bairro à cidade. E, já agora, porque li no Jornal de Notícias no ano passado que a Câmara tinha vendido terrenos do Bairro São João de Deus, quis também perguntar que terrenos foram esses. Porque no Projecto de Luta Contra a Pobreza foram feitas construções em terrenos que eram da Câmara mas outras casas foram edificadas em terrenos que não eram da Câmara mas antes tinham sido comprados pelo Centro Claretiano para concretizar o projecto. O Centro Claretiano não foi apenas parceiro do projecto. Foi promotor e dono da obra. Se houvesse algum problema no Bairro, se algum bloco caísse por má construção, era eu quem ia a tribunal, como presidente da instituição.

#### **Mas a Câmara Municipal do Porto acusa-o de mentir quando diz que os terrenos em questão não são todos propriedade da mesma...**

**PM** – O que eu disse e escrevi está feito, a Câmara recebeu-o e a comunicação social tem-no em seu poder. Aquilo que o jornalista relata acerca do que se passou é problema do jornalista e já não é meu. No jornal, li que uma assessora da Câmara, confrontada com um documento que eu tinha dado, terá dito que eu menti e que ando a fazer isso há uns anos à cidade. Tive o cuidado de procurar saber se essas acusações correspondem à verdade e, a ser assim, admito que poderão ter consequências. Aquilo que se diz não é propriamente simpático. Eu tenho por obrigação moral não mentir, mais ainda numa situação desta gravidade. Mas relativamente a essa questão, cada jornalista faz o relato que entende, eu tenho perguntas escritas para as quais quero respostas escritas. É evidente que a assessora do Presidente teve uma reacção mas o Presidente é que

“Sempre falei mas houve um momento em que impus a mim mesmo um tempo de silêncio porque me foi dito que, se me calasse, ajudaria a cidade... Eu só não quis comprometer o tal Plano de Reconversão do Bairro São João de Deus...”

é politicamente responsável e, se este entender dar as respostas às perguntas que coloquei, e se estas forem consideradas idóneas, compreenderei pois a minha vontade não é litigar.

**Por que razão disse que, a partir deste dia, acabou o silêncio na cidade do Porto?**

**PM** – E sempre falei mas houve um momento em que impus a mim mesmo um tempo de silêncio porque me foi dito que, se me calasse, ajudaria a cidade...

**E quem lhe disse isso?**

**PM** – Disseram-me...

**Esse silêncio foi generalizado?**

**PM** – Eu só não quis comprometer o tal Plano de Reconversão do Bairro São João de Deus... Agora, a posição foi exclusivamente minha e de mais ninguém.

Esse silêncio vai ser, finalmente, substituído pelo GRITO (Gabinete de Respostas Integradas para Toxicodependentes)?

**PM** – O GRITO é outra coisa e eu nunca me calei porque entendo que não posso prescindir do meu direito de opinião. Aliás, em questões sociais, tenho uma consideração pessoal de apreço pelo Dr. Rui Rio e o exemplo da intervenção no Bairro Pio XII merece nota 20. Agora, no Bairro São João de Deus correu mal. Ou seja, foi um projecto de demolição e só quero que me seja dito, porque não consigo perceber, porque é que demoliram primeiro as casas novas, restando apenas um bloco destas porque ainda não conseguiram arranjar casas para colocar as pessoas. E que dêem a conhecer ao Centro Claretiano o projecto que vai lá ser implementado. Demoliram-se as casas e votou-se aquilo ao abandono. Quanto ao GRITO, uma proposta que tínhamos quando se começou a falar nas salas de consumo assistido, está parado. Nós dizíamos que apoiávamos a edificação dessas estruturas mas pedíamos que, primeiro, se constatasse que há muita gente a dormir na rua e que terá direito a um tecto. Também ficámos a saber que a Segurança Social deu um milhão de contos para as casas demolidas e está agora a pagar quase 400 euros por mês pelo aluguer de quartos em pensões destinados a pessoas que tinham casa. Nós não somos donos da verdade mas, ao contactarmos com as pessoas, constatámos a necessidade da criação de respostas integradas na cidade, em que todos, de uma forma articulada, possamos oferecer estruturas como uma cantina para que essas pessoas possam alimentar-se, uma enfermaria

“No mandato do Dr. Rui Rio aquilo que se fez foi demolir casas (...)deram casas velhas a quem tinha casas novas”



“Os registos que tenho dos casos que conheço dizem-me que, do ponto de vista prático, continua a haver tráfico no Bairro São João de Deus (...) muitas pessoas que saíram dali e estão acomodadas noutros bairros não estão onde a Câmara pensa que estão (...) Muita gente que fazia tráfico ali foi fazê-lo noutro lado, abrindo novas “lojas”

social, medicamentos a preços sociais. O GRITO corresponderia à constituição e oferta de uma série de serviços cuja responsabilidade não cabe em exclusivo à Câmara. É da saúde, da Segurança Social, do emprego... é de mais gente.

**Disse, há pouco, que os seus técnicos sabem onde foram realojadas as famílias retiradas do Bairro São João de Deus. Onde e como estão a ser acompanhadas essas pessoas?**

**PM** – Os registos que tenho dos casos que conheço dizem-me que, do ponto de vista prático, continua a haver tráfico no Bairro São João de Deus. Admito que, ao tirarem as pessoas dali, tenha diminuído um pouco mas continua a haver tráfico. Muita gente que fazia tráfico ali foi fazê-lo noutro lado, abrindo novas “lojas”. Para nós também é claro que muitas pessoas que saíram dali e estão acomodadas noutros bairros não estão onde a Câmara pensa que estão. Esse é um dado que posso referenciá-lo face ao que me chega através das equipas que tenho. Dada a afinidade geográfica, muitos dos problemas foram transportados para o Bairro do Cerco do Porto. As equipas de rua que trabalham mais especificamente na área da redução de riscos dizem-me que muitos toxicodependentes que se encontravam no Bairro andam a peregrinar pela cidade... Mas entendo que a Câmara não tem que se penalizar por isso. Devia ser mais uma instituição que tem a responsabilidade política juntamente com o Governo e com a sociedade civil de actuar sobre os problemas sociais. Neste caso, a Câmara tem um entendimento muito próprio acerca do trabalho social, o qual não incorpora as instituições da cidade num trabalho de equipa.

**Mas não deveria a Câmara realizar um acompanhamento das famílias que, por qualquer motivo, decidiu realojar noutro espaço? Ou será que a simples troca de tecto resolve a maioria dos problemas destas populações?**

**PM** – O que se fez, nalguns casos, foi trocar-lhes uma casa nova por uma casa velha. Mas aí eu terei um entendimento, a Câmara terá outro mas, a questão que verdadeiramente me motivou é a pergunta sobre os critérios que levaram à demolição daquelas casas e qual é o projecto. Na altura, alguém nos mostrou – não deu – um projecto de substituição que havia. Ou seja, as casas iam desaparecer e, no seu lugar, alguém mostrou, na Câmara, uma maquete mas nunca mais alguém viu aquele desenho...

**E a partir de agora... que Bairro São João de Deus?**

**PM** – A Fundação Filos continua a trabalhar na zona oriental da cidade, alargando já o seu âmbito à zona central. A Fundação não depende, nem das câmaras nem de quaisquer outras instituições, uma vez que face à legislação existente no nosso país, tem autonomia de

“Sei que havia gente que se sentia mal a viver no Bairro São João de Deus porque, quem devia tomar conta do bairro, as autoridades, não exercia o seu dever”



“Na nossa percepção, os problemas sociais do Bairro São João de Deus não ficaram atenuados com a demolição das casas”

Intervenção, goste-se ou não dela. Depois, pode ter ou não apoio do Estado, dependendo das políticas desenvolvidas mas vamos continuar a trabalhar. Juntamente com as questões que temos abraçado, estamos a incorporar uma outra, que tem a ver com a população idosa. Em articulação com o Centro Claretiano e com o Centro Social da Paróquia, a Fundação Filos está empenhada em conseguir um desígnio que serão as residências partilhadas. Consiste em recuperar casas que estão abandonadas e procurar respostas para pessoas idosas, dando corpo a um sonho meu, que é a construção de uma rede comunitária de vizinhança. Fazer com que a palavra do Padre Américo seja cumprida e se cada paróquia for cuidando dos seus idosos, estes acabarão por ficar todos bem atendidos em Portugal. Apresentámos uma candidatura ao QREN e estamos a desenvolver um conjunto de iniciativas, a ver vamos se o próprio Poder Central leva ou não a sério a questão dos idosos em Portugal.

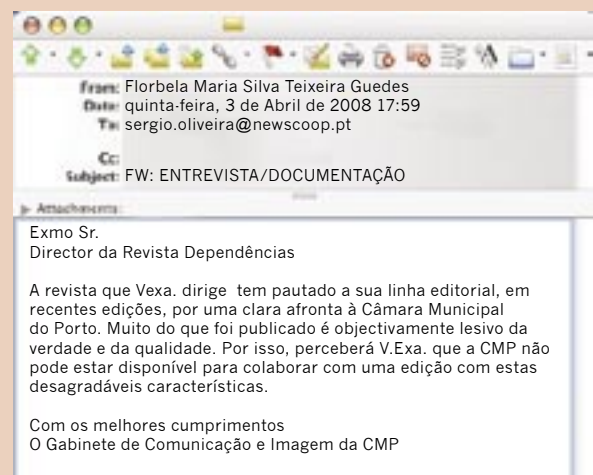
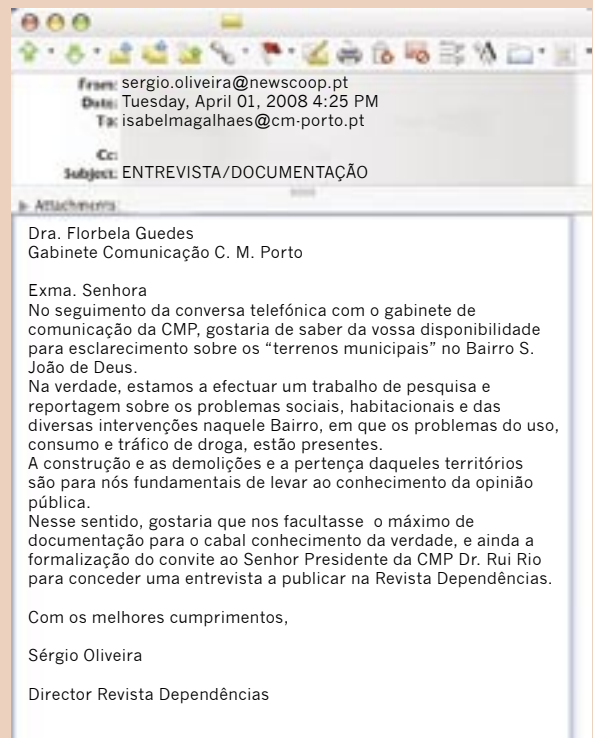
#### Mas o que será realmente preciso fazer-se no Bairro São João de Deus?

**PM** – O rumo que aquilo levou deixa qualquer um perdido... O Bairro tem ainda uma escola mas, se o projecto de reconversão do Bairro previr retirar toda a gente, não só a escola mas tudo ali perde razão de ser... Não sei se o Bairro São João de Deus é para ser um chão de cidadania onde se possam desenvolver projectos de bem-estar social ou se é para ser um chão de interesses comerciais. Se, efectivamente, se pretende que seja um chão de cidadania, eu posso ter algumas ideias para esse campeonato; se é para continuar a demolir, eu mesmo fico sem ideias.

#### Ficaria de alguma forma melindrado se visse ali nascer um projecto imobiliário mas a autarquia assegurasse, a partir dos proveitos gerados, a reconversão e requalificação das vidas das pessoas que ali habitam?

**PM** – Aquele bairro é camarário e, assim sendo, a Câmara fará dele o que entender. São opções políticas. Eu, como promotor social, apenas me preocupo que, naquele bairro que é camarário, uma parte que não era camarária tenha sido adquirida para construir casas destinadas a habitação social. Entendo que, se foi comprada para esse objectivo, deverá obedecer ao mesmo. Agora, imaginemos outro cenário: a Câmara entende que deve submeter a outras finalidades aquele terreno. Ora, não me repugnava nada que a Câmara o fizesse, desde que desse o justo valor pelo terreno, até porque a Fundação Filos e o Centro Claretiano aproveitariam esse dinheiro para a recuperação de casas destinadas a populações idosas. É preciso é dialogar e encontrar soluções que a todos beneficiem.

Na sequência da entrevista concedida pelo Padre José Maia à Dependências, tentámos interceder junto da Câmara Municipal do Porto, no sentido de auscultar, junto da outra entidade versada neste “debate” as opiniões e verdades por esta defendidas. Nesse sentido, encetámos uma solicitação aos serviços apropriados da autarquia, que visava o fornecimento de informações alusivas, entre outras questões, à propriedade dos terrenos sediados no Bairro São João de Deus, predispondo-nos ainda a conceder uma entrevista ao Dr. Rui Rio, em que o autarca teria a oportunidade de esclarecer assuntos que, em nosso entender, devem contribuir para o esclarecimento das populações visadas e dos seus municípios, em geral. Face à indisponibilidade manifestada pela Câmara Municipal do Porto, resta-nos a desagradável tarefa de publicar a troca de missivas, apenas para que não sejamos acusados de apenas ouvir uma das partes. Até porque nunca foi essa a nossa postura nem posicionamento...



# A Cocaína

## O que é a cocaína?

A cocaína é um estimulante sumamente aditivo que afecta directamente o cérebro. A cocaína foi considerada a droga dos anos 80 e 90 face à sua grande popularidade e uso estendido nessas décadas. No entanto, não se trata de uma droga nova. Na realidade, a cocaína é uma das drogas conhecidas pela sua maior antiguidade. A substância química pura, o cloridrato de cocaína, foi abusada por mais de 100 anos, e as folhas de coca, de onde se obtém a cocaína, foram ingeridas durante milhares de anos. Em meados do século XIX, a cocaína pura foi pela primeira vez extraída da folha do arbusto “*Erythroxylum coca*”, que cresce sobretudo no Peru e na Bolívia. No início do século XX, a cocaína converteu-se no estimulante principal da maioria dos tónicos e elixires que se criaram para tratar uma grande variedade de enfermidades. Na actualidade, a cocaína é uma droga reconhecida pelo seu grande potencial para ser abusada, mas que pode ser administrada por um médico para usos terapêuticos legítimos, como a anestesia local para certos tipos de cirurgias dos olhos, ouvidos e garganta. Basicamente, existem duas formas químicas de cocaína: o sal de cloridrato e os cristais de cocaína (“freebase”). O sal de cloridrato, ou a forma em pó da cocaína, dissolve-se em água, e quando abusada, pode ser usada em forma intravenosa (injectando-se na veia) ou intranasal (inalando pelo nariz). A “freebase” refere-se a um composto que não foi neutralizado por um ácido para produzir o sal de cloridrato. A forma “freebase” da cocaína pode fumar-se.

A cocaína vende-se usualmente na rua em forma de um pó branco, fino e cristalino ou de um cristal que se conhece como “base”, “coca” ou “branca”. Os traficantes misturam-na geralmente com outras substâncias inertes ou com certas drogas activas como a procaína (um anestésico local de composição química parecida) ou outros estimulantes, como as anfetaminas.

## Como produz a cocaína os seus efeitos?

Foram já realizados inúmeros estudos para entender a forma como a cocaína produz os efeitos prazenteiros e a razão pela qual é tão aditiva. Um dos mecanismos reside no efeito que exerce sobre as estruturas profundas do cérebro. Cientistas descobriram regiões do cérebro que se incitam por todo o tipo de estímulos gratificantes, tais como alimentos, água, sexo e muitas das drogas de abuso. Um dos sistemas neurais que parece ser mais afectado pela cocaína tem origem numa região muito profunda do cérebro designada área ventral do tegmento (AVT). As células nervosas originadas no AVT estendem-se à região do cérebro conhecida como núcleo accumbens, uma das áreas chave do cérebro involucrada na gratificação. Em estudos com animais, por exemplo, a gratificação aumenta a actividade no núcleo accumbens. Os investigadores descobriram que quando ocorre um evento gratificante, os neurónios do AVT aumentam consideravelmente a quantidade de dopamina libertada no núcleo accumbens. Dentro do processo normal de comunicação, um neurónio liberta dopamina dentro da sinapsis (o pequeno espaço entre dois neurónios). Aí, a dopamina liga-se com proteínas específicas (chamadas receptores de dopamina) no neurónio adjacente enviando assim um sinal à mesma. As drogas de abuso podem interferir com este processo normal de comunicação. Por exemplo, os científicos descobriram que a cocaína bloqueia a eliminação da dopamina da sinapsis, o que resulta numa acumulação da mesma. Esta acumulação de dopamina causa uma estimulação contínua dos neurónios receptores, o que se associa à euforia que comumente reportam os utilizadores de cocaína. O abuso contínuo de cocaína pode originar tolerância. Significa isto que o cérebro necessitará de uma dose cada vez maior e mais frequente da droga para obter o mesmo nível de prazer experimentado durante o uso inicial. De acordo com estudos recentes, durante períodos de abstinência do uso de cocaína, a recordação da euforia associada ao seu uso ou somente uma referência à droga, pode disparar um desejo incontrolável de usá-la e pode provocar uma reincidência mesmo após largos períodos de abstinência.

## Efeitos da cocaína a curto prazo

- Aumento de energia
- Diminuição de apetite
- Agudeza mental
- Aumento das palpitações do coração e da tensão arterial
- Contracção dos vasos sanguíneos
- Aumento da temperatura
- Dilatação das pupilas

## Consequências médicas do abuso de cocaína

- Efeitos cardiovasculares
  - irregularidades no ritmo cardíaco
  - ataques cardíacos
- Efeitos respiratórios
  - dor de peito
  - paragem respiratória
- Efeitos neurológicos
  - embolias
  - convulsões e dores de cabeça
- Complicações gastrointestinais
  - dor abdominal
  - náusea

## Efeitos da cocaína a longo prazo

- Adição
- Irritabilidade e alterações de humor
- Intranquilidade
- Paranóia
- Alucinações auditivas





### Que tratamentos se consideram eficazes para quem abusa de cocaína?

Durante as décadas de 80 e 90 verificou-se, em muitos países, um aumento muito significativo no número de pessoas que procuravam tratamento para a adição de cocaína. A maioria das pessoas que procuram ajuda terapêutica fumam base e, como tal, usam mais que uma droga. Face a um abuso tão disseminado da cocaína, foram empregues grandes esforços no desenvolvimento de programas de tratamento da adição a esta droga. A adição e abuso de cocaína é um problema muito complexo que contempla alterações biológicas no cérebro e uma diversidade de aspectos sociais, familiares e ambientais. Como tal, o tratamento da cocaínomania deve abarcar uma variedade de problemas. Como qualquer bom plano de tratamento, as estratégias de tratamento para a adição de cocaína devem analisar os aspectos psicológicos, biológicos, sociais e farmacológicos do abuso da droga no paciente.

### Enfoque farmacológico

Na actualidade não existe um medicamento que sirva para tratar especificamente a adição de cocaína. A NIDA está a trabalhar agressivamente na identificação e ensaio de novos medicamentos para tratar este tipo de toxicodependência. Está a investigar vários novos compostos para determinar a sua segurança e eficácia no tratamento da cocaínomania. O topiramato e o modafanil são dois medicamentos no mercado que demonstraram sinais prometedores como agentes viáveis para o tratamento da adição à cocaína. O baclofén, um agonista GABA-B, também mostrou ser promissor num subgrupo de cocaínómanos com padrões de uso bastante frequente da droga. Devido às alterações emocionais que ocorrem nas primeiras etapas do síndrome de abstinência de cocaína, as drogas anti-depressivas demonstraram um certo benefício. Além dos problemas que existem para tratar a dependência, a sobredosagem de cocaína ocasiona muitas mortes todos os anos, e estão a desenvolver-se tratamentos médicos para tratar as emergências graves ocasionadas pelo abuso excessivo da cocaína.

### Intervenções sobre condutas

Verificou-se que muitos tratamentos de alteração da conduta são eficazes para tratar a dependência de cocaína, tanto em ambientes residenciais como ambulatoriais. De facto, as terapias comportamentais constituem, amiúde, o único meio eficaz disponível para tratar muitos dos problemas relacio-

nados com as drogas, incluindo a cocaínomania. No entanto, o enfoque mais eficaz para tratar a dependência parece ser a integração de ambos tipos de tratamentos: o comportamental e o farmacológico. Os estudos clínicos também demonstraram que o disulfiram (um medicamento usado para tratar o alcoolismo), em combinação com o tratamento comportamental, é um método eficaz para reduzir o abuso de cocaína. É muito importante integrar o melhor regime de tratamento com as necessidades do paciente. Por exemplo, se um paciente está desempregado, pode ser útil oferecer-lhe reabilitação vocacional ou aconselhamento laboral. De igual forma, se um paciente tem problemas matrimoniais, pode ser importante oferecer-lhe aconselhamento parental. Um componente da terapia comportamental que tem evidenciado resultados positivos na população adicta à cocaína é o manejo de contingências. O manejo de contingências pode ser especialmente útil para ajudar a que os pacientes logrem uma abstinência inicial da cocaína. Alguns destes programas utilizam um sistema baseado em comprovantes ou vales, através dos quais se outorgam recompensas positivas ao paciente por se manter em tratamento e continuar sem reincidir no uso de cocaína. Os pacientes podem ganhar pontos se provarem, através de análises de urina, que não estão a usar drogas. Estes pontos podem mudar-se por artigos que promovem um estilo de vida saudável, tais como admissão a um ginásio, bilhetes de cinema ou um jantar num restaurante. A terapia cognitivo comportamental constitui um enfoque eficaz para evitar uma recaída. Por exemplo, o tratamento cognitivo comportamental está dirigido a ajudar a que os cocaínómanos se abstenham da cocaína e outras substâncias e que se mantenham sem reincidir. A premissa por detrás deste enfoque reside no facto de o processo de aprendizagem jogar um papel importante no desenvolvimento e manutenção do abuso e da dependência de cocaína. Estes mesmos processos de aprendizagem poderiam ser utilizados para ajudar os pacientes a reduzir o seu consumo de drogas e enfrentar qualquer recaída. Este enfoque trata de ajudar os pacientes a reconhecer, evitar e enfrentar, quer dizer, a reconhecer as situações que convidam ou incentivam ao consumo de cocaína, evitar estas situações quando for possível, e aprender a manejar mais eficazmente uma série de problemas e condutas relacionadas com o abuso da droga. Esta terapia é digna de consideração porque é compatível com outros tratamentos que o paciente pode receber, como a farmacoterapia. As comunidades terapêuticas, que oferecem programas residenciais com uma duração determinada de 6 a 12 meses, constituem outra alternativa aos que necessitam de tratamento para a dependência de cocaína. Estas comunidades terapêuticas tentam lograr a reinserção das pessoas na sociedade e devem incluir programas de reabilitação vocacional e outros serviços de apoio.



# Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes



## B.I.

Nuno Cotralha

Director do CRI Oeste, IDT, IP

Email: nuno.cotralha@gmail.com

and Maternal Attitudes, para avaliação do ajustamento, atitudes e comportamentos maternos; e o Defense Mechanisms Inventory, para avaliação da organização defensiva.

Quanto ao procedimento da colheita de dados, este obedeceu a uma prossecução comum e, posteriormente, foi possível utilizar-se estatística paramétrica, uma vez que os requisitos necessários à sua utilização estavam preenchidos.

## No estudo fala de uma psicologia na gravidez. Como define o conceito?

**NC** - Num capítulo deste livro, refiro-me à experiência psicológica na gravidez como um período de crise e desenvolvimento maturacional – tendo sido, curiosamente, há já cerca de cinco décadas que esta conceptualização começou a ser pensada. Como sabe, na gravidez processam-se importantes transformações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, as quais são contínuas, ininterruptas e, se bem sucedidas, geradoras de uma mudança de identidade. Do ponto de vista psicológico, a gravidez e a maternidade – como um período de desenvolvimento que faz parte do ciclo de vida – introduzem a necessidade de serem ensaiados papéis e tarefas maternas. Estas tarefas desenvolvimentais específicas culminarão, desejavelmente, numa resolução saudável, isto é, num processo adaptativo.

Assim, pensando na grávida toxicodependente, o natural desenvolvimento do seu processo gravídico faz reemergir vivências passadas, levando-a a rever-se no seu bebé, ao mesmo tempo que também se confronta com aquilo que a sua própria mãe representou para si no passado. Nessa altura, é previsível que o ciclo transgeracional de carências básicas fique, desde logo, a descoberto. A intervenção terapêutica relacional e securizante revela-se, então, fundamental para que seja experienciada uma reorganização intrapsíquica e interpessoal conducente à adaptação saudável à gravidez.

## É ainda referenciada uma relação entre personalidade e toxicodependência, sendo referidos termos como motivo

## Que objectivos mediaram a realização deste estudo?

**Nuno Cotralha (N.C.)** - Este estudo constitui um contributo para o conhecimento científico da gravidez nas mulheres toxicodependentes, nomeadamente na sua adaptação psicológica ao processo gravídico – constatando-se na literatura, nacional e internacional, poucas investigações sobre esta temática.

Para chegar aos objectivos, que lhe irei referir, parti de duas perguntas: em que aspectos são diferentes as grávidas toxicodependentes das grávidas não toxicodependentes?, e em que aspectos são diferentes as grávidas toxicodependentes das toxicodependentes não grávidas? Colocadas estas questões iniciais, emergiu a seguinte interrogação: em que medida as mulheres grávidas toxicodependentes revelam, no período final da gestação (3º trimestre), condições de adaptação psicológica à gravidez?

Assim, e em síntese, defini três objectivos neste estudo empírico: 1) comparar mulheres no 3º trimestre de gravidez com consumo e sem consumo de substâncias tóxicas, quanto a indicadores de saúde mental, de ajustamento e atitudes maternas e de mecanismos de defesa; 2) comparar mulheres, com consumo de substâncias tóxicas, grávidas (3º trimestre) e não grávidas, quanto a indicadores de saúde mental e de mecanismos de defesa; 3) relacionar os dados obtidos com variáveis sócio-demográficas, relacionais e das histórias toxicológica e obstétrica.

## Que metodologia utilizou?

**NC** - Relativamente à composição da amostra, posso referir que as participantes, em cada um dos três grupos do estudo, foram seleccionadas aleatoriamente de entre as utentes de várias instituições contactadas. Conteï com a participação de 30 mulheres grávidas toxicodependentes, 30 mulheres toxicodependentes não grávidas e 30 mulheres grávidas não toxicodependentes. Dos vários dados de caracterização da amostra, destaco, pela relevância para a investigação, ter-se verificado que os três grupos são homogéneos nas variáveis idade, escolaridade e classe social.

Apliquei um conjunto de instrumentos que permitiu integrar informações complementares respeitantes ao processo de adaptação psicológica à gestação das mulheres toxicodependentes. Nesta linha de investigação utilizei uma ficha de caracterização com várias categorias de dados, a classificação social da família de Graffar e as versões portuguesas dos seguintes instrumentos psicológicos: o Mental Health Inventory – 5, para avaliação do nível de saúde mental na sua globalidade; o Maternal Adjustment





#### **regressivo e motivos defensivos. Do que se trata?**

**NC** - Refere-se a um capítulo sobre Toxicodependência, em que introduzo modelos explicativos da visão psicodinâmica da personalidade do toxicodependente. Após fazer um enquadramento do fenómeno da toxicodependência, da complexidade da investigação nesta área, em que anoto nomeadamente pontos de vista controversos e até contraditórios apresentados em estudos clínicos e de investigação, direcciono-me para uma análise das teorias dinâmicas e de investigação sobre a dependência de opiáceos. A partir da conceptualização de diferentes tipos de organização da personalidade em toxicodependentes, e aí integrando o papel das funções defensivas e da teoria da relação de objecto, vários autores propõem motivos distintos para a dependência da heroína: um motivo regressivo, de desejo simbiótico, em que o consumo da substância psicoactiva constitui uma tentativa do toxicodependente se ressarcir do fracasso na internalização de uma boa relação maternal precoce; um motivo defensivo, de defesa contra experiências afectivas intensas, nomeadamente depressivas e ansiogénicas, em que o consumo da substância possibilita um refúgio ao confronto com frustrações e sentimentos dolorosos; e, por fim, um motivo igualmente defensivo, em que o consumo da substância, em alguns heroínod dependentes, serve à contenção de condutas agressivas que possam despoletar uma desorganização psicótica.

#### **Que factores de risco existem, na prática, relativamente a uma gravidez associada a toxicodependência?**

**NC** - O processo gravídico introduz, sempre, profundas mudanças aos níveis biológico, psicológico e social. O mesmo é dizer: a grávida tem necessidade de realizar adaptações, tanto individuais como interpessoais, na sua vida relacional.

Ora, numa situação de risco, como é o caso da gravidez e maternidade da mulher toxicodependente, há um enfoque

acrescido nos múltiplos e complexos factores de risco bio-psico-sociais.

Sumariamente, a partir das referências da literatura mas também do trabalho clínico institucional desenvolvido, realço os seguintes factores:

**Factores de Risco Biológico** – a desvalorização do uso de métodos contraceptivos, associada às irregularidades do ciclo menstrual e à crença de infertilidade; os diversos tipos de doenças sexualmente transmissíveis; o historial de várias gravidezes, partos prematuros e interrupções voluntárias da gravidez; a desvalorização dos cuidados de saúde continuados (por exemplo, no tratamento de doenças infecto-contagiosas); a iatrogenicidade embrio-fetal e a acção teratogénica das substâncias psicoactivas; o reconhecimento tardio da gravidez; a vigilância pré-natal desajustada ou mesmo inexistente; a desvalorização dos hábitos tabágicos e de consumos de álcool e da cannabis; a manutenção dos consumos de substâncias psicoactivas (nomeadamente, cannabis, heroína, cocaína e álcool) e dos comportamentos de risco.

**Factores de Risco Psicossocial e Psicofamiliar** – o estatuto social e económico baixo; a escolaridade baixa; a ausência de formação profissional ou técnico-profissional; a precariedade da situação profissional; a prática da prostituição; o estado civil; a falência dos recursos de apoio social e familiar; as insuficientes condições habitacionais; as constelações familiares atípicas e de descontinuidade relacional; a toxicodependência do companheiro/cônjuge; os problemas judiciais.

**Factores de Risco Psicológico** – a perturbação psicológica, relacional e comportamental; a qualidade da motivação para ter um filho (planeamento, desejo e aceitação da gravidez); a conflitualidade entre um projecto de vida que insira com realismo a maternidade e uma vivência na dependência de substâncias psicoactivas; as rupturas afectivas precoces, vivências de frustração e de rejeição sucessivas; os trabalhos de luto mal elaborados no lastro da história de vida; a recusa total, resignação ou apropriação do bebé como garantia de um futuro possível ou esperançoso.

Todavia, embora sejam as realidades biológicas que determinam, do ponto de vista médico-obstétrico, a designação de gravidez de risco, quero, por fim, sublinhar o seguinte: o maior dos riscos será o não se perspectivar a intervenção de modo a integrar os âmbitos médico, psicológico, familiar, social, profissional e jurídico.

#### **Que principais resultados obteve neste estudo?**

**NC** - Tentando ter capacidade de síntese digo-lhe, em relação aos resultados, que verifiquei o seguinte: 1) o nível de saúde mental das grávidas toxicodependentes é semelhante ao das grávidas não toxicodependentes; 2) encontrei um menor ajustamento na adaptação à gravidez das toxicodependentes comparativamente às grávidas não toxicodependentes, notando-se diferenças em duas de cinco dimensões estudadas: no modo como avaliam as suas queixas ligadas às manifestações somáticas, bem como





na apreciação que fazem das suas preocupações, sentimentos e atitudes em relação ao desenvolvimento da gravidez e aos cuidados a prestar ao filho; 3) na organização defensiva das toxicodependentes (grávidas e não grávidas), quando comparadas às grávidas não toxicodependentes, observei um maior nível de defesas agressivas. No entanto, em relação a este último resultado, gostaria de dizer que este estilo defensivo agressivo de que as mulheres toxicodependentes se socorrem – e que também encontramos continuamente na clínica – serve para negarem os seus sentimentos de inadaptação com a vida relacional e afectiva, mascarando sentimentos de inferioridade, insegurança e um enorme medo de falhar.

#### **Que aplicações práticas se podem retirar da realização do estudo?**

**NC** - Os dados que lhe referi, e muitos outros colhidos na investigação realizada, penso que podem contribuir para o desenvolvimento de medidas interventivas de cariz preventivo e remediativo que desejavelmente suprimam ou, pelo menos, minimizem a acção dos factores de risco bio-psico-social sobre a mãe toxicodependente e o bem-estar e desenvolvimento do bebé.

Posso, então, assinalar três tempos distintos e pontuar alguns aspectos práticos importantes a desenvolver na intervenção.

Intervenção prévia à gravidez: a) avaliação do desejo da mulher toxicodependente em engravidar e do significado do nascimento do filho para a mãe e para o pai – tendo em conta a maturidade emocional de cada um e o padrão relacional conjugal; b) efectiva divulgação e facilitação do acesso a métodos contraceptivos.

Intervenção ao longo da gravidez: a) decisiva relevância da intervenção terapêutica relacional, no seio da qual o evoluir da gravidez possa ser tomado como um período de crise mas também de remanejamento e de desenvolvimento maturacional – onde haja espaço e tempo para ouvir, estar e intervir na díade e/ou tríade, com

vista a que este período possa ser favoravelmente vivenciado como um processo de reestruturação intrapsíquica e interpessoal; b) indicação de programas de substituição com metadona no âmbito de uma intervenção multidisciplinar concertada, por permitir à grávida e ao bebé um bem-estar mais equilibrado e pela redução de comportamentos de risco, mas também por facilitarem alterações na organização defensiva da mulher grávida toxicodependente, revelando-se uma mais-valia no processo de adaptação psicológica à gestação; c) importância das particularidades do espaço e tempo do exame ecográfico na rotina da consulta obstétrica, pela avaliação da normalidade fetal e desenvolvimento da gravidez, mas também pelo contributo dinâmico ao nível dos elementos simbólicos, imaginários e reais; d) necessidade de serem desenvolvidas atitudes maternas positivas e competências parentais – a iniciar durante a gravidez e estendendo-se ao pós-parto; e) procura activa para se assegurarem as oportunidades favoráveis de escolarização/formação profissional e ocupação profissional da mãe e/ou pai; f) atenção à possibilidade de se proporcionar à mãe o efeito protector que, após ser avaliado, possa ser favoravelmente disponibilizado pela rede social de apoio, pela família de origem, bem como pelo companheiro/cônjuge – tendo particular atenção à sua possível situação de toxicod dependência e, conseqüentemente, de tratamento.

Intervenção imediatamente após o nascimento do bebé: a) importância de se promover o perfeito conhecimento materno da interacção mãe-criança, através do processo sensorial e experienciado pela mãe – desejavelmente mesmo ainda no período de internamento hospitalar após o nascimento do bebé; b) continuidade da intervenção terapêutica relacional e securizante, contribuindo para que todo um conjunto de atitudes, ajustamentos e comportamentos adaptativos se transforme numa componente permanente do self da mulher toxicodependente; c) decisivo contributo da desejável e franca atitude de confiança institucional relativa às competências da toxicodependente, particularmente na assunção do seu papel de mãe.

# Açores previnem **escrevendo** e comunicando

“Escrever, comunicar, prevenir” é um projecto do Programa Regional de Prevenção do Mau Uso e Abuso de Substâncias Psicoactivas/Droga, da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais do Governo Regional dos Açores, que será desenvolvido em parceria com a Secretaria Regional da Educação e Ciência/Direcção Regional da Educação e com as Escolas e se propõe intervir junto dos alunos das Escolas da Região.

O projecto “escrever, comunicar, prevenir” materializa-se na edição de um postal, de formato desdobrável, que leva a marca da campanha “VICIA+TE NA VIDA”, desenhada para desenvolver a criação de estilos de vida saudáveis, lançada no âmbito do referido Programa, e que elege como objectivo valorizar a saúde e promover a educação.

O projecto pretende incentivar valores que estejam intimamente relacionados com a Saúde e com a Educação: (Sexualidade; Prevenção de doenças: HIV/sida, hepatites; Prevenção de substâncias psicoactivas/droga: tabaco, álcool, drogas ilícitas; Prevenção de atitudes e comportamentos: identificação, responsabilidade, solidariedade, estima, civismo).

Escrever, comunicar, prevenir pretende, ainda, ser referência em diversos níveis, nomeadamente exemplificando o uso correcto da escrita em português, fomentando o uso da comunicação escrita/desenhada através de postais, fazendo menção a valores individuais e comunitários e promovendo a prevenção de comportamentos de risco.

Nas Escolas, os postais serão distribuídos aos alunos, após estudo e debate do tema em causa, que serão convidados a redigir ou a desenhar mensagens e a enviá-las a pessoas da sua relação ou outros. Assim, poderão ser trabalhados e executados no enquadramento de Dias Comemorativos (Dia Internacional da Luta contra o Tráfico Ilícito de Drogas, Dia Mundial da SIDA, Dia Mundial do Não-fumador, etc), no contexto de Dias celebrativos que as Escolas têm por sistema levar a efeito ou ainda noutros contextos de relevante importância para as Escolas ou para as comunidades de referência dos alunos.

Os postais serão disponibilizados às Escolas que pretendam integrar o projecto, circularão ao abrigo de um contrato que a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais estabeleceu com os CTT, na modalidade de taxa paga, e não representarão quaisquer encargos para as Escolas.

A par dos postais, serão distribuídos pelas escolas cartazes de divulgação do projecto e guias multi-produtos dos CTT, onde deverão ser registados os dados identificativos da Escola e o número de postais a expedir, os quais deverão ser entregues na estação dos correios juntamente com os postais. A cada escola foi atribuído um número de cliente, que deverá ser indicado no guia multi-produtos.



# Escala de adequação de doses de opiáceos (E.A.D.O.)

**Francisco González Saiz**, Doutorado em Medicina, Médico Especialista em Psiquiatria, Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS), Junta de Andalucía, Espanha

## Instruções Gerais

A EADO é uma entrevista clínica semi estruturada breve cujo objecto consiste na avaliação clínica do grau de ajuste das doses de metadona, no contexto dos programas de substituição. Este instrumento trata de fazer uma aproximação à medida do conceito que denominamos “adequação de doses de metadona”. Entendemos que uma dose deste fármaco é “adequada” quando a) o paciente não consome heroína ou, se consome, fá-lo de forma não continuada, b) não experimenta sintomas continuados de abstinência a opiáceos e/ou estes são muito leves, c) não experimenta episódios frequentes de craving de heroína e/ou estes são muito leves, d) em caso de consumir heroína, o paciente apenas nota os efeitos subjectivos da mesma (“bloqueio” ou tolerância cruzada) e e) não experimenta sintomas continuados de sobremedicação e/ou estes são muito leves.

A EADO avalia o grau de adequação da dose tomada pelo paciente durante os sete dias prévios. Portanto, como mínimo, o paciente há-de permanecer com essa mesma dose durante este período. Com isto se trata de assegurar que se tenha alcançado o estado estacionário correspondente a essa dose.

Esta entrevista clínica está constituída por 10 ítems que operacionalizam os seis atributos ou componentes do conceito “adequação”: Consumo continuado de heroína (ítem 1), “Bloqueio narcótico” ou tolerância cruzada (ítem 2), S.A.O. objectivo (ítems 3a e 3b), S.A.O. subjectivo (ítems 4a e 4b), Craving de heroína (ítems 5a e 5b) e Sobremedicação (ítems 6a e 6b). Pode passar-se em 10-15 minutos.

Todas as perguntas da EADO têm a mesma estrutura. Em primeiro lugar, assinala-se (em negrito e itálico) a denominação do elemento do conceito que se vai avaliar. Depois, proporciona-se a pergunta principal do ítem (em itálico). Por se tratar de uma entrevista clínica semi estruturada, não é necessário formular esta pergunta de forma literal, podendo emprega-se uma paráfrase. O objectivo consiste em que o paciente compreenda bem a essência do que se lhe pergunta. Como tal, seguidamente se proporcionam uma ou mais perguntas secundárias (em itálico e precedidas por um guião) que poden ajudar a este fim.

A EADO tem uma utilidade clínica (ajudar a otimizar o ajustamento das doses de metadona) assim como uma aplicação no âmbito da investigação. Este instrumento apenas trata de proporcionar uma medida do grau de adequação da dose. A decisão sobre a necessidade de modificar as doses de metadona, em função da valoração



proporcionada pela EADO, é uma decisão clínica que depende de muitos outros factores, alguns dos quais tratam de valorar-se através dos cinco Ítems Adicionais. Estes ítems não formam parte da EADO propriamente dita e não participam na sua pontuação.

O procedimento de obtenção das pontuações totais desta entrevista proporciona-se num anexo ao final da mesma.

## 1. Consumo continuado de heroína

Durante a última semana, com que frequência consumiu heroína?

Consumiu heroína nalguna ocasião durante os últimos sete dias?  
Em caso afirmativo, quantos dias da última semana?

Se o consumo tem sido diário, quantas vezes, como promédio, tem consumido por dia?

Nenhuma vez .....	5
De um a três dias por semana .....	4
De quatro a seis dias por semana .....	3
De uma a duas vezes diárias .....	2
Mais de duas vezes diárias .....	1

**PONTO DE CORTE:** Se o paciente não consumiu heroína nenhuma vez durante a última semana, passar directamente à pergunta 3 (pontuar 5 nas perguntas 1 e 2).

## 2. “Bloqueio narcótico” (narcotic blockade) ou tolerância cruzada

Como valoraria a intensidade do efeito produzidas pelas doses de heroína que consumiu durante a última semana?

A sua dose de metadona durante a última semana foi de X mgrs/dia. Notou o efeito das doses de heroína que consumiu nesses dias?

Como foi a intensidade desse efeito?

Foi distinto o que experimentou quando não estava em tratamen-





to com metadona ou quando tomava outra dose deste medicamento?.

Apresentar o CARTÃO 1

CARTÃO 1: Assinale nesta escala de 1 a 5 como percebeu o efeito dessa(s) doses de heroína

Não me produz nenhum efeito	Extremamente intenso			
1	2	3	4	5

Pontuação: \_\_/ (A pontuação deste ítem obtém-se invertendo a obtida na escala analógico-visual do CARTÃO 1: p.e. um valor de 1 no Cartão equivale a uma pontuação de 5 neste ítem, e assim sucessivamente).

### 3a. Frequência do S.A.O. (Síndrome de Abstinência Opiácea) objectivo

Algumas pessoas que toman determinadas doses de metadona experimentam sintomas de abstinência tais como sentir-se mal, câimbras, convulsões e dores musculares, arrepios, “pingo” no nariz, lacrimejar, bocejos, convulsões gástricas ou diarreia, palpitações, suores, etc. Durante a última semana, com que frequência sentiu alguns destes sintomas?.

Durante a última semana, sentiu síndrome de abstinência (“mono”) em alguma ocasião?

Teve sintomas tais como....(relatar ao paciente os sintomas enunciados na pergunta principal)

Em caso afirmativo, quantos dias da última semana?

(Para valorar clinicamente a presença de objectivo SAO, o paciente há-de apresentar dois ou mais sintomas dos enunciados na pergunta principal, sempre que não exista outra condição clínica que os explique melhor)

Nenhuma vez .....	5
De um a dois dias da semana .....	4
De três a seis dias da semana .....	3
Diariamente; um ou dois momentos por día .....	2
Diariamente; quase todo o dia.....	1

PONTO DE CORTE: Se o paciente não apresentou estes sintomas nenhuma vez durante a última semana, passar directamente à pergunta 4a (pontuar 5 nas perguntas 3a e 3b).

### 3b. Intensidade do S.A.O. objectivo

Durante a última semana, como média, qual foi o grau de intensidade dos sintomas anteriores?

Nas ocasiões em que apresentou estes sintomas, qual foi a sua intensidade, em média?

Apresentar o CARTÃO 2.

CARTÃO 2: Assinale nesta escala de 1 a 5 como percebeu o efeito dessa(s) doses de heroína

Nada em absoluto	Extremamente intenso			
1	2	3	4	5

Pontuação: \_\_/ (A pontuação deste ítem obtém-se invertendo a obtida na escala analógico-visual do Cartão 2: p.e. um valor de 1 no Cartão equivale a uma pontuação de 5 neste ítem, e assim sucessivamente).

### 4a. Frequência do S.A.O. subjectivo

Algumas pessoas que toman determinadas doses de metadona experimentam sintomas de abstinência tais como ansiedade, inquietude, irritabilidade, insónia, cansaço, calafrios, moléstias musculares, falta de apetite, etc. Durante a última semana, com que frequência sentiu alguns destes sintomas?.

Há pessoas que recebem tratamento com metadona e que não experimentam sintomas de abstinência importantes, e no entanto não acabam por se sentir bem de todo. Durante a última semana, sentiu sintomas como ...(relatar ao paciente os sintomas enunciados na pergunta principal)

Em caso afirmativo, quantos dias da última semana?

(Para valorar clinicamente a presença de SAO subjectivo, o paciente há-de apresentar dois ou mais sintomas dos enunciados na pergunta principal, sempre que não exista outra condição clínica que os explique melhor)

Nenhuma vez .....	5
De um a três dias por semana.....	4
De quatro a seis dias por semana.....	3
De uma a duas vezes diárias .....	2
Mais de duas vezes diárias .....	1

PONTO DE CORTE: Se o paciente não apresentou estes sintomas nenhuma vez durante a última semana, passar directamente à pergunta 5a (pontuar 5 nas perguntas 4a e 4b).

### 4b. Intensidade do S.A.O. subjectivo

Durante a última semana, como média, qual foi o grau de intensidade dos sintomas anteriores?

Nas ocasiões em que apresentou estes sintomas, qual foi a sua intensidade, em média?

Apresentar o CARTÃO 2.

Pontuação: \_\_/ (A pontuação deste ítem obtém-se invertendo a obtida na escala analógico-visual do Cartão 2: p.e. um valor de 1 no Cartão equivale a uma pontuação de 5 neste ítem, e assim sucessivamente).

### 5a. Frequência do craving de heroína

Durante a última semana, com que frequência teve momentos em que sentiu um desejo importante de consumir heroína?

Durante a última semana houve momentos em que teve desejos importantes de consumir heroína?

Em caso afirmativo, quantos dias da última semana?

- Nenhuma vez ..... 5
- De um a dois dias por semana ..... 4
- De três a seis dias por semana ..... 3
- De uma a duas vezes diárias ..... 2
- Mais de duas vezes diárias ..... 1

**PONTO DE CORTE:** Se o paciente não apresentou estes sintomas nenhuma vez durante a última semana, passar directamente à pergunta 6a (pontuar 5 nas perguntas 5a e 5b).

**5b. Intensidade do craving de heroína**

Durante a última semana, como média, qual foi o grau de intensidade do seu desejo de consumir heroína?

Nas ocasiões em que sentiu vontade de consumir heroína, qual foi a sua intensidade em média?

Apresentar o CARTÃO 2.

Pontuação: \_\_/ (A pontuação deste ítem obtém-se invertendo a obtida na escala analógico-visual do Cartão 2: p.e. um valor de 1 no Cartão equivale a uma pontuação de 5 neste ítem, e assim sucessivamente).

**6a. Frequência da sobremedicação**

Algumas pessoas que toman determinadas doses de metadona experimentam sintomas tais como tendência sonolenta, sedação, dificuldade de falar, estar muito activo ou sensação de “estar preso”. Durante a última semana, com que frequência apresentou alguns destes sintomas?

*(Perguntar ao paciente se estes sintomas estavam presentes 3 horas depois de ter tomado a sua dose de metadona)*

Durante a última semana, houve algum dia em que tenha tido sintomas tais como... (relatar ao paciente os sintomas enunciados na pergunta principal), especialmente 3 horas depois de ter tomado a sua dose de metadona?

Em caso afirmativo, quantos dias da última semana?

- Nenhuma vez ..... 5
- De um a dois dias por semana ..... 4
- De três a seis dias por semana ..... 3
- Diariamente; um ou dois momentos por dia ..... 2
- Diariamente; quase todo o dia ..... 1

>>> **PONTO DE CORTE:** Se o paciente não apresentou estes sintomas nenhuma vez durante a última semana, passar directamente a valorar os Ítems Adicionais (pontuar 5 as perguntas 6a e 6b)

**6b. Intensidade da sobremedicação**

Durante a última semana, como média, qual foi o grau de intensidade dos sintomas anteriores?

Nas ocasiões em que apresentou estes sintomas qual foi a sua intensidade em média?

Apresentar o CARTÃO 2.

Pontuação: \_\_/ (A pontuação deste ítem obtém-se invertendo a obtida na escala analógico-visual do Cartão 2: p.e. um valor de 1 no Cartão equivale a uma pontuação de 5 neste ítem, e assim sucessivamente).

**ÍTEMS ADICIONAIS**

A. *Valoração subjectiva do paciente sobre o grau de adequação da sua dose*

Em que medida sente que a dose que vem tomando durante a última semana é adequada para si? Entendo por “dose adequada” aquela com que sente que está “coberto” (sem síndrome de abstinência), com a que ademais não tem demasiada “vontade” de consumir heroína e com a qual ao mesmo tempo não se sente demasiado “preso”.

Apresentar o CARTÃO 3

CARTÃO 3: Assinale nesta escala de 1 a 5, em que medida sente que a dose que está tomando é adequada para si.

Absolutamente inadequada				Totalmente adequada
1	2	3	4	5

Pontuação: \_\_/

B. *Desejo do paciente de modificar a sua dose de metadona*



Que dose de metadona desejaria tomar na próxima semana? (assinalar)

- O paciente quer continuar com a mesma dose
- O paciente quer aumentar para \_\_ mgrs/dia
- O paciente quer reduzir para \_\_mgrs/dia

*C. Efeitos secundários da metadona durante a última semana*

Durante a última semana, teve, em alguma ocasião algum dos seguintes sintomas? (enunciar ao paciente). Assinalar com um X o que proceda.

Sim

Constipação	
Aumento do suor	
Insónia	
Alteração da função sexual	
Alterações menstruais	
Cansaço/Moléstias musculares	

*D. Medicação concomitante tomada durante a última semana*

Princípio Activo	Dose total diária

*E. Grau de funcionamento geral do paciente: Pontuação da EEAG do DSM-IV.*

## CÓDIGO DE PONTUAÇÃO DA EADO

### Pontuação dimensional

Ítem 1: pontua de 1 a 5.

Ítem 2: pontua de 1 a 5.

Ítem 3 (SAO objectivo):

Item 3a: pontua de 1 a 5.

Item 3b:

- Se a pontuação em 3b é 1 ou 2 (significa um SAO objectivo muito intenso), restará um ponto ao ítem 3a (exemplo: se o 3a pontua 4 e o 3b pontua 2, então o “ítem 3” pontuará 3).

- Se a pontuação em 3b é 3, 4 ou 5: não se modificará a pontuação do ítem 3a (e esta será a pontuação, portanto, do “ítem 3”).

Ítems 4, 5 e 6: pontuarão com o mesmo procedimento do ítem 3.

Portanto, a pontuação total da EADO corresponde à soma das pontuações de cada um dos 6 ítems. O seu valor situa-se num rácio entre 6 e 30 pontos.

### Pontuação categorial:

Se considerará um paciente com “dose adequada” aquele que nos 6 ítems da EADO (pontuados segundo o procedimento definido em “Pontuação dimensional”) pontuem 4 ou 5. Os que não cumpram esta condição classificam-se como pacientes com “doses não adequadas.”



# Abertura de concurso para **financiamento de projectos** que integrem os PRI

O Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. já tornou pública a abertura de concursos para financiamento de projectos que integrem os Programas de Respostas Integradas (PRI), em territórios de Braga, Porto, Aveiro, Lisboa e Setúbal. As candidaturas deverão responder às áreas lacunares identificadas nos Avisos de Abertura dos concursos, pelo que a consulta dos diagnósticos dos territórios é fundamental para o desenho dos projectos. As entidades interessadas em apresentar candidaturas podem obter informação adicional, sobre os diagnósticos, junto das Delegações Regionais e dos Centros de Respostas Integradas onde os territórios se inserem. Os projectos terão a duração de 24 meses, sendo que o início dos projectos candidatos não deverá ser planeado para antes de Julho de 2008, devido aos prazos processuais inerentes aos concursos. A data limite de entrega de candidaturas corresponde ao dia 29 de Abril de 2008.

## **Territórios a concurso:**

Braga: Centro Histórico de Guimarães (freguesias de Oliveira do Castelo e São Sebastião); Centro da cidade de Famalicão (Freguesia de Famalicão); Centro da cidade de Braga - áreas comerciais e de serviços (Freguesias de S.Vicente, S.Vítor, S.Lázaro, Maximinos)

Porto: Zona Industrial Espaços de Diversão Nocturna e Bairros Sociais de Ramalde e Aldoar); Zona Ocidental (Bairros Sociais da Freguesia de Lordelo do Ouro); Zona do Centro Histórico e Baixa do Porto; Zona Oriental (Bairros Sociais das Freguesias de Paranhos e Campanhã

Aveiro: Aveiro 1 - (Vera Cruz, Glória e Zonas Urbanas de S. Bernardo, Aradas e Santa Joana confinantes com a Glória)

Lisboa: Vila Franca de Xira; Eixo Camarate/Apelção/Unhos

Setúbal: Trafaria/Caparica

Tendo surgido dúvidas sobre o prazo de entrega das candidaturas, o IDT esclareceu que o prazo para entrega corresponde a 20 dias úteis a contar da data da publicação do aviso, ou 30 dias corridos a contar da mesma data, isto é, a data limite de candidatura é sempre a de 29 de Abril de 2008.

Para informações adicionais, estão disponíveis no site oficial do IDT os guiões para as fases 1, 3 e 4 – identificação, selecção e diagnóstico de territórios e outros documentos de apoio.

## **PORI: Enquadramento**

Com a actual reorientação estratégica das intervenções, o Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) visa garantir a consistência e a coerência de uma coordenação e uma optimização de resultados na óptica de ganhos em saúde, com base na centralidade no cidadão, na territorialidade, nas abordagens e respostas integradas e na melhoria da qualidade e mecanismos de certificação. Neste sentido, o Plano Operacional de Respostas Integradas é uma medida estruturante ao nível da intervenção integrada, que procura potenciar as sinergias disponíveis no território, com o objectivo de reduzir o consumo de substâncias psicoactivas. A parceria, a participação, a integralidade, a territorialidade e o empowerment são princípios estratégicos que constituem o quadro de referência para a implementação deste Plano.

## **Objectivos gerais do PORI**

- Aumentar o conhecimento sobre o fenómeno dos consumos de substâncias psicoactivas;
- Construir uma rede global de respostas integradas e complementares, no âmbito da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção;
- Aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência das intervenções, dirigindo-as a grupos específicos;
- Desenvolver um processo de melhoria contínua da qualidade da intervenção através do reforço da componente técnico-científica e metodológica;

- Promover a realização de intervenções coerentes e sustentáveis no tempo.

#### Objectivos operacionais do PORI

- Elaborar um levantamento nacional das necessidades, dos recursos e práticas, por forma a desenhar uma panorâmica do país no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas e seleccionar territórios de intervenção prioritária;
- Promover a articulação estratégica, a nível local, das várias dimensões no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, designadamente da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção;
- Mobilizar e implicar as entidades públicas e privadas, ao nível regional e local, para uma intervenção articulada no terreno;
- Fomentar a racionalização de recursos para uma intervenção na área do consumo de substâncias psicoactivas, de modo a potenciar as sinergias disponíveis;
- Complementar, no que se refere a acções específicas no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, as intervenções já existentes no território ao nível do desenvolvimento comunitário;
- Criar condições para a elaboração de avaliações exequíveis em termos de necessidades, processo e resultados da intervenção à escala do território.

A execução do PORI concretiza-se mediante a identificação de territórios de intervenção prioritária, nos quais serão implementados Programas de Respostas Integradas (PRI). Entende-se por PRI uma intervenção que integra abordagens e respostas interdisciplinares, de acordo com alguns ou todos os eixos (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção) e que decorre dos resultados do diagnóstico de um território identificado como prioritário. A intervenção integrada deverá ser desenvolvida de modo a contribuir para a melhoria da sua qualidade em termos teóricos e operacionais, tendo em conta uma base conceptual comum, que oriente os vários eixos no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas.

O primeiro passo para a operacionalização do PORI foi a realização de diagnóstico de âmbito nacional para a identificação de territórios onde a intervenção é prioritária. Este trabalho foi efectuado ao nível nacional e implicou uma grande mobilização e participação interna (de todas as estruturas do IDT), bem como externa, com um grande envolvimento e participação de instituições a nível local. Para este levantamento, foram identificados problemas associados a factores de risco ao nível regional, distrital, concelhio e, finalmente, local. Deste trabalho resultou a identificação de 163 territórios em todo o país.

Posteriormente, tendo por base a problemática do território e a existência de recursos disponíveis, foram seleccionados para intervenção 92 territórios.



# Ética e VIH

Sob a égide da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, cerca de duas dezenas de profissionais das áreas da saúde e da justiça estiveram reunidos, no passado dia 23 de Fevereiro, num encontro subordinado à dialéctica Ética e VIH. Helena Sarmento, Rui Marques, António Sarmento, Rosas Vieira, Pinto de Almeida, Costa Pinto e Margarida Sousa dirigiram um debate organizado em torno da análise e discussão de casos reais, envolvendo questões que envolvem serviços sociais, de saúde e jurídicos, em que ainda são, muitas vezes, manifestadas inúmeras barreiras para a resolução de casos que respeitam a indivíduos portadores de VIH e ao seu meio social envolvente. Dependências marcou presença e recolheu as análises de alguns dos oradores.



Rosas Vieira, SPM

#### Que propósitos mediarão a organização deste encontro?

**RV** – Esta é uma reunião organizada no âmbito do programa de actividades do núcleo VIH/Sida da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Consideramos que este tema, apesar de muito pouco discutido, é muito nobre e, no fim de contas, constitui o nosso dia-a-dia. Nós somos confrontados diariamente com estes problemas e, portanto, entendemos fazer uma reunião com pes-

soas experientes da área clínica, como consta no painel, através das presenças do Prof. António Sarmento ou do Dr. Rui Marques e procurar pessoas muito ligadas à ética, como o Prof. Costa Pinto, um catedrático da Universidade Católica Portuguesa há muitos anos dedicado a esta área, e o Dr. Pinto de Almeida, Juiz Desembargador na Relação do Porto, aqui numa perspectiva jurídica do cidadão mas um cidadão que tem uma vida e há que tomar decisões sobre isso. Na nossa opinião, a reunião tem resultado, partindo de casos da vida real que foram apresentados. No fundo, pretendemos contribuir para que sejam clarificadas algumas situações. São passos muito pequenos, nesta questão do sigilo médico existe um parceiro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida que já nos ajuda a resolver alguns problemas, no que respeita à defesa da vida, e outras questões associadas. Mas este foi um passo que se deu em 2000 e já estamos em 2008. São necessários outros passos, foram levantadas aqui questões importantes como o problema de como devemos actuar face ao suposto pai que é violador – somos constantemente confrontados com a decisão de participar, fazer ou não queixa ao Ministério Público... Porque depois chocamos com outros deveres que os médicos têm, nomeadamente o Código Deontológico e o respeito pela dignidade humana.

A articulação que aqui se vê através da constituição de um painel

#### onde figuram profissionais de saúde e da justiça é evidenciada na vossa prática diária?

**RV** – Eu gostava de dizer que sim mas, infelizmente, essa não é a realidade. Todos temos que opinar sobre estas situações mas estamos todos muito afastados. Ter convidado o Dr. Pinto de Almeida, que é um jurista de renome para participar neste painel – e está aqui, como poderia estar um juiz do Ministério Público corresponde a uma vontade de ouvir a opinião destas pessoas que estudaram os casos que lhes foram previamente enviados. Diria que com o Prof. Costa Pinto, que é um homem que tem uma ligação muito grande com a parte médica, a relação é um pouco diferente mas, de facto, com os juristas, a relação é muito pequena e resume-se, muitas vezes, ao local próprio que são os tribunais ou quando somos chamados ao Ministério Público como acusadores ou acusados. Entendo pois, que se deve caminhar claramente para a formação de grupos multidisciplinares em que estas questões sejam discutidas.

#### Quando se fala em ética associada ao VIH/Sida deve pensar-se essencialmente em saúde pública?

**RV** – É evidente que a saúde pública é muito importante mas não é só com o VIH. Agora, é preciso pensar-se por que é que hoje, ao proteger-se demasiadamente o doente seropositivo, se cria a estigmatização que não é criada noutras situações. Hoje, a doença VIH é uma doença crónica e é preciso que o doente siga a terapêutica. Eu tenho doentes há 15 anos vivos, a fazerem a mesma medicação e estabilizados. Um doente diabético ou hipertenso que não tome a sua medicação também vai ter consequências graves. Portanto, creio que esta hiper-protecção existente deve ser aliviada para que o doente seropositivo seja encarado como um doente qualquer, com qualquer tipo de patologia. É evidente que em relação ao doente com VIH, por estas características, as pressões éticas levantam-se no dia-a-dia porque, apesar de tudo, continua a ser uma doença estigmatizante e vejamos o que aconteceu com aquele cozinheiro que foi despedido... É o próprio tribunal que o despede ou dá razão a um patronato para o fazer...



Rui Marques, médico  
Hospital de São João

**Partindo da sua experiência clínica, que ilações retira acerca da relação entre ética e VIH?**

**RM** – Há sempre uma dimensão ética nisto tudo mas temos que ver aquilo que é estritamente técnico ou particularmente técnico em termos de posições, aquilo que tem uma dimensão ética e uma dimensão humana. Muitas vezes, como foi aqui visto, as questões colocam-se através de decisão de informar os parceiros sexuais ou as outras pessoas directamente interessadas na situação, perante uma doença que é transmissível por via sexual. E é isto que complica um pouco a tarefa a quem procura informar, pois implica uma certa intimidade e ao nível pessoal do infectado e das suas relações interpessoais, esse facto terá consequências muito significativas e que serão para toda a vida. Temos, portanto, de respeitar esses aspectos relativamente à pessoa que sofre, que está infectada e dos problemas que terá em informar o outro pelo condicionamento que tal facto representará para a sua vida. E estou apenas a referir-me a uma relação conjugal, entre um casal. Agora, imagine o que se passa numa relação social... Temos que ter prudência e bom senso. Com recurso a estes condimentos, normalmente consegue-se que a pessoa infectada informe o seu parceiro sexual. Agora, há casos problemáticos, como os que foram aqui apresentados mas que também constituem casos extremos e, felizmente, excepcionais mas que não deixam de levantar questões extremamente importantes como as que foram discutidas. Mas também não deixa de ser verdade que, apesar de termos, do ponto de vista ético e moral, opiniões muito claras, não existe em Portugal um enquadramento legal que nos permita sustentar tomadas de decisões que gostaríamos.

**Para além disso, também parece não existir a desejada articulação entre os profissionais de saúde e os da justiça que lidam com estas questões...**

**RM** – Exactamente! E, como diz e muito bem, nesta articulação há um claro espaço para a assistente social, no que concerne à protecção ao indivíduo, ao hospital e aos cidadãos. E isso, em Portugal, nem sempre funciona muito bem. E essa responsabilização do Estado na protecção dos cidadãos é importante e tem que funcionar.

**Durante a sua intervenção, focou uma questão que adquire particular relevância sob o ponto de vista da saúde pública, que tem a ver com o facto do consentimento informado não depender exclusivamente de formalidades como o casamento, uma vez que podem existir relações sexuais esporádicas...**

**RM** – O respeito exigido deve ser o mesmo. E nós não podemos encerrar todas as pessoas nem julgá-las sob o nosso ponto de vista ético ou cultural. A nossa opinião não terá que ser igual à das outras pessoas, agora, é verdade que terá que haver um senso e uma ética comum que é da humanidade. Agora chamar o bom senso das pessoas que podem ter as suas predilecções sexuais para aquilo que é a salvaguarda dos seus direitos e dos das outras pessoas com quem se relaciona é tão universal como qualquer outro direito.



Costa Pinto,  
Prof. Catedrático da  
Universidade Católica  
Portuguesa

**Discute-se aqui muito entre sigilo e segredo... Não haverá questões mais pertinentes quando se fala da relação entre ética e VIH?**

**CP** – Sim, e há uma questão pertinente que é o estilo de vida sadio que cada pessoa leva. Por questões médicas e

por se tratar de um tema que afecta directamente o exercício profissional dos médicos, centrámo-nos aqui a sobre questão do sigilo profissional mas o problema do VIH é essencialmente, do meu ponto de vista, um problema de estilo de vida. Do meu ponto de vista, o problema do VIH/Sida não é essencialmente médico mas um problema global, da sociedade, dos valores e dos comportamentos.

**Num país onde não se faz, por exemplo, prevenção do crime, será possível educar as pessoas e transmitir valores de cidadania para que uma pessoa infectada adopte um estilo de vida que não prejudique terceiros?**

**CP** – Creio que é possível e, sobretudo, considero que é nesse sentido que temos que caminhar. A grande medicina é a medicina preventiva e a prevenção é o grande desafio com que nos confrontamos na vida social. Temos que prevenir o uso de drogas, muito mais que tentar depois, de forma encapotada, fazer para aí uns arranjos mais ou menos secundários. Temos que prevenir a gravidez na adolescência em vez de depois tratar as jovens mães ou encontrar casas para colocar as crianças. Nós temos que prevenir a globalidade da vida humana e os comportamentos de vida do cidadão. E o investimento económico deve também apontar nesse sentido.

**O enquadramento legal nesta área parece-lhe ajustado?**

**CP** – Ainda existe pouco enquadramento legal ao nível do VIH. E esse constitui um dos anseios do pessoal médico e de enfermagem. O que existe é marcadamente insuficiente mas suponho que estamos a caminhar para isso e, ao nível ético, sobretudo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida tem desenvolvido um trabalho notável de balizamento ético, de respostas a problemas que o pessoal de saúde coloca e, por arrastamento, pode ser que mais alguma coisa ao nível legal, mais completa e aprofundada surja.

**Como avalia a articulação existente entre os profissionais de saúde e a justiça?**

**CP** – É um caminho longo e difícil. Ligando à questão anterior, parece-me que a nível legal temos ainda bastantes pontos a descobrir e outros que não têm um enquadramento ético capaz. Mas este é um mal de que padece hoje o ordenamento jurídico que se preocupa muito com a eficiência – é marcadamente positivista – e muito pouco com grandes referenciais éticos. E por isso haverá sempre uma dissonância entre a ética e a lei, entre a deontologia médica e alguma legislação no campo da medicina.

