

dependências



**“O MAIOR IMPACTO SOCIAL
E DE SAÚDE ADVÉM DO
ABUSO DO ÁLCOOL”**

JOÃO GOULÃO

**“QUEREMOS QUE
SE FAÇA JUSTIÇA
ÀS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS”**

ANA POVO, SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE



**UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE
COIMBRA COMEMORA 60 ANOS**

EM OEIRAS, NINGUÉM FICA PARA TRÁS

CONHEÇA AS POLÍTICAS SOCIAIS DE OEIRAS




**OEIRAS
VALLEY**
PORTUGAL
—
MUNICÍPIO
OEIRAS



AO QUE NÓS CHEGAMOS

Sérgio Oliveira, director

Está instalada a desordem e o caos no Parlamento. A casa da liberdade foi vandalizada, os bombeiros foram chamados a São Bento, não para apagar o fogo, mas para limpar as nódoas com que uns vulgares selvagens transvertidos em deputados transformaram o património sagrado da democracia. Um circo com palhaços sem nível e de fraco gosto. Mais que dramático, é preocupante a impunidade com que alguns energúmenos se vangloriam dos seus atos sinistros, maquiavélicos e criminosos, sem que sejam levados à justiça.

Vivemos num estado de direito e devemos exigir que se cumpra a lei e se faça justiça contra a mentira, a demagogia, o ódio e a brutalidade buçal dessa anormalidade, que se julga um ser pensante, mas não passa de um idiota provocador, um energúmeno que usa e abusa da democracia e da liberdade. Critica o que é, e que dele faz parte e vive, o sistema que lhe paga e bem, apesar de não merecer o que recebe dos contribuintes.

Pulha e agente da desordem, apesar de se sentar numa cadeira do poder e de a usar em proveito próprio, acusando os outros daquilo que é e representa: a corrupção! Não sei porque pagamos a um vendido, um mentiroso, um palerma, um déspota falsificador de assinaturas, um "vira casacas", um traidor.

O país não pode permitir que uma cambada de trauliteiros, mal-educados e sem qualquer formação, e uns quantos de formação duvidosa, usem e abusem da casa da democracia para agir impunemente contra os mais elementares direitos para o qual foram eleitos deputados (?) e que, apesar do voto recebido, se comportam com uma trupe de delinquentes malfeitores em proveito próprio, que não aceitam nem respeitam a democracia, mas dela vivem e dela se aproveitam. Que mentem descaradamente para criar o caos e a desconfiança no regime democrático, e ninguém pode ficar indiferente com as atitudes e incitamento ao ódio e à violência. Sim, o lugar do ladrão não é no parlamento, e na prisão, onde se sentam alguns agentes provocadores a contarem com a justiça, como é o caso de alguns deputados que não perdem a imunidade parlamentar para serem constituídos arguidos e interrogados pelo Ministério Público dos crimes que lhes são imputados? "Bem fala Frei Tomás, olha para o que diz, não olhes para o

que ele faz", que esconde que anda protegido por uma segurança, que foi condenado por roubo a uma pena de dois anos de prisão suspensa por ter roubado dez euros da carteira de um cliente que estava prostrado no chão, depois de ter sido violentamente agredido.

Será que ainda vamos assistir à constituição de uma Comissão de Inquérito Parlamentar para investigar os crimes desta trupe de agentes aos gritos de "vergonha" contra a corrupção e outros desmandos praticados por dignatários do regime, numa permanente afirmação da sua alegada seriedade e honradez, num discurso demagógico e inflamado em que se proclama defensor de tudo e de nada ao mesmo tempo? Usando o medo e o ódio como armas de arremesso, através do insulto e da manipulação de consciências para o que tem investidos poderosos meios financeiros em gigantescas máquinas de propaganda política, usando e abusando de dezenas de milhares de perfis falsos nas redes sociais, falsificando amplitude dos pretensos apoios à causa de campanhas baseadas na falsidade, amedrontamento físico e homicídio de caráter de quem se lhes ousasse opor ou denunciasses que esta trupe serve os grandes interesses financeiros e que, apesar de continuamente pregar uma coisa em grande gritaria, continua a praticar o oposto.

Não nos façam de tontos! A vozearia radical que utilizam contra a corrupção pode enganar os mais incautos ou distraídos, mas não passa da máscara que esconde os vossos verdadeiros interesses e objetivos. Estamos fartos dos vossos desmandos e mentiras, imunes a uma justiça que tarda em ser feita. Porque, apesar da demagogia e da mentira, ainda não perdemos a esperança de ver condenada esta trupe de pulhas sem princípios e valores republicanos, que se apresentam como defensores da moral, da ética e dos bons costumes quando estão envolvidos em práticas corruptas.

dependências

SÓ PARA PROFISSIONAIS

FICHA TÉCNICA Propriedade, Redação, Direção e morada do Editor: Newscoop - Informação e Comunicação, CRL; Rua António Ramalho, 600E; 4460-240 Senhora da Hora Matosinhos; Publicação periódica mensal registada na ERC com o nº 124 854. **NIPC:** 507 932 161.
Tiragem: 10000 exemplares. Contactos: 220 966 727 / 916 899 539; sergio.oliveira@newscoop.pt;
www.dependencias.pt **Diretor:** Sérgio Oliveira **Editor:** António Sérgio **Colaboração:** Filipa Oliveira, Alexandra Isabel, Mireia Pascual
Produção Gráfica: Ana Oliveira **Impressão:** Multitema, Rua Cerco do Porto, 4300-119, tel. 225192600
Estatuto Editorial pode ser consultado na página www.dependencias.pt

“Queremos que se faça justiça às Comunidades Terapêuticas”



Em entrevista exclusiva à revista Dependências, Ana Povo, a secretária de estado com a tutela dos CAD, aborda as problemáticas que, sobretudo do ponto de vista da decisão política, há muito assolam um país que, ainda recentemente, foi considerado um case-study a nível mundial. Um sistema de saúde “separado” para utentes com problemas relacionados com CAD? Distinção entre cuidados e participações por utente em unidades que tratam problemas de saúde mental, incluindo CAD, em diferentes estruturas convencionadas, ONG ou do setor privado, e em diversas regiões do país? Priorização desta área no orçamento de estado? Novas adições, abuso de álcool, jovens, orçamento e dotação de novos recursos para o ICAD... A decisora política sobre quem recai um pesado legado de bem fazer neste domínio reconhece o trabalho realizado, mas não fica por aí e pretende introduzir novas ideias...

Começaria por colocar uma questão relacionada com a perceção que hoje temos sobre os consumos de substâncias psicoativas: apesar de os dados do último relatório do ICAD demonstrarem uma descida, quando visitamos alguns locais detetamos grandes concentrações de consumidores... O que terá falhado? O desinvestimento? Uma perceção de menor visibilidade do fenómeno?

Ana Povo (AP) – Se olharmos para a cidade do Porto, realidade que conheço melhor do que a da cidade de Lisboa, não vamos falar em falhas, mas antes de uma situação que se encontrava escondida no antigo bairro do Aleixo e que, atualmente, se encontra numa zona visível. Mesmo a perceção das pessoas da Junta de Freguesia de Lordelo do Ouro e Massarelos é que a realidade não está maior, mas está visível.

Se olharmos para o relatório, de facto, apesar de a nossa perceção ser que o consumo aumentou, o que verificamos é que o mesmo diminuiu. O que alterou também - e posso dizer que aflorei isso em muitas conversas que tive nesta sala com o Dr. João Goulão - foi a característica ou perfil do consumidor. O consumo está hoje associado a classes sociais com mais carências e menos àquele consumo que surgiu nos anos 90, associado a classes sociais mais ricas, muitas das quais perderam muito do que tinham e do que não tinham face aos problemas com que lidaram, relacionados com a toxicodependência e com os tratamentos... mas era um consumo mais escondido, ao passo que o que vemos atualmente é um consumo associado a uma população com grandes carências, o que o torna mais visível e não necessariamente maior.

Nesse relatório também detetamos padrões de consumo de álcool extremamente preocupantes, sendo que, neste caso, falamos sobre uma substância enraizada na nossa cultura e hábitos. O que poderá ser feito para alterar esta tendência?

AP – Relativamente ao consumo de álcool, o que nos preocupa muito é o perfil do *big drinker*, ou seja, o consumo ocasional de muita quantidade e de bebidas com alto teor alcoólico, o que vemos em algumas realidades de outros países. E vemos isso em idades cada vez mais jovens. É algo que nos preocupa e, claramente, teremos que criar políticas a olhar para estes mais jovens, para esse consumo muito grande. E também constitui uma preocupação o facto de uma das principais causas de detenção de jovens estar relacionada com a condução sob o efeito de álcool. Portanto, claramente, estamos perante uma geração relativamente à qual teremos que optar por um controlo apertado. Apesar de sabermos que só se podem consumir bebidas alcoólicas a partir dos 18 anos de idade, também sabemos que, infelizmente, essa situação nem sempre acontece. E essa é, claramente, uma área em que teremos que criar políticas nos próximos tempos.

Indo de encontro a essas preocupações com os mais jovens, hoje também assistimos a uma escalada de comportamentos aditivos ou consumos sem substância, nomeadamente os relacionados com o jogo ou o ecrã, que parecem estar a fugir do controlo dos decisores políticos. Que medidas poderão ser adotadas?

AP – Eu acho que não está a fugir do controlo dos decisores políticos atuais. Se calhar, dos do passado... A título de exemplo, o atual ministro da educação tem trazido a debate público a questão do vício dos ecrãs ou dos telemóveis e está já em discussão pública a restrição da utilização do telemóvel nas escolas e a partir de algumas idades. Outra questão igualmente muito importante é a utilização abusiva dos jogos de apostas, hoje acessíveis a partir de aplicações de te-

**“O DR. JOÃO GOULÃO,
É RECONHECIDO COMO UMA
DAS PESSOAS QUE MAIS
SABEM NESTA ÁREA”**

“HÁ INVESTIMENTOS QUE SEI CLARAMENTE QUE TEREMOS QUE FAZER, NOMEADAMENTE NAS UNIDADES DE ALCOOLOGIA, QUE ESTÃO COMPLETAMENTE AO ABANDONO”

lemável, não sendo necessário recorrer a casinos, como antigamente. Também aí, teremos que olhar e legislar num curto prazo.

Não lhe parece contraditório termos algo designado como jogos sociais quando o que pretendemos é uma intervenção que potencie a adoção de hábitos saudáveis?

AP – Sim, mas se pensarmos que muitos programas de promoção e prevenção da saúde e também uma grande parte do financiamento do ICAD é assegurada pelo que cobramos dos impostos sobre os jogos sociais, também pode parecer uma contradição. Mas também já houve aumentos dos impostos sobre o tabaco porque pretendemos aplicar esse valor noutros contextos. Não me parece um contrassenso. Creio que é uma forma de ajudar na construção de políticas, não vou dizer que combatem, mas que, pelo menos, previnem ou potenciam uma utilização sadia.

Em que medida faria sentido seguir exemplos de outros países e aumentar o preço do álcool, como já fizemos relativamente ao tabaco? E até, eventualmente, incluirmos uma taxa destinada a tratar pessoas dependentes desta substância?

AP – Existe em Portugal uma associação de bebidas alcoólicas que inclui nos seus princípios a realização de campanhas destinadas a prevenir o uso abusivo do álcool, portanto, esta questão social está mesmo na própria preocupação. Portugal é um país produtor de vinho, sendo que a produção passou, este ano, por uma situação calamitosa, que afeta a economia de muitas famílias. Portanto, quando tomamos decisões políticas temos que olhar para toda a fotografia e não para uma fotografia em particular. Se este ano tivemos de criar subsídios extra para ajudar os produtores de vinho, nomeadamente da região do Douro, onde a população vive exatamente dessa cultura, não nos faz sentido incluir uma taxa em Portugal sobre o vinho, porque é uma das bebidas de teor alcoólico menos taxada. Essa foi uma opção, o que não significa que não tenhamos que desenvolver políticas de combate à utilização excessiva do álcool.

No início da entrevista, referiu territórios problemáticos da cidade do Porto, contextos semelhantes aos de outras grandes cidades do país, onde intervêm sobretudo as equipas de rua de várias ONG. ONG estas que continuam a dedicar-se de corpo e alma a uma causa, apesar da péssima retribuição financeira que recebem do estado. Falamos de participações de 80% do valor do caderno de encargos do projeto para uma intervenção que é delegada pelo próprio estado, sendo que os restantes 20% estão dependentes da boa vontade das autarquias, que nem sempre a manifestam...

AP – Temos aqui duas situações: a das comunidades terapêuticas, sendo que estas são pagas a 80% pelo lado da saúde e a 20% pelo da Segurança Social. E esta situação, eu defendo claramente que é para manter. E explico: a saúde faz um copagamento de 80% e, mediante os rendimentos da pessoa que será sujeita ao tratamento, há ou não o

apoio social de 20%. Isto não acontece apenas nas comunidades terapêuticas. Se olharmos para as unidades de cuidados continuados ou para as unidades de cuidados paliativos, esta distribuição é sempre feita em copagamento, nos mesmos moldes. Outra situação tem a ver com as equipas de rua, da comunidade. Ao contrário das comunidades terapêuticas, para as quais existe uma tabela com o valor do pagamento, publicada em Diário da República, essas equipas de rua ou da comunidade vivem de apoios, quer por parte do estado, quer por parte das autarquias. Sendo equipas de atuação na comunidade, juntamente com as pessoas locais, é muito importante haver a contribuição das autarquias, não só das câmaras municipais, mas igualmente das juntas de freguesia. A sala de consumo assistido do Porto e as que temos em Lisboa são geridas por equipas da comunidade e, claramente, são as pessoas que melhor conhecem os utentes e que melhor podem oferecer respostas e tratamentos. O que poderemos fazer no futuro é criar uma tabela semelhante à das comunidades terapêuticas, mas para isso aguardarei uma proposta do ICAD.

Relativamente às comunidades terapêuticas, existe a Lei 207, que se aplica à saúde mental e cito: “episódios de doença em serviços, departamentos ou hospitais de psiquiatria e saúde mental devem ser faturados, por diária, num valor de 73,70 euros”. Sabendo que a toxicodependência e o alcoolismo são patologias enquadradas no âmbito da saúde mental, porquê esta discriminação das comunidades terapêuticas que, durante 15 anos, receberam 24 euros por diária...

AP – Depois, foram atualizadas...

Para 27 euros... a miséria continua... acredita ser possível servir cinco refeições por dia, assistência médica de diversas especialidades, medicamentos, transportes e encaminhamentos e uma panóplia de serviços essenciais ao dia-a-dia dos seus utentes com estes valores?

AP – Ainda bem que coloca essa questão. A tabela das comunidades terapêuticas foi atualizada no ano passado, tendo em conta a taxa de inflação, este ano o ICAD enviou-nos uma proposta e, entretanto, recebemos a POCAD, que representa as comunidades terapêuticas, e fizemos um trabalho, um documento conjunto entre a saúde e a Secretaria de Estado do Orçamento, cuja resposta estamos a aguardar pelas finanças. Mesmo que esse valor, os 27 euros, fosse justo, nos últimos anos tivemos não só a inflação como o aumento do custo de vida em geral, incluindo o aumento do ordenado mínimo, dos ordenados, da energia e da alimentação. Olhámos para a tabela praticada nas comunidades terapêuticas e comparámos com todas as outras tabelas, como referi, dos cuidados continuados, dos cuidados paliativos e dos doentes da psiquiatria e apresentámos uma proposta, um pouco superior à do ICAD, para tentarmos pagar um valor justo. Já estamos a trocar algumas informações com a Secretaria de Estado do Orçamento e estamos à espera da resposta.

Podemos então esperar que esta discriminação negativa que se verifica na saúde mental relativamente aos utentes das comunidades terapêuticas terá um fim...

AP – Podemos acreditar que sim. Pretendemos pagar alguns retroativos relativamente a este ano, mas estamos em negociações.

Não quer adiantar o valor?

AP – Quando estiver publicado...

Se recuarmos a um período em que a toxicodependência era priorizada em termos de investimento político e reconhecida como uma das principais problemáticas do país, constatamos que o estado investia cerca de 30 milhões de euros no Projeto Vida e cerca de 10 milhões nos tratamentos oferecidos pelas comunidades terapêuticas.



“PORTUGAL FOI BANDEIRA NA EUROPA E NO MUNDO E QUE DEVEMOS MANTER”

Lamentando a insistência e esperando que a proposta que apresentará evite a realidade que se vem observando ao longo dos últimos 20 anos, em que mais de 20 comunidades terapêuticas cessaram atividade, alerta que estamos perante uma verdadeira crise num setor que desempenha um papel preponderante no eixo do tratamento...

AP – Sim, e existe outra situação: as comunidades terapêuticas não estão ocupadas na taxa que se encontra contratualizada porque não têm sido referenciados utentes. Obviamente, tem que haver uma avaliação e uma prescrição. Não posso permitir que as pessoas vão, de livre vontade, bater à porta. Sei que alguns gostariam que isso acontecesse, mas temos que fazer uma abordagem e uma orientação para percebermos se é ou não necessário um internamento. E, de facto, o que noto – e já pedi esses indicadores – é que está a haver atraso na resposta a quem procura ajuda, e isso é algo que me preocupa. Falamos muito em tempos de espera, sempre que vamos ao Parlamento questionam-nos sobre as *leaks* e sobre os tempos máximos de resposta garantida. Todos assumimos que a adição é uma doença, mas a verdade é que não temos acesso a nenhum tempo de espera, nem está estipulado qual deverá ser o tempo máximo de resposta garantida a estes cidadãos, a estes doentes. E isso é algo que também me preocupa. Outra situação que me preocupa: fala-se tanto do Registo Nacional Único, e da interoperabilidade entre sistemas e, em qualquer sítio, conseguirmos aceder ao processo clínico do utente... não sei se têm essa noção, mas, quando tinha que internar um utente inserido num programa de metadona, nunca conseguia consultar, no hospital, os registos desse utente, porque esta interoperabilidade não existe. Parece um sistema separado do nosso sistema e isso é algo que temos que refletir.

Sei que as relações entre a saúde e as finanças nunca foram muito saudáveis...

AP – ... não diga isso! Eu dou-me muito bem com o Sr. ministro das finanças e com o Sr. secretário de estado adjunto e do orçamento...

Mas pergunto-lhe se o orçamento do ICAD responde às reais necessidades ou se, por outro lado, apenas corresponderá a afirmações que já proferiu, como, se faltar dinheiro, nós colocaremos lá?

AP – Nós temos colocado! Posso garantir que, neste final do ano, em que se colocou uma questão relacionada com o não acerto de contas entre VAT que o ICAD colocava e a interpretação da ICSS, mas que se resolveu em 48 horas e permitiu, por exemplo, pagar a dívida das comunidades terapêuticas... se me falar no futuro, e dependendo do valor, que nunca sabemos que provirá dos jogos sociais, não posso garantir se o ICAD estará ou não subfinanciado. É um processo que teremos que acompanhar ao longo do ano, mas o que sei é que temos que utilizar o nosso dinheiro da forma mais eficiente possível e há investimentos que sei claramente que teremos que fazer, nomeadamente nas unidades de alcoologia, que estão completamente ao abandono, fruto de anos em que não houve qualquer investimento nesta área. É mais uma área para a qual teremos claramente que olhar, fazer obras, verificar. Quanto a recursos humanos, nomeadamente médicos, numa altura em que existe uma falha tão grande de profissionais de saúde, teremos certamente que adotar uma outra abordagem.

Enquanto decisora política, mas igualmente médica, faz-lhe sentido que um colega de formação e profissão se veja obrigado a tratar os mesmos utentes, em diferentes unidades e zonas do país, com recursos e financiamentos diferentes?

AP – Percebo... a mesma clínica, tratando situações semelhantes, pode ter financiamentos diferentes..., mas, como lhe disse, estamos a proceder à atualização dessa tabela. Mas estas comunidades terapêuticas, as que se enquadram nesta tabela, dedicam-se ao tratamento de problemas de adição, sejam de drogas ou de álcool...

... E de patologias e comorbilidades, muitas bem graves, de saúde mental e outras...

AP – ... A grande questão que muitos psiquiatras colocam reside no facto de, em Portugal, desde os anos 90, olhamos, e muito bem, para o problema da toxicod dependência como um problema de saúde. Então, por que fazemos o tratamento num sistema de saúde separado? Foi opção política, já se fez, na altura do Dr. Paulo Macedo, uma tentativa de separação, colocando os cuidados destas pessoas a nível regional, nas diferentes ARS, que agora se extinguíram, ainda antes desta extinção, o governo anterior voltou a fundir tudo e a trazer o tratamento para dentro do ICAD e ainda não tivemos tempo para avaliar o resultado desta nova integração. E digo-lhe porquê: porque foi uma integração que, se calhar, só vamos perceber no próximo ano, teve a questão do orçamento que não foi acautelada no ano passado... temos que analisar. A par, temos em curso uma significativa reforma da saúde mental, feita pelo Professor Miguel Xavier, que tem desempenhado um trabalho excecional no terreno, ao nível da resposta de opções terapêuticas para os doentes com problemas de saúde mental, ainda estamos na fase de criação de unidades de longa duração para os imputáveis... mas, de facto, a questão do porquê separar estes tratamentos é algo que teremos que ponderar, até para as novas gerações que irão dedicar-se a esta área.

Não haverá então, em princípio, subfinanciamento...

AP – Não.

E haverá um orçamento para um ano?

AP – Há um orçamento para um ano, que poderá obrigar a injeções durante o ano, nomeadamente se quisermos fazer as obras nos centros de alcoologia.

Espera ter, já no próximo ano, um plano estratégico para os CAD?

AP – O ICAD já fez um plano estratégico, que entregou à Sra. ministra da saúde, para o próximo ano. Como o Dr. João Goulão já anunciou, iremos abrir um concurso para uma nova direção do ICAD, que estava com menos um elemento. Teremos três, sendo que um dos quais terá que ser um vogal financeiro, até para olhar para toda esta questão do financiamento do ICAD, e os outros dois profissionais da saúde. E olhar com outras cabeças para o problema e para um desenho de políticas para 2030. Aqui, nesta sala, quando tomei posse, falei com o Dr. João Goulão, pedi-lhe muito para ele continuar, porque não é só a nível nacional, mas igualmente a nível internacional que é reconhecido como uma das pessoas que mais sabem nesta área e, quando tivemos esta conversa, pedi-lhe para ficar no Conselho Consultivo do ICAD. Ou seja, pretendo que quem vier a seguir, que trará certamente novas ideias, as trabalhe também com o Dr. João Goulão. Há um pensamento em que Portugal foi bandeira na Europa e no mundo e que devemos manter.

Quer dizer que há essa preocupação por parte da tutela no sentido que a qualidade das respostas se mantenha e que Portugal não perca o pioneirismo e a dianteira nesta área?

AP – Totalmente! E até a perspetiva que adotámos relativamente à questão da toxicodependência, em que separámos claramente o consumo, que é uma doença, do tráfico, uma questão de justiça. Convém recordar que, a nível europeu, existem países que falam connosco para ser esta a perspetiva e o pensamento europeu neste domínio e não apenas o pensamento nacional. Já falámos muito sobre as salas de consumo assistido, se fazem melhor ou pior, se constituem um contributo eficaz... Claro que todos pensamos nisso e eu, enquanto mandatária da candidatura do PSD à Junta de Freguesia de Lordelo do Ouro e Massarelos, estive muito envolvida, a par dos demais, na implementação da sala de consumo assistido. Sou totalmente de acordo que a sala em si, exclusivamente destinada ao consumo, não nos resolve problema nenhum. Não é para isso que queremos a sala, agora, a sala oferece a capacidade de fazer saúde pública. Porque as pessoas que vão à sala e que estão na rua não ficam muito tempo nos hospitais, que se tiverem um problema de saúde dificilmente irão recorrer a esse tipo de estruturas e, nessa sala, sei-o pelos resultados da sala do Porto, conseguimos realizar rastreios do HIV, de hepatites, da sífilis, conseguimos garantir que as pessoas que lá vão consumir façam medicação do VIH ou da tuberculose, entre outras, e sejam assistidas e acompanhadas para garantir que cumprem, é possível fazer



algun apoio social, é possível que tomem banho e adquiram roupa, mas obviamente, estas estruturas também têm que ser uma porta de entrada para o tratamento. E creio que este é o salto que nos falta dar. Claro que não podemos obrigar a tratar-se quem não quiser, mas que é da identificação da pessoa no consumo para o salto para o tratamento que resulta a nossa principal carência. Algo também relacionado com as salas e de que se fala muito a nível europeu tem a ver com a prevenção das overdoses e com a disponibilização da naloxona.

Por falar em naloxona, a buprenorfina de longa duração entrará ou não no nosso país?

AP – Terá que perguntar ao INFARMED, que me faz chegar os pedidos e que tem a responsabilidade de analisar essas questões...

Enquanto médica cirurgiã, o que sentiu ao entrar nesta “casa” onde terá que tomar decisões políticas?

AP – Não senti nada especial... tenho muitas saudades de operar, mas não me senti impedida desse exercício de intervenção na causa pública. Sinto é que as pessoas não têm noção do quanto trabalhamos aqui. Quem está fora daqui, pensa que este é um mundo de vaidades, mas engana-se. Este é um mundo de trabalho. Posso garantir-lhe que, na maior parte dos dias, eu e a minha equipa trabalhamos entre 14 e mais horas. Este é mesmo um gabinete e um trabalho de equipa e consegui reunir-me dos melhores!

Para terminar, e enquanto tutela o que projeta para o futuro, nesta importante área dos CAD?

AP – Gostaria de pensar uma nova filosofia de tratamento destes utentes. E quando me refiro a estes utentes, não me cinto apenas à problemática da toxicodependência, mas de todas as adições. De termos, por exemplo, também noção do que são os tempos máximos de resposta garantida nesta área, por que não?

**“PRETENDO QUE QUEM
VIER A SEGUIR, QUE TRARÁ
CERTAMENTE NOVAS IDEIAS,
AS TRABALHE TAMBÉM COM O
DR. JOÃO GOULÃO”**

76% destes jovens já consumiram pelo menos uma vez uma substância ilícita na sua vida



O estudo, da responsabilidade do ICAD, I.P., em colaboração com a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, elege como principal objetivo a caracterização de comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, principais problemas e necessidades de intervenção, caracterizar comportamentos aditivos, identificar perfis de associação entre comportamentos aditivos e comportamentos que justificaram a adoção de medida de internamento e diagnosticar os principais problemas e necessidades de intervenção no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, com estes jovens.

Uma das principais conclusões obtidas a partir do relatório produzido aponta que praticamente todos os jovens inquiridos já tomaram, pelo menos uma vez na vida, uma bebida alcoólica (85%), sendo esta prevalência superior no caso das raparigas. O tipo de bebida mais mencionado pelos jovens inquiridos, no plano do consumo alguma vez na vida, consiste nas espirituosas (75%), seguido dos alcopops (69%), da cerveja (53%) e do vinho (20%). Cerca de três quartos (76%) dos jovens já consumiram pelo menos uma vez uma substância ilícita na sua vida. Em 2023, 21% dos jovens declararam que, pelo menos uma das pessoas com quem os jovens viveram mais tempo na sua vida, costumava consumir drogas, 17% que costumavam “embebedar-se” e 7% que tem ou teve problemas com o jogo.

Quanto ao tipo de substâncias ilícitas, três quartos (76%) dos jovens inquiridos em 2023 consumiram canábidos pelo menos uma vez na vida. Logo a seguir à canábidos, as substâncias mais assinaladas pelos jovens inquiridos quanto a consumo alguma vez na vida são ecstasy (40%), inalantes voláteis (18%), e cogumelos alucinogénios (12%).

Comparando as declarações de consumo alguma vez na vida realizadas em 2015 e em 2023 verifica-se que, na maior parte dos casos, a experiência de consumo de bebidas alcoólicas em 2023 é inferior. Comparando os jovens inquiridos em 2023 com os inquiridos em 2015, verifica-se que, em 2023, a prevalência de consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida é também inferior (76%, para 89% em 2015).

Relativamente às práticas de jogo, os jovens foram inquiridos em duas dimensões: jogo eletrónico (no computador, em consolas, tablets, smartphones) e jogo a dinheiro, reportando-se ao período temporal dos 12 meses anteriores ao internamento. Praticamente todos os jovens (96%) declararam ter jogado jogos eletrónicos nos 12 meses anteriores ao internamento e cerca de metade (57%) declarou ter jogado a dinheiro. Ambas as modalidades de jogo são mais mencionadas por rapazes do que por raparigas, sendo a discrepância muito superior no caso do jogo a dinheiro.

Comportamentos Aditivos de Jovens Internados em Centros Educativos 2023 assenta aplicação de um inquérito por questionário de auto-preenchimento. O estudo incide num grupo específico de jovens que têm em comum entre si terem adotado comportamentos qualificáveis na lei como crime em idades muito precoces, comportamentos estes que foram detetados ou denunciados às autoridades do âmbito da segurança e da justiça e alvo de uma apreciação em tribunal com conclusão de adequação de medida de internamento em centro educativo, tratando-se esta da medida mais grave a ser aplicada no quadro da justiça juvenil.

Tendo como população-alvo todos os jovens nos centros educativos à data da recolha de dados, participaram no inquérito 96 jovens, o que corresponde a 86% da população presente nos dias de aplicação. Foram considerados válidos 91 questionários.



Perceções de risco

- De entre as substâncias psicoativas consideradas (bebidas alcoólicas, tabaco, canábidos, ecstasy/anfetaminas, cocaína, opiáceos e smart-drugs /Novas Substâncias Psicoativas), a canábidos parece ser considerada a menos prejudicial.
- 44% concordam/concordam totalmente que o consumo esporádico de canábidos não traz grandes problemas.
- É de 35% os que têm esta opinião quanto ao consumo regular.



Família, comportamentos aditivos e práticas criminais

- 21% dos jovens declararam que pelo menos uma das pessoas com quem viveram mais tempo costumava consumir drogas, 17% que costumava “embebedar-se” e 7% que tem ou teve problemas com o jogo.
- A maioria dos jovens considerou que os seus familiares não aceitariam que tomassem bebidas alcoólicas de forma intensiva, “embebedarem-se” (84%), que fumassem canábidos (71%), que tomassem pastilhas de ecstasy ou anfetaminas (92%) ou que consumissem outras drogas (92%).
- Cerca de um terço dos jovens (35%) declarou que uma ou mais pessoas da sua família com quem viveu mais tempo está ou esteve preso.



Escolaridade

- Todos os jovens já ficaram retidos pelo menos uma vez, a maioria entre 3 e 5 vezes.
- Praticamente todos costumavam faltar às aulas (88%) ou já tinham sido, pelo menos uma vez, suspensos ou expulsos da escola (82%) antes do internamento.
- A Escola frequentada no internamento tende a ser mais apreciada e considerada mais útil do que a Escola frequentada antes.



Pares

- Fumar canábis é a terceira atividade mais realizada quando convivem com os amigos na comunidade (frequentemente ou sempre: 46%), sendo a primeira os passeios (frequentemente ou sempre: 61%) e a segunda a ida a festas/concertos (frequentemente ou sempre: 55%).



Acessibilidade a substâncias ilícitas

- A maioria dos jovens considera muito fácil obter canábis (58%) na comunidade, num período de 24 horas, caso o desejassem, sendo menor a percentagem de jovens que considera muito fácil obter outras drogas: 27% para a cocaína, 30% para outros estimulantes.



Percurso na justiça

- 62% dos jovens declararam estar a cumprir medida devido a ofensa à integridade física, seguindo-se os que declararam estar a cumprir medida devido a roubo (56%), furto (45%), ameaça ou coação (33%) e tráfico de estupefacientes (32%).
- Dos motivos apontados para adotarem estes comportamentos, os diretamente relacionados com consumos de substâncias psicoativas são marginais: 9% por estarem sob o efeito de drogas ou álcool, 3% para ter dinheiro para comprar drogas ou álcool.
- 53% dos jovens encontravam-se em regime semiaberto, 30% em regime fechado e 17% em regime aberto.



Consumos de bebidas alcoólicas

- Praticamente todos os jovens inquiridos já tomaram, pelo menos uma vez na vida, uma bebida alcoólica (85%). Esta prevalência é superior no caso das raparigas, que na totalidade declaram esta experiência de consumo (100%) e um pouco inferior no caso dos rapazes (83%). Verifica-se ainda que a experiência de consumo vai sendo progressivamente mais comum à medida que se consideram grupos etários superiores, de 67% entre os 13 e os 15 anos, de 90% entre os 16 e os 17 anos e de 100% entre os 18 e os 20 anos.
- 77% declararam ter tomado pelo menos uma vez uma bebida alcoólica nos 12 meses antes do internamento e 63% nos 30 dias antes.
- Nos 12 meses antes do internamento, o tipo de bebida mais mencionado consiste nas espirituosas (64%), seguido dos alcopops (62%), da cerveja (46%) e do vinho (19%).
- A frequência de consumo predominante nos 30 dias anteriores ao internamento é de 1 a 3 dias. Por sua vez, as prevalências de consumo diário ou quase diário são: 11% para as espirituosas, 8% para os alcopops, 3% para a cerveja e 1% para o vinho.
- Neste período temporal, 42% beberam de forma binge, 41% beberam até ficarem "alegres" e 28% ficaram pelo menos uma vez severamente embriagados.



Consumos de substâncias ilícitas

- Cerca de três quartos (76%) dos jovens já consumiram pelo menos uma vez uma substância ilícita na sua vida. Esta prevalência é de 73% entre os rapazes e de 100% entre as raparigas, sendo progressivamente superior à medida que se consideram grupos etários mais avançados: 58% entre os 13 e os 15 anos, 79% entre os 16 e os 17 anos e 94% entre os 18 e os 20 anos.

- 66% consumiram pelo menos uma vez uma substância ilícita nos 12 meses antes do internamento, sendo de 58% a percentagem que declarou consumir nos 30 dias antes.

- A substância mais consumida é a canábida, sendo a sua prevalência nos 12 meses anteriores ao internamento igualmente de 66%. Por sua vez, a prevalência de consumo de outras substâncias ilícitas que não canábida (que inclui os casos de consumo de canábida a par do de outras substâncias ilícitas) é de 32% neste período temporal.

- A seguir à canábida, as substâncias mais assinaladas são o ecstasy (31%), os inalantes voláteis (9%), os cogumelos alucinogénios (8%), a cocaína cloridrato (6%), o LSD (4%), os hipnóticos/sedativos não prescritos (3%), as anfetaminas (3%), as Novas Substâncias Psicoativas ou smartdrugs (2%), cocaína crack (2%) e outros alucinogénios que não os identificados no questionário (1%).

- De acordo com o Cannabis Abuse Screening Test, 17% dos jovens têm um padrão de consumo de risco moderado e 37% de risco elevado.

- Nenhum jovem menciona a experiência de consumo de drogas ilícitas por via injetada.



Consumo de bebidas alcoólicas no internamento

- 12% dos jovens declararam já ter tomado pelo menos uma vez uma bebida alcoólica durante o internamento, 11% nos 12 meses anteriores (11% fora do Centro Educativo e 1% dentro) e 6% nos 30 dias anteriores ao inquérito. Trata-se de prevalências muito inferiores às registadas em 2015.

- As bebidas em causa, nos 12 meses anteriores, são as espirituosas (6%), os alcopops (3%), a cerveja (1%) e o vinho (1%).



Consumo de substâncias ilícitas no internamento

- 9% dos jovens declararam já ter consumido pelo menos uma vez uma substância ilícita durante o internamento, 9% nos 12 meses anteriores (4% fora do Centro Educativo e 6% dentro) e 4% nos 30 dias anteriores ao inquérito. Trata-se de prevalências muito inferiores às registadas em 2015.

- 8% assinalaram a canábida como substância mais consumida, seguindo-se os hipnóticos/sedativos sem receita médica (2%), os outros estimulantes que não a cocaína (1,1%), alucinogénios (1,1%) e inalantes voláteis (1,1%).

- Predomina a utilização da via fumada (8%) quanto a consumos no internamento.



Policonsumo

- 52% dos jovens declaram habitualmente consumir mais do que uma substância psicoativa (bebidas alcoólicas e/ou outros produtos) na mesma ocasião.

- Reportando às associações mais comuns identificadas pelos jovens, destacam-se: a mistura de diferentes tipos de bebidas alcoólicas com ou sem sumos (39%), a associação de álcool e derivados de canábida (39%), a mistura de vários derivados de canábida (26%).



Problemas relacionados com o consumo de substâncias Psicoativas e/ou jogo

- 59% já experienciaram, ao longo da sua vida, pelo menos um dos problemas apresentados no questionário, devido ao consumo de bebidas alcoólicas, substâncias ilícitas e/ou jogo.
- 41% devido ao consumo de bebidas alcoólicas, 36% devido ao consumo de substâncias ilícitas e 20% devido à utilização de jogo.
- Os problemas mais mencionados em relação com o consumo de bebidas alcoólicas são: envolvimento em atos de violência (32%), situações de mal-estar emocional (13%), problemas comportamentais em casa (9%).
- Os problemas mais mencionados em relação com o consumo de substâncias ilícitas são: envolvimento em atos de violência (26%), problemas de rendimento na escola/trabalho (14%), situações de mal-estar emocional (11%).
- Os problemas mais mencionados em relação com a utilização de jogo são: problemas comportamentais em casa (12%), problemas de rendimento na escola/trabalho (8%), situações de mal-estar emocional (8%), envolvimento em atos de violência (7%).



Pontos-chave para a intervenção: no internamento

- Avaliação inicial dos consumos para adequação do projeto educativo.
- Adequação da intervenção ao nível de riscos dos consumos.
- Articulação com a comunidade quanto a intervenções em curso prévias ao internamento, bem como quanto a novas intervenções (Ex: equipas de tratamento das dependências).
- Profissionais em número suficiente e valorizados, com formação especializada.
- Intervenções especializadas de prevenção, estruturadas, continuadas no tempo e replicadas sistematicamente.



Pontos-chave para a intervenção: antes do internamento

- Vigilância e sinalização precoces na comunidade.
- Articulação efetiva dos vários agentes da comunidade.
- Acompanhamento próximo da família, designadamente para o desenvolvimento de conhecimentos e competências.
- Desenvolvimento de condições ambientais na comunidade que propiciem a integração social e adoção de estilos de vida mais saudáveis.



Pontos-chave para a intervenção: após o internamento

- Continuação do acompanhamento especializado na área das dependências após a saída do Centro Educativo.
- Acompanhamento próximo do jovem visando a sua reintegração.
- Eleição de figura de referência para o jovem que tenha por base uma efetiva articulação entre estruturas da comunidade.
- Criação de condições para que esta figura de referência consiga efetivamente realizar este acompanhamento próximo.

Unidade de Alcoologia de Coimbra comemora 60 anos

Da capital do fado, do conhecimento e dos estudantes, da boémia e de uma das universidades mais antigas do mundo emerge uma das instituições mais inovadoras do país em matéria de prevenção, tratamento, redução de riscos e reinserção de pessoas com problemas ligados ao álcool. Sob um desígnio marcante da Dra. Maria Lucília Mercês de Mello, devidamente honrado pelos seus sucessores num trabalho desenvolvido, muitas vezes, em circunstâncias particularmente agrestes, a Unidade de aAlcoologia de Coimbra assinalou, no dia 4 de dezembro, os seus 60 anos de existência, através de uma sessão comemorativa que resultou numa reflexão sobre temas que se debruçam sobre os caminhos de uma história de pioneirismo e inovação, desde a origem da UAC e o trabalho inovador da Dr.ª Maria Lucília Mercês de Mello, a sua fundadora, ao impacto mútuo que doentes e profissionais de saúde têm uns sobre os outros e a importância dos PLA em Portugal. Numa iniciativa em que marcaram presença figuras ilustres ligadas à história da instituição, bem como João Goulão e Manuel Cardoso, em representação do ICAD, houve lugar a uma devida e justa homenagem à grande mentora, Maria Lucília Mercês de Mello. Do programa constaram ainda momentos como a preleção Importância dos PLA na Saúde Pública em Portugal, da autoria de Manuel Cardoso, a Sessão Comemorativa, presidida por João Goulão, com a preleção História e Perspetivas Futuras, da autoria de Alexandra Almeida, e Entrevista Filmada com a Dra. Maria Lucília Mercês de Mello, por Ana Feijão. O evento terminou com a preleção de Isabel Prado e Castro, O Doente na Matriz de Identidade do Clínico.

Dependências acompanhou o evento e entrevistou a coordenadora da UA Coimbra, Alexandra Almeida.



ALEXANDRA ALMEIDA, COORDENADORA DA UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE COIMBRA

O que mudou nestes 60 anos de intervenção em alcoologia?

Alexandra Almeida (AA) – Nestes 60 anos, foi mudando o nome da instituição e o local onde estávamos alocados, mas o seu trabalho fundamental continua igual. Aquilo que nós, hoje, quisemos trazer foi sobretudo mostrar que o legado que a Dra. Maria Lucília Mercês de Mello nos trouxe, que teve uma visão inovadora e pioneira e um gran-

de empenho na construção e edificação deste serviço nos primeiros 30 anos, continua vivo e atual.

Era uma visionária?

AA – De longe! A Dra. Maria Lucília fez a sua formação em Lisboa, no Hospital Júlio de Matos, e aí havia uma primeira tentativa de abordar e tratar os doentes alcoólicos separados dos doentes psiquiátricos e, quando chegou aqui ao hospital, encontrou uma realidade completamente diferente. E foi do seu empenho que, dois anos depois, consegue que lhe deem uma enfermaria, serviço que só é oficializado dois anos mais tarde e, assim que pôde, mudou por completo o tratamento. Criou um novo modelo com intervenção pedagógica, envolvimento da família, ligação ao meio, criação do grupo dos alcoólicos abstinentes, formação de todos os clínicos gerais e de uma rede, primeiro informal, de articulação com os cuidados de saúde primários, que deviam estar no diagnóstico precoce e no tratamento, trabalhos de investigação realizados antes das entidades nosológicas serem reconhecidas, chamou a atenção da OMS para o serviço, tendo esta vindo conhecê-lo, seguindo-se anos de intensa colaboração internacional... Portanto, todo esse legado encontra-se, hoje em dia, perfeitamente atual dentro do projeto ICAD. E teve no projeto IDT e em toda esta linha de sucessivos nomes que fazem esta instituição.

Há 60 anos não foi fácil, pois estava a contrariar uma das culturas mais negras da história...

AA – Não foi na altura e ainda hoje é controverso. Contrariou duas culturas: primeiro, a desvalorização que se dava em termos políticos ao problema do álcool e a falta de reconhecimento deste como um problema de saúde pública. Por outro lado, a questão da relação com a psiquiatria. A palavra que mais se ouviu nesses 30 anos por parte da Dra. Maria Lucília foi "despsiquiatrização". O que queria dizer com isso? Queria dizer que, para se tratar este problema, era preciso muito mais do que fazer-se consultas de psiquiatria. Repare que a Dra. Maria Lucília articulou com os cuidados de saúde primários, onde ajudou a formar consultas de alcoologia e hoje temos cá, presentes connosco, médicos das antigas e das atuais porque chegaram aos nossos dias. As unidades de tratamento de recuperação de alcoólicos dos serviços de psiquiatria com quem também articulou, que eu conheça, só existe uma.

Nunca foi uma fundamentalista...

AA – Não. Na altura, o foco era muito na abstinência. Nunca se pôs doentes de parte, teve sempre a visão de que qualquer quantidade que se consiga reduzir no consumo de álcool, quer a nível nacional per capita, quer por doente, é sempre um ganho em saúde. Foi sempre na promoção da saúde que depois lutou nas ações de prevenção primária, que foi um dos focos, mas repare que, naquela altura, como hoje, eram equipas reduzidas e fizeram um imenso trabalho.

E hoje, o que falta fazer?

AA – Hoje, estamos mais ou menos perante as mesmas linhas. Há um pouco o retomar, porque os indicadores demonstram que poderá



ter havido algum retrocesso em termos dos doentes que nos chegam, a idade média aumentou quase uma década, o número de camas disponíveis diminuiu, a lista de espera aumentou e a nossa suspeita mais inquietante é que os doentes dessa década dos 40 para os 50 não estão a ser acompanhados em lado nenhum. E, portanto, falta fazer tudo isso, que penso ser a visão que se tenta edificar no ICAD e voltar a aproximar dos cuidados de saúde primários, voltar a fazer o diagnóstico precoce, voltar a dar capacidade institucional aos serviços para se dotarem do número de pessoas e de meios necessários para poderem realmente trabalhar, é preciso ajustar as políticas públicas do país àquilo que é preciso. Há uns anos atrás, qualquer garoto ia comprar os cigarros aos pais... hoje em dia, isso é absolutamente impensável. Depende de todos nós fazermos isto. É possível mudar essa cultura, é possível que cada pessoa faça o seu empenho por si, tal como as instituições. É possível perceber que há um consumo de baixo risco mas que representa sempre algum risco, que não é uma substância inócua, mas do conjunto de situações nocivas que pode causar, conjugadas com o valor cultural que tem, é possível diminuir os consumos para um baixo consumo. É preciso ensinar isso às pessoas. É preciso ensiná-las a beber de forma diferente se não tiverem problemas de saúde, é preciso ajudar aqueles que já não conseguem a manter a porta aberta, uma atitude diferente e que mudou nos últimos anos.

É possível reduzir riscos?

AA – É possível e preciso reduzir riscos.

Como?

AA – De várias maneiras, tendo sempre a porta aberta, acompanhando estes doentes, proporcionando-lhes contacto com a saúde e



aproveitando todas as oportunidades para fazermos uma intervenção breve e tentar trazê-los para os serviços de saúde.

Finalmente, uma palavra para os decisores políticos: já terão a consciência de que o álcool é a grande toxicodependência dos portugueses?

AA – Não sei se têm, mas os números falam por si.

A motivadora história da Unidade de Alcoologia de Coimbra

Desde os finais do século XIX e início do século XX o alcoolismo era visto como doença, embora o modelo moral estivesse muito presente e os doentes eram vistos como “fracos ou débeis”. Os doentes alcoólicos populavam nos asilos e colónias psiquiátricas. De um modo geral eram doentes “bem-vindos” porque eram mais docéis e muito mais colaborantes nas tarefas asilares do que os restantes doentes psiquiátricos.

Foi no final de 1962 que a Dr.^a Maria Lucília Mercês de Mello tomou posse como psiquiatra no Hospital Sobral Cid (HSC). Tinha feito a sua formação em Medicina e Psiquiatria em Lisboa, no Hospital Júlio e Matos (HJM).



Da sua formação fizeram parte nomes importantes da psiquiatria portuguesa, vozes dissonantes no que tocava à abordagem dos doentes alcoólicos e com uma tentativa inovadora de abordar os doentes alcoólicos no Hospital Júlio de Matos. Falamos de Pedro Polónio, que já nos anos 50 dizia que o alcoolismo era um dos mais graves problemas da psiquiatria, Pompeu e Silva, Barahona Fernandes e Pistachini Galvão que introduziu a perspetiva da saúde pública na psiquiatria.

Ao chegar ao HSC encontrou os doentes alcoólicos internados junto com os restantes doentes psiquiátricos (muito diferente da abordagem que se tentava já fazer no HJM). Com base no que tinha estudado e observado, e do seu próprio empenho, a Dr.^a Maria Lucília conseguiu que lhe fossem dadas 25 camas numa enfermaria destinada apenas ao tratamento de doentes alcoólicos. Em julho de 1964, nasceu o SRA- Serviço Recuperação de Alcoólicos, oficializado mais tarde em 1966. Nestes primeiros anos a desintoxicação era feita com a pouca farmacoterapia que existia na época complementada depois com um período de desabitação com tratamentos comportamentais com apomorfina e medicação aversiva (os tratamentos mais avançados à época). As recaídas eram frequentes, não havia abordagem pedagógica, familiar, ou envolvimento do meio, havendo algum acompanhamento posterior em consulta, no Dispensário de Saúde Mental em Coimbra.

Em 1968 é feito a primeira avaliação de resultados, encontrando-se uma taxa de sucesso de cerca de 34.18% que estava sobretudo

relacionada com as relações de interajuda que espontaneamente surgiram entre doentes que tinham estado internados e moravam perto uns dos outros. É do estudo destes casos que surgem os Clubes de Alcoólicos Tratados (precursores dos atuais grupos de alcoólicos abstinentes), estruturas de apoio em todas as fases do tratamento - da motivação à reinserção e redução de riscos (uma das primeiras estratégias de intervenção comunitária).

Em 1971, resultando de uma luta empenhada é criado o Centro de Recuperação de Alcoólicos, com autonomia técnica, e a Dr.^a Maria Lucila, assim que pode, modifica o tratamento que é feito aos doentes, criando um modelo que é caracterizado por farmacoterapia decrescente, e crescente intervenção psicoterapêutica, em grupo, com a psicoeducação, o envolvimento da família, dos Grupos de Alcoólicos Tratados (GAT) e do meio. Foram anos de intensa formação da sua equipa e de visitas a outros serviços europeus. Aquando da segunda reavaliação em 1972 a taxa de sucesso era agora de 60,3% aos 3 anos de tratamento, confirmada pela terceira avaliação feita no final dessa década.



Muito cedo a Dr.^a Maria Lucília se apercebeu do grave problema de saúde pública que o alcoolismo representava e chamou atenção para a importância da sua “despsiquiatrização” e de envolver os cuidados de saúde primários (CSP) no diagnóstico precoce e tratamento, e na importância que as políticas públicas deveriam ter no combate àquele flagelo.

É também nessa década que a OMS reconhece os Problemas ligados ao álcool (PLA) como um problema de saúde pública.

Fez formação de alcoologia aos profissionais de saúde dos CSP abrangendo os profissionais da zona centro do país. Deste trabalho nasceram consultas de alcoologia numa rede de articulação e referência que chegou aos dias de hoje, envolvendo também a articulação com algumas UTRA dos serviços de psiquiatria.

Desenvolveu ações de prevenção primária em vários outros setores da sociedade tais como escolas (professores e alunos), força aérea, empresas. Criou ao longo do tempo materiais pedagógicos (panfletos, pequenos livros sobre o alcoolismo para os doentes, um livro dirigido aos mais novos “o dia do João feliz”, cartazes e diapositivos e o Manual de Alcoologia para o clínico geral com duas edições, com o apoio do laboratório Delagrangue e mais tarde mais um manual de alcoologia.

Investiu na investigação epidemiológica que dava então os seus primeiros passos; destaca-se o trabalho de investigação sobre álcool e gravidez em meio rural e urbano, antes do SFA ser reconhecido como entidade nosológica. Com esse trabalho chama a atenção da OMS que vem a Portugal conhecer o seu serviço e o que cá se fazia. Foram anos de intensa colaboração com a OMS, tendo ido o Dr. Pires Preto médico do CRA, como perito da OMS, ajudar a criar um serviço de alcoologia nas ilhas Maurícias.

Aposenta-se em 1994, já depois dos CRA terem autonomia técnica e financeira (em 1988) deixando um modelo de tratamento em que o grupo, a família, a pedagogia, têm um papel fundamental, a coopera-

ção com os GAT, uma rede de articulação com os CSP, uma investigação crescente, um vasto trabalho na área da prevenção primária e o reconhecimento nacional e internacional do seu trabalho.

O Dr. Augusto Pinto assume a direção do CRA e prossegue com este legado, permitindo que o caminho da inovação continuasse.

Durante os seus anos de direção, na área do tratamento experimentou-se o psicodrama, introduziu-se a terapia familiar, as técnicas de prevenção da recaída, uma maior individualização do tratamento sem se deixar o grupo como forma central de tratamento, um hospital de dia que, deu mais tarde, lugar a um tratamento estruturado em ambulatório, a consulta do Projeto Stop, para os doentes encaminhados pelo tribunal por processos de crime de condução sob o efeito do álcool.

O tratamento ganha novas valências, para além de nutricionista passa a ter terapeuta ocupacional, monitor de cerâmica e psicólogos. Facilitou e promoveu a ida de técnicos aos encontros da Sociedade Francesa de Alcoologia e da Socidrogalcohol.

Criou-se um Boletim do CRA – Centro de Recuperação de Alcoólicos, onde eram publicados trabalhos feitos pelo serviço. Desenvolveram-se novos materiais pedagógicos – o livro do doente, brochuras sobre as bebidas, 2 livros de banda desenhada feitos pelo José Carlos Fernandes, 2 CD ROM – um dirigido aos jovens outro a técnicos (este um manual de alcoologia), um livro e um jogo por Graça Gonçalves, 12 cartazes pelo mestre Vitor Bizarro.

Foram feitos muitos trabalhos de investigação, alguns premiados. Colaborou-se em projetos internacionais iniciando-se a colaboração com o projeto ENCORE.

Continuou-se o trabalho na prevenção primária com cursos de alcoologia que abrangeram os médicos dos CSP da zona centro, acompanhados de estágios de observação de uma semana (cerca de 500) para as equipas dos CS – médico, enfermeiro, e técnico de serviço social abrangendo cerca de 4000 profissionais dos CSP) reforçando-se assim a rede de articulação e referência com os CSP e as consultas de alcoologia nos CSP. Fizeram-se ainda ações de sensibilização na comunidade que abrangeram cerca de 30.000 professores. No final das ações de sensibilização eram trabalhadas a forma como os professores podiam abordar estas temáticas com os alunos. Foram feitas também ações de sensibilização com a igreja católica, com autarcas, com o serviço social, com alunos na faculdade de medicina, programas de difusão nacional, entre outros.

Fizeram-se anualmente os Encontros com Alcoólicos Tratados da zona centro onde eram convocados todos os doentes que faziam 5, 10, 15 e 20 e mais anos de abstinência. Eram uma festa de emoções intensas, entre os doentes, técnicos, e responsáveis políticos, que reforçavam o percurso que estes tinha feito, sendo os que não estavam bem convidados a retomar o contacto com o serviço e o processo de tratamento.

Com a nova legislação que em 2000 reestruturou os CRA e a sua relação com os serviços locais de saúde mental estes passam a designar-se Centros Regionais de Alcoologia, em 2006 são extintos no âmbito do PRACE 2 e em 2007 integrados no IDT.

Começa-se a integração do CRAC no IDT. O Dr. Augusto Pinto demite-se em discordância com a alteração no peso que seria localmente atribuído às diferentes áreas de missão – sendo a principal o tratamento e colaborando o UAC nas restantes, em articulação com as estruturas locais do IDT. É nomeada a Dr.^a Ana Feijão, que conduziu e manteve o serviço, agora designado UAC, sempre funcionante, firme, passando por duas integrações e pelos tempos do COVID. Hoje estamos abertos com todas as valências do tratamento (ambulatório e internamento). Somos, atualmente, a única Unidade de Alcoologia com internamento completo aberto.

Internamente reformulou-se o programa do internamento, com maior individualização do tratamento tendo em conta as necessidades específicas de cada doente. Reformularam-se as sessões de grupo em módulos de psicopedagogia e de prevenção da recaída. Para além da consulta aos doentes com crime de condução de veículo em estado de embriaguez surgiu, em 2009, a consulta aos que tinham processos de violência doméstica. Manteve-se o programa estruturado de ambulatório. Colaborou-se na consulta de jovens.

Os anos da integração no IDT foram anos de estimulantes partilhas e trocas de experiências – a introdução dos dados do álcool no sistema informático - o SIM a colaboração na elaboração da Rede de Referência e Articulação Alcoologica cuja iniciativa surgiu do Centro, no desenvolvimento do Plano Nacional para os Problemas Ligados ao Álcool em que, não só colaborámos nos diferentes grupos, mas também coordenámos o grupo respeitante aos jovens, crianças, grávidas e crianças por nascer, e no o Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS).

Manteve-se e aprofundou-se a colaboração nos projetos internacionais ENCARE, TAVIM, ChaPAS, e mais tarde o projeto RARHA.

Manteve-se a colaboração em projetos de investigação e foi feita com o Dr. Carlos Ramalheira uma avaliação de resultados do tratamento usando como metodologias de análise estatística, análises de sobrevivência que mostravam, que no ano de 2006, taxas de recaída de 25% ao fim de um ano.

Continuou-se a colaboração na área da prevenção primária, com cursos de alcoologia para profissionais do IDT, ações de sensibilização no âmbito do projeto Vida, em escolas, eventos científicos entre outros.

Iniciou-se o processo de certificação da UAC, proporcionando ao serviço momentos de reflexão e de reconstrução de procedimentos e dos respetivos manuais.

Este trabalho foi interrompido com a extinção do IDT e a integração nas ARS, sempre com a incerteza do futuro, ou seja, do serviço em que “definitivamente” os serviços de tratamento do ex IDT iriam ser alocados. Apesar da instabilidade permanente desta incerteza a Dr.^a Ana manteve o rumo já antes traçado.

Para além da comemoração dos 50 anos da UAC, a Dr.^a Ana criou os Ciclos Temáticos de Formação em Alcoologia, inscritos no FNAS como Boa Prática, que trouxeram à UAC durante mais de 4 anos e com regularidade dezenas de preletores de renome das mais diversas áreas do saber contribuindo de forma inequívoca para a interligação das diferentes áreas com a alcoologia.

Os anos do COVID vieram trazer uma paragem em muitas destas dinâmicas e em 2022 a Dr.^a Ana por motivos pessoais apresentou precocemente a sua demissão.

Em janeiro de 2023 assume a liderança a Dr.^a Alexandra Almeida.

Pela primeira vez em muitos anos a UAC não está integrada num serviço. Está, em conjunto com as outras unidades das antigas DICAD, em plena co-construção do atual ICAD, sendo que o legado da

Dr.^a Maria Lucília Mercês de Mello continua vivo e pertinente (a importância do tratamento, do grupo, dos grupos de interajuda, do diagnóstico precoce, dos CSP na rede de referência, na formação contínua e na investigação, no alinhamento e participação nos projetos internacionais que visam a diminuição dos PLA e a melhoria da qualidade de vida).

Este processo de co-construção, único, conduzido de baixo para cima, com a participação alargada dos diversos responsáveis locais e através destes, de todos os colaboradores, vai procurando harmonizar práticas e recriar um serviço, e uma identidade em que a UAC participa de igual para igual, necessitando de tempo, e do empenho de todos.

Hoje a UAC enfrenta múltiplas dificuldades. Nestes últimos 13 anos a idade média dos utentes que a procuram pela primeira vez aumentou quase 10 anos, passando de 44 para 51 anos, (traduzindo-se num aumento da gravidade e das comorbilidades orgânicas e psiquiátricas dos utentes); houve uma grande diminuição de camas disponíveis para tratamento dos dependentes de álcool no país; a pressão sobre as listas de espera aumentou bastante, ficando a inquietante suspeição de que terá aumentado muito o número de doentes que não chegam aos serviços de saúde.

Os constrangimentos económicos, a falta e envelhecimento dos recursos humanos, a perda de valências, as dificuldades com os recursos materiais, as grandes expectativas e algum imediatismo na edificação do ICAD, a sentida desvalorização política dos PLA como problema de saúde pública, torna o dia a dia, uma vez mais, um processo bastante difícil, e talvez mesmo um dos mais difíceis dos últimos 30 anos.

Desde os tempos do SRA do HSC até hoje, foram sempre tempos difíceis, um trabalho árduo, trocas intensas com os colaboradores para se acertar o rumo a seguir, com constrangimentos económicos entre outros, um clima político nem sempre favorável à visão dos PLA como problema de saúde pública e à necessidade de ajustar e implementar políticas de saúde nesta área.

Hoje a UAC trabalha para ver os seus recursos humanos e materiais aumentados e melhorados, para reavaliar e reformular os seus procedimentos inscritos em regulamento interno e em manuais de qualidade, com uma consulta externa diferenciada, uma triagem das listas de espera que permita atender cada caso com a urgência que necessita, para que o internamento volte a ter a imprescindível valência da terapia ocupacional, para continuar a ter uma dinâmica regular de formação interna e externa, desenvolver um boletim online de divulgação contribuindo para o aumento da literacia na alcoologia, ter renovadas reuniões de trabalho e formação com os parceiros mais antigos (os GAT), e os mais recentes como os parceiros das UIL Cad da zona centro e a UTHA, e participar em investigações de ponta e colaborar na prevenção de forma articulada com os responsáveis da prevenção das UIL-CAD da região. Ao comemorar 60 anos a UAC deseja que o peso dos dias não se sobreponha aos sonhos que espera realizar.



“O maior impacto social e de saúde advém do abuso do álcool”

João Goulão Presidente do instituto que trata das adições pede apoio político no combate às drogas, incluindo as legais

Delfim Machado
e **Nuno Domingues**
sociedade@jn.pt

João Goulão nasceu em Cernache do Bonjardim, na Sertã, há 70 anos. É médico, presidente do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD), a mais recente geração de um órgão que já teve várias designações. Os nomes mudam, mas o serviço continua e a liderança mantém-se. Até agora, pois João Goulão está de saída. Num contexto de redução de consumos, deixa como principal aviso a preocupação com a droga legal mais usada no país: o álcool.

Está em funções ao abrigo de uma exceção por interesse público. Está disponível para continuar?

Fui convidado ainda pelo Governo anterior para continuar e para assegurar estas tarefas de constituição de um novo organismo. Fui confirmado pela atual tutela, a secretária de Estado da Saúde, Ana Povo, com quem interajo diretamente, mas aquilo que está combinado é que, tão breve quanto possível, o lugar que eu ocupo e o do meu colega vogal do Conselho Diretivo serão colocados a concurso.

Há algum prazo?

O prazo que fixámos, a senhora secretária de Estado e eu, foi que quando o concurso estiver concluído, sairei. Acabou, já chegou. Desde 97 que exerço funções de

Direção nos sucessivos organismos, o que tenho feito com enorme gosto e entusiasmo, mas francamente também está na altura de haver aqui uma renovação até geracional.

Essa indisponibilidade estende-se também ao vogal Manuel Cardoso?

Sim, estamos ambos com esta disposição de estar enquanto for necessário, mas de sair assim que for possível. Ele está perto da minha idade, tem perto de 70 anos, temos sido companheiros nestas funções desde 97 ou 98. Temos feito uma excelente equipa, mas está na altura, de facto, de dar lugar a outros.

As dificuldades financeiras deste ano contribuíram para a decisão de sair?

Não. As dificuldades financeiras decorreram do facto de não ter sido aprovado um orçamento e todos sabemos as vicissitudes políticas que aconteceram ao longo deste ano. Para o ano de 2025, aquilo que está previsto também

“As questões da droga hoje são para aí a décima terceira preocupação do país”

“As verbalizações no sentido de endurecer as políticas são um retrocesso”

é curto. Vamos precisar de reforços ao longo do ano. Mas isto não foi determinante para que eu saia. São 30 anos de atividade nesta área, já chega. E não se justifica uma autorização excepcional para que um profissional de prolecta idade continue.

As relações com o Ministério da Saúde ficaram beliscadas com estes problemas?

É evidente que houve aqui episódios que não foram de todo agradáveis, mas também lhe digo que desde 97 até agora já trabalhei com não sei quantos governos, ministros, secretários de Estado, e não é a primeira, seguramente não será a última, em que há alguns desencontros na identificação ou na assunção das dificuldades. Acabou por ser suprido e creio que chegaremos ao final do ano sem défices. Agora, não dá para grandes rasgos e isso, sim, depende da priorização política. Precisamos de meios, precisamos de suporte político.

Em que sentido?

No mais imediato e naquilo que tem a ver com a tal visibilidade que dá inclusive lugar a que haja já alguma verbalização de intenções de inverter aquilo que é o paradigma em que nos movimentamos, um paradigma de descriminalização. Algumas verbalizações no sentido de endurecer as políticas são um retrocesso. Do ponto de vista civilizacional, nós temos sido um farol para o Mundo nesta abordagem.



O orçamento do ICAD para 2025 é de 48 milhões de euros, mas o IDT em 2011 tinha 74 milhões. Já fez as contas para perceber que reforço precisa?

A nossa proposta andava à volta dos 80 milhões. Na altura do IDT, os problemas da droga e da toxicodependência eram identificados pelos governos como a primeira preocupação dos portugueses. Isto tinha reflexos políticos naquilo que era o investimento que o Estado estava disposto a fazer nesta área. Se calhar trabalhámos bem demais e as questões da droga vieram por aí abaixo e hoje são para aí a décima terceira ou décima quarta preocupação do país. Agora, a escolha é: queremos que o fenómeno continue a recrudescer e que ganhe as proporções que tinha no final dos anos 90 em que detetávamos pelo menos 100 mil utilizadores problemáticos de droga, sobretudo de heroína?

Os cartéis multinacionais estão a investir em Portugal?

A PJ, as outras forças policiais, PSP, GNR, as alfândegas, têm sido muito eficazes e, aliás, aumentaram a eficácia depois da descriminalização, porque em vez de consumirem todo o seu tempo e energia com as vítimas, puderam dirigir a sua atenção às grandes organizações criminosas. A redução da oferta traduz-se também naquilo que é a regulação de algumas atividades lícitas e também naquilo que tem a ver com as bebidas alcoólicas.

O álcool precisa de regulação?

O álcool é legal, mas isto não o isenta de alguma regulação. Isto tem a ver com a questão da publicidade, por exemplo, onde é necessário fazer mais do que tem sido feito. Há uma política de preços que também seria importante que fosse feita. O álcool em Portugal é disparatadamente barato, portanto, faria sentido que houvesse também alguma regulação da oferta por via de uma política de preços, fiscal.

Esteve no Brasil a colaborar num modelo de descriminalização das drogas leves. Que conselhos é que levou da experiência de Portugal?

Defendi a instalação dos órgãos que operacionalizam a descriminalização em Portugal que são as comissões para a dissuasão da toxicodependência (CDT) e que nos proporcionam uma instância de interação com pessoas que de outra maneira não procuram

o apoio dos serviços de saúde. Nestas comissões, nós conseguimos encaminhar quem é dependente, quem precisa de tratamento, para as respostas adequadas. Mas servem sobretudo para aqueles que não são dependentes, e que já consomem, para se identificar fatores de risco suplementares que possam ser removidos e evitar a dependência.

Por cada traficante detido, há um impacto imediato no volume de droga que chega às ruas?

Eu penso que não. Aquilo que é determinante é, de facto, a secção de grandes quantidades que entram no mercado. E aí penso que há reflexos que são sensíveis depois no funcionamento do tal mercado. Desde logo pelos preços, porque se chega menos uma tonelada à rua, o preço dispara.

O mercado regula-se, não é?

O mercado regula-se e há uma série de reações em cadeia, porque se calhar a criminalidade também aumenta em resposta às necessidades aquisitivas dos utilizadores que são dependentes. E temos que ter a consciência de que a dependência ocasiona, de facto, uma inventividade brutal, sem fim.

Portanto, a aposta tem de ser na limitação da procura?

Penso que deve ser concertada com a redução da oferta e a eficácia acrescida a que temos assistido por parte das nossas forças policiais é um esforço louvável. Com uma desproporção financeira brutal. Nós vemos agora que foi possível dotar a Polícia Marítima de lanchas rápidas que, durante anos, era quase brincar ao gato e ao rato. Mas é pela redução da procura que lá vamos, muito mais do que pela redução da oferta.

A dependência do jogo é mais ou menos relevante do que o impacto que têm, em termos sociais, a droga e o álcool?

O maior impacto em termos sociais e de saúde advém do abuso

“A proibição do telemóvel nas escolas, para os mais novos, pode ser importante”

“Temos pedidos de ajuda devido ao jogo e aos ecrãs nas unidades dedicadas às drogas”

do álcool. Neste momento, é talvez a preocupação dominante. Depois virão as substâncias ilícitas, nomeadamente o crack, que é muito desorganizadora, muito propiciadora de passagem ao ato e que passa por violência. Mesmo quando tivemos a tal população de 100 mil utilizadores de heroína, eles eram, de uma forma geral, cordatos e pouco dados a atos de grande violência. Com o crack, as coisas são diferentes.

Os efeitos são mais graves?

Exatamente. É aquela sensação de poder e do “quantos são”, que propicia de facto essa situação. Agora, no jogo, na dependência da internet, temos muitas pessoas jovens e menos jovens, em frente do computador ou do telemóvel e nem sempre para atividades muito produtivas, na maior parte dos casos para exploração das redes sociais. Mas também temos que ter a consciência que, no que diz respeito aos jovens, há aqui equilíbrios que temos que procurar, porque de facto há uma determinada geração que foi afetada nas relações interpessoais pela ocorrência da pandemia. E aprenderam a comunicar e falam uns com os outros através do telemóvel.

A proibição de telemóveis nas escolas pode ser aqui uma medida com utilidade?

Para miúdos mais novos eu acho que pode ser importante, mas depois, a partir daí, é preciso ponderar muito bem até onde é que é legítimo ir.

No caso dos ecrãs e do jogo, há necessidade de adaptar a resposta da saúde mental?

Sim. Também há uma interação cada vez maior. Nós estamos a ter pedidos de ajuda relacionados, quer com o jogo, quer com os ecrãs, nas unidades dedicadas às drogas e ao álcool.

E chegam das unidades de saúde ou das próprias famílias?

Todas. Próprias, das famílias ou são referenciados pelo médico de família. Há várias vias para cá chegarem. E aquilo que subjaz a todos estes comportamentos é o mesmo tipo de mecanismo, que é o mecanismo da recompensa, o prazer que a atividade dá. Portanto, os nossos profissionais com experiência nesta área são muito eficazes a lidar com isto.

O Estado apoiar jogos da sorte não é uma contradição quando tem de prevenir e tratar?

Há de facto aqui algumas incoerências difíceis de sanar. Isto não é a melhor solução quando temos responsabilidade nestas matérias. Eu não sinto que o ICAD tenha que empunhar a bandeira do combate aos jogos sociais, mas também não acho que se possa inibir de tomar determinadas posições quando se discutem medidas, por exemplo, a propósito da raspadinha.

Como é que podemos inverter o cenário em que jogamos mais na raspadinha do que nos outros países europeus?

Todos podemos ver a olho nu a utilização da raspadinha, basta entrar em qualquer quiosque a determinadas horas e vemos uma fila de senhoras de idade, de classes sociais bastante fragilizadas, a jogar compulsivamente na raspadinha na expectativa de que possam resolver os seus problemas económicos e de facto estão a avolumá-los cada vez mais. Contrariar este fenómeno passa também por alguma pedagogia que os agentes de pontos de venda possam eventualmente desenvolver, mas passa por informação, pela literacia da nossa população. Tudo isto é muito geracional e demora a atuar, mas vejo com preocupação.

Quando diz que é geracional, espera que se reduza?

Sim, tenho essa expectativa.

Até pela questão da literacia?

Exatamente. E no entender-se também que quanto mais imediato é o resultado de um determinado jogo, mais apelativo ele é. Temos muitos milhares de pessoas que jogam no Euromilhões, mas a capacidade aditiva do Euromilhões é completamente diferente da da raspadinha, que eu compro e imediatamente tenho o resultado. E de facto não vemos com a mesma frequência os jovens a aderirem.

Mas não aderem a outros jogos, por exemplo, online?

Também penso que não podemos diabolizar em absoluto tudo. Há aqui uma componente lúdica que eu acho que deve ser preservada. Nós não podemos patologizar tudo. ●

Entrevista publicada no Jornal de Notícias

Desafios de uma intervenção (CRI)ativa

A Cruz Vermelha Portuguesa de Gondomar-Valongo, organizou, em parceria com o CRI Porto Oriental, a Câmara Municipal de Valongo e a Junta de Freguesia de Ermesinde, o Seminário “Desafios da Intervenção – a Realidade dos Comportamentos Aditivos e Dependências”. O evento decorreu no dia 4 de dezembro, no Auditório da Junta de Freguesia de Ermesinde, contextualizado no âmbito do Programa de Respostas Integradas de Valongo, Projeto “Cruzar Caminhos” e reuniu a rede social de Valongo. Dependências acompanhou este momento de partilha e entrevistou o coordenador do CRI Porto Oriental, Jorge Barbosa, e Miguel Oliveira, Presidente da Junta de Freguesia de Ermesinde.

JORGE BARBOSA, COORDENADOR DO CRI PORTO ORIENTAL



Que motivos estiveram subjacentes à organização deste evento?

Jorge Barbosa (JB) – A organização deste evento foi da responsabilidade do PRI de Valongo, o Projeto “Cruzar Caminhos”, que é uma resposta no eixo da reinserção social promovida pela Delegação de Gondomar/Valongo da Cruz Vermelha Portuguesa. Esta entidade optou por dinamizar este Seminário no sentido de refletir e avaliar as práticas implementadas na área da reinserção junto de pessoas com CAD, em conjunto com as entidades que compõem a Rede Social de Valongo. Nesta reflexão, foi valorizada a articulação com as autarquias locais, que disponibilizam recursos e equipamentos destinados à dinamização de atividades desportivas e artísticas no âmbito do PRI e a parceria de proximidade que estabeleceram com o Pólo de Valongo do CRI Porto Oriental na definição de estratégias promotoras da integração social e da melhoria da qualidade de vida das pessoas com CAD. Da avaliação ressalta que, por um lado, esta é uma fase de consolidação deste projeto na comunidade e, por outro, o início de um novo ciclo. Após esta fase consolidação, surge a necessidade de alcançar novos públicos que, habitualmente, têm dificuldades em aceder às respostas assistenciais e, naturalmente, o PRI assumirá um importante papel, sobretudo enquanto resposta de proximidade e de melhoria da acessibilidade das pessoas com CAD à consulta do Pólo de Valongo. Em síntese, este projeto de proximidade co-financiado pelo ICAD, I.P., contribuirá também para atingir o objetivo a que todos nós nos propusemos, reduzir a lista de espera. Pretendemos que ninguém fique fora de uma resposta assistencial em CAD e que seja atendido no momento da procura. Portanto, iremos melhorar a acessibilidade aos cuidados em saúde das pessoas com CAD, melhorando a referenciação e a articulação com a Rede Social.

Iniciativas e projetos como este relevam o papel fundamental desempenhado pelas ONG e um aparente regresso à preponderância da contribuição das autarquias...

JB – Sim... diria que, durante algum tempo, ficámos a aguardar a implementação de um novo instituto público, algo que todos reclamavam, quer os profissionais de saúde no âmbito da rede assistencial pública em CAD, quer as autarquias e as ONG. Havia um conjunto de instituições que reclamavam por um instituto público vertical e próximo das pessoas. E atualmente é isso que estamos a desenvolver, melhorar o trabalho de proximidade às pessoas com CAD, respondendo de forma mais célere às necessidades diagnosticadas. Em parceria com este projeto que se assume como uma mais-valia na reinserção de pessoas com CAD, porque é desenvolvido por uma ONG com a dimensão e experiência da Cruz Vermelha, com um conhecimento mais profundo da comunidade, procuramos reforçar o trabalho integrado, concertado em rede, assente no modelo da cultura da partilha, envolvendo o poder local e a sociedade civil.

O CRI Porto Oriental tem vindo a distinguir-se pelo alargamento da oferta de serviços e valências, sempre com o mesmo foco: apoiar, nos vários contextos de vida, o cidadão com problemas relacionados com CAD. Ainda recentemente foram distinguidos pela autarquia de Paços de Ferreira graças ao trabalho desenvolvido naquele território, outros parceiros manifestam publicamente a satisfação de poder trabalhar em parceria convosco... Onde reside o segredo deste trabalho e sucesso?

JB – Não há segredo nenhum...

...Mas no resto do país têm vindo a perder-se respostas e recursos e vocês têm contrariado esta tendência...

JB – Gostaríamos de ter uma melhor capacidade de resposta... também temos dificuldades em responder a todas as necessidades, nomeadamente ao nível da prevenção, do tratamento e da reinserção social, por escassez de recursos humanos. Precisamos de mais horas médicas e de assistentes sociais para responder às atuais emergentes necessidades sociais e de saúde expressas pelas pessoas com CAD. Mas, com a colaboração das autarquias e dos parceiros que integram as redes sociais vamos minimizando esses constrangimentos. O trabalho integrado e o investimento nas redes sociais têm sido as estratégias que elegemos para continuar a responder com a qualidade que merecem os nossos utentes. Não é apenas um exemplo do CRI Porto Oriental, uma vez que existem outros CRI na zona norte que já desenvolvem respostas descentralizadas em colaboração com as ULS e com as autarquias. Se há algum segredo, o mesmo assenta no modelo da cultura da partilha.

Há pouco, numa conversa informal, confidenciava-nos que, agora sim, “as coisas estão a andar”, referindo-se à criação de um instituto com uma orgânica vertical... o que mudou?

JB – Desde logo, o diálogo a nível nacional. Anteriormente, estávamos fragmentados em cinco ARS e não dialogávamos nem comungávamos os nossos projetos, ideias, necessidades e soluções. Neste momento trabalhamos todos juntos, num único instituto, de uma forma vertical e uniforme, por meio de um novo plano estratégico, que é global, atual, adaptado e ajustável às novas realidades em CAD. E isso faz claramente a diferença, porque agora temos um horizonte comum e para o país, no seu todo, que procura minimizar as assimetrias regionais e respeitar as particularidades das pessoas com CAD.

MIGUEL OLIVEIRA, PRESIDENTE DA JUNTA DE FREGUESIA DE ERMESINDE



Ermesinde é uma das freguesias do distrito do Porto (e seguramente a do concelho de Valongo) com maior densidade populacional, o que trará responsabilidades significativamente acrescidas ao nível da ação social...

Miguel Oliveira (MO) – Começaria por agradecer a oportunidade de falar sobre uma temática que nos preocupa muito na freguesia de Ermesinde. Quanto à questão, a resposta é claramente sim. E a ação social, da forma como era vista no passado, tem que ser revisitada e temos que encontrar uma nova forma ou paradigma, na procura de novas respostas para novos problemas. A ação social já não é apenas a luta contra a fome. O trabalho e a intervenção social que as autarquias desenvolvem nos seus territórios vai muito além. E hoje, aqui, tendo a temática dos CAD como chapéu para toda esta conversa, efetivamente, as dependências são um grande desafio, que se verifica em toda a estratificação social que existe na freguesia e na cidade de Ermesinde, que tem mais de 40 mil habitantes. Além destes, com as linhas do Douro e do Minho, são dezenas de milhares as pessoas que diariamente passam no nosso território, quer nos circuitos casa trabalho, trabalho casa ou por outros motivos. Ermesinde é de facto um grande polo de pessoas e, como qualquer grande polo de pessoas, temos estas dificuldades e desafios inerentes, muitos deles a reboque de um trágico e infeliz aumento de pessoas na condição de sem-abrigo, muito mais permeáveis às dependências. Mas não só, porque estas, por vezes, verificam-se no quarto mais escondido da melhor casa da freguesia. Pensar que este trabalho no âmbito dos CAD tem que estar apenas focalizado na rua e nas comunidades mais pobres é enganar-nos a nós mesmos. Há pouco, no primeiro painel, falávamos de um conjunto de dependências, como as drogas, o álcool, o jogo, as plataformas digitais, os telemóveis... em Ermesinde, fruto da minha atividade diária, conheço centenas de pessoas que, praticamente, “torram” todo o rendimento mensal em jogos de azar... esta é uma dependência muito séria e grave, que tem que ser trabalhada e da qual dificilmente qualquer um de nós consegue sair sem apoio.

E não é muito visível...

MO – Não é visível porque, como também dizíamos há pouco, não tem o estigma da seringa, do cachimbo ou do charuto. É pegar numa moeda de um euro, é um jogo, é lúdico... mas depois esquecemo-nos de ver o resto, o que acontece, o sofrimento que o próprio sente e provoca à sua família e agregado. Só em rede conseguiremos ter uma intervenção social mais robusta e capaz de responder às dificuldades com que, enquanto comunidade, nos deparamos. Paralelamente, nos dias que correm, vivemos uma crise económica e financeira que insiste em não passar. Os

estados andam de crise em crise, têm picos, têm quebras, mas parece que a verdadeira crise económica não sai das pessoas. O nosso PIB pode ser maior ou menor, a Europa pode responder de forma mais ou menos resiliente à crise, mas são os europeus, os portugueses e, neste caso, os ermesindenses que têm sempre muita dificuldade em sair deste ciclo de alguma pobreza, que não é apenas financeira, mas muitas vezes também emocional e psicológica e em torno da qual temos de trabalhar.

Já assinalou uma das problemáticas ao nível social, os CAD, mas existirão outras... apesar de apenas ter assumido a liderança do executivo há 15 meses, que outras problemáticas já lhe foi possível sinalizar em Ermesinde?

MO – Como dizia há pouco, a questão dos sem-abrigo preocupa-me muito. Ermesinde é uma cidade territorialmente pequena e, apesar de muitas destas pessoas procurarem esconder – convenhamos que ninguém tem prazer ou orgulho em ser sem-abrigo ou em dormir à chuva – em Ermesinde é impossível esconder, portanto, estão à vista de todos. E, por vezes, mais do que a própria condição de sem-abrigo, choca-me a forma como outras pessoas, com as suas casas, famílias, agregado e vida estruturada olham para estas pessoas com desdém, como se estivessem naquela condição simplesmente porque querem. Esquecendo que, por detrás de uma pessoa que se encontra na condição de sem-abrigo, e mesmo que a própria diga que pretende e tem o direito de estar ali, existe todo um lastro de problemas que têm que ser trabalhados e combatidos. Eu conheço pelo nome praticamente todas as pessoas que estão na condição de sem-abrigo em Ermesinde e sei que, por si, não estão em condições de tomar este tipo de decisões. A vida foi tão madrastra, tão difícil e negra que, pura e simplesmente, deixaram de acreditar. E quando deixamos de acreditar, deixamos tudo...

Quer dizer que o projeto de vida delineado para aquela pessoa não deve eleger apenas como objetivo eliminar questões sintomáticas mas reestruturar, procurando de forma holística resolver os problemas de raiz?

MO – Sim, obviamente. Não pretendendo particularizar, existe um casal de sem-abrigo na zona central de Ermesinde a quem, se hoje, a câmara municipal cedesse uma casa, não resolveria o problema destas pessoas. Porque não estão em condições emocionais, psicológicas, sociais e económicas de se gerirem a si próprios, quanto mais uma casa. Ou seja, a intervenção teria que ser muito mais larga e multidisciplinar. Como costuma afirmar-se, não basta dar o peixe. É preciso ensinar a pescar. Este é um trabalho muito difícil mas que tem de ser feito e em comunidade. Não podemos pensar que conseguimos sozinhos, através dos intervenientes sociais, ser agentes de mudança se não conseguirmos também sensibilizar e levar connosco a comunidade.

Ao longo das últimas três ou quatro décadas, Ermesinde cresceu exponencialmente ao nível demográfico. Recordo a designação de dormitório do Porto, mas igualmente uma atual dinâmica própria, vida própria, atividade comercial e muitas respostas, quer a nível social, quer sanitário... são as suficientes?

MO – Confesso que nunca gostei da expressão dormitório, mas na verdade era usada... As grandes cidades periféricas do Porto, fruto de algum subdesenvolvimento industrial, acabavam por ser espaços onde as pessoas pernoitavam porque a habitação era mais barata, procurando oportunidades de emprego no Porto. Hoje, a realidade é completamente diferente: comprar ou arrendar casa em Ermesinde é caríssimo e há uma desregulação entre a oferta e a procura, também fruto do aumento da qualidade de vida na cidade de Ermesinde. Não só através dos serviços, mas efetivamente através do trabalho que temos vindo a desenvolver no território. É normal que assim aconteça. Somos um território com mais de 40 mil habitantes, muito próximo do Porto, todas estas pessoas vivem direcionadas para o Porto, portanto, a pressão da comunidade para um

maior desenvolvimento é sempre crescente. E sim, temos um conjunto de respostas nas mais variadas áreas que acabam por não ter a eficácia que esperamos porque a dimensão e pressão populacional é muito elevada. Mas estamos claramente empenhados em garantir as melhores respostas em todas as áreas de intervenção que nos estão cometidas. Nem sempre é fácil e afirmo várias vezes em intervenções públicas que, se as mais de 40 mil pessoas que vivem em Ermesinde quisessem – e querendo têm necessariamente de ser agentes de mudança – teríamos todas as condições para sermos uma cidade de topo a nível nacional em termos de qualidade de vida. Ermesinde tem tudo, só não tem mar. Temos serviços, comércio, rio... Desde 1910 que Ermesinde cresce. Temos-nos desenvolvido como cidade, comunidade e território e os desafios são constantes. Mas ainda bem que existem desafios!

O que falta então fazer? Será necessária mais solidariedade por parte dos decisores políticos centrais?

MO – Sim. É preciso essencialmente que o governo central, que está em Lisboa, olhe para o território nas suas diferenças e na sua complementaridade. E que dote o território, desde os diversos níveis da administração pública, de condições financeiras para o melhor desenvolver...

... Ou que deixe e facilite que outros, mais próximos, o façam?

MO – Ou que deixe que outros o façam... temos vindo a vivenciar um conjunto de experiencialismos de descentralização: a descentralização para as CCDR, para os municípios, para as juntas de freguesia e, muitas vezes, estes processos, positivos, que devem ser incrementados e incentivados, têm que ser analisados e estudados. Temos que perceber qual é a capacidade das autarquias para os executarem e, se têm essa capacidade, vamos executá-los. Repare: Portugal tem mais de 3 mil freguesias que, perante a lei, são todas iguais e só existe uma destrinça para o estado: o vencimento dos seus eleitos locais. É o próprio estado que, no vencimento dos autarcas, os diferencia – até 5 mil habitantes, de 5 a 10 mil, 10 a 20 mil, mais de 20 mil... será esta a única diferença que as autarquias têm? Será que a capacidade de uma junta de freguesia com mais de 20 mil habitantes é a mesma que outra com 20 mil, mil, 500 ou 100 habitantes? Existe uma urgência de uma verdadeira reforma da lei das autarquias locais, que nos permita, enquanto estado, fazer um trabalho melhor, mais próximo e consciente das dificuldades das nossas comunidades. Tenho a certeza de que se dermos este passo de desprendimento de poder, de verdadeira descentralização e de partilha de competências teremos um país muito melhor.

Tem uma ideia de quantas solicitações de auxílio chegam semanalmente aos vossos técnicos de ação social?

MO – A ação social direta está centralizada no município de Valongo, através dos polos na cidade de Ermesinde e, naturalmente, no restante concelho. A Junta de Freguesia de Ermesinde acaba por assumir nesta matéria um papel fino: somos muitas vezes a porta de entrada. Quando

alguém nunca teve que estar no sistema se vê perante uma dificuldade é indubitavelmente à Junta de Freguesia que vem bater. Sejam honestos: não vai a mais nenhum sítio. São muitas as solicitações. Graças ao engenho e ao trabalho abnegado das nossas instituições de solidariedade social e também ao município de Valongo, trabalhamos muito bem em rede. Em Ermesinde, existem centenas de pessoas que beneficiam de apoio alimentar ao longo do ano e de ajuda por parte de algum organismo público ou privado e sim, em todas as semanas, para não dizer todos os dias, numa grande cidade como Ermesinde e com muita gente que, estando em Ermesinde, não é de cá, são muitas as solicitações para os mais variados tipos de ajuda: mães com filhos que estão a ser despejadas das suas habitações, vítimas de violência doméstica, pessoas que não têm dinheiro para comer, migrantes que chegam ao nosso país e à nossa cidade, com uma barreira quase intransponível como a língua – são dezenas aqueles que diariamente procuram os nossos serviços para obterem atestados de residência... Esta análise fina, só as freguesias conseguem ter.

Estamos a menos de um ano do final do exercício... que Ermesinde gostaria de ver daqui a um ano?

MO – Um Ermesinde com mais identidade. Esse é um dos principais problemas que temos numa terra de tanta gente e com gente de tantas terras e que, ao longo dos anos, foi perdendo a sua identidade. E uma terra sem identidade é uma terra sem alma, sem um caminho comunitário que quer seguir. Essa tem sido a nossa principal dificuldade. Sou natural de Ermesinde, toda a minha vida aqui vivi, já perdi a conta às gerações em que a minha família está em Ermesinde e o Ermesinde que gostava de ver é simultaneamente uma remanescência do passado, em que era conhecida como a Sintra do norte, um belíssimo local nas margens do rio Leça, onde os burgueses do Porto vinham, em meados do século passado, para se banharem. Mas também um Ermesinde de modernidade, mais solidário, mais atento aos fenómenos sociais, às novas realidades, à sua população, um Ermesinde que vê melhores condições para a população instalada e para outra que nos procura cada vez mais, um Ermesinde mais amigo do ambiente, e que tendo consciência de que é uma grande urbe, com muita gente, é também um espaço onde a qualidade de vida tem de ser melhor. É esse o nosso trabalho e o que espero ver daqui a um ano: uma cidade e freguesia de Ermesinde mais moderna, mas consciente do seu passado porque não conseguimos dar passos em direção ao futuro se não tivermos noções do que fomos no passado. É isso que pretendo, enquanto dínamo da vontade comunitária e porta voz da vontade de um povo, contribuir para que Ermesinde possa continuar a avançar com qualidade para os que cá estão e para os que nos visitam, para que consigamos ser um polo de positividade no concelho, na área metropolitana, no norte e no país.



Conselho de Administração da EUDA elege membros austríaco e luxemburguês para cargos de liderança



(05.12.2024, LISBOA) O Conselho de Administração da Agência da União Europeia sobre Drogas (EUDA), reunido em Lisboa esta semana, realizou hoje eleições para as suas posições de liderança. O Conselho elegeu o membro austríaco Franz Pietsch como presidente e o membro luxemburguês Xavier Poos como vice-presidente, cargos que ocuparão durante um mandato de quatro anos (2025–2028).

Ambos os candidatos ocuparam estes cargos no Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA), antecessor da EUDA, vendo agora os seus mandatos terminar em 31 de dezembro de 2024. O EUDA sucedeu oficialmente ao EMCDDA a 2 de julho de 2024, altura em que durante a reunião inaugural do seu Conselho de Administração realizada naquela mesma semana se estabeleceu o regulamento interno da agência.

Franz Pietsch (Áustria) é Diretor-Geral Adjunto e Chefe de Divisão da Lei dos Medicamentos para Uso Humano do Ministério Federal dos Assuntos Sociais, Saúde, Cuidados e Proteção do Consumidor da Áustria. É também Presidente do Conselho de Curadores da Anton Proksch Institute Foundation, uma das maiores clínicas de tratamento de dependências da Europa. Durante a sua distinta carreira, o Dr Pietsch contribuiu para uma vasta gama de políticas relacionadas com a droga a nível nacional, europeu e internacional. Membro do Conselho de Administração do EMCDDA desde 2002, ocupou os cargos de Vice-Presidente (2016–2021) e Presidente (2022–2024). Ao longo dos anos, o Dr Pietsch também trouxe os seus conhecimentos ao Comité Orçamental e ao Comité Executivo do EMCDDA.

Xavier Poos (Luxemburgo) é Diretor Adjunto de Saúde na Direção de Saúde do Luxemburgo, onde ocupa o cargo de Diretor Administrativo e Financeiro. O Dr Poos é também Vice-Presidente do Conselho de Administração do Instituto de Saúde de Luxemburgo. Durante a pandemia de COVID-19, desempenhou um papel fundamental como Vice-Presidente, e mais tarde como Presidente, da 'Célula Logística COVID-19' nacional do Luxemburgo, coordenando esforços para gerir a crise, particularmente através do estabelecimento de uma estratégia nacional de compras e logística para produtos de saúde. Membro do Conselho de Administração do EMCDDA desde 2014, ocupou o cargo de vice-presidente entre 2022 e 2024.

A propósito dos resultados das eleições, o Diretor Executivo da EUDA, Alexis Goosdeel, comentou: "Estendo as minhas mais calorosas felicitações ao Dr Franz Pietsch e ao Dr Xavier Poos pela sua eleição hoje e elogio o seu compromisso inabalável com o trabalho da agência. Gostaria também de expressar a minha gratidão pelos papéis fundamentais que desempenharam como Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração ao longo dos últimos três anos, um período caracterizado pela transição bem-sucedida do EMCDDA para a EUDA. Com base na nossa forte colaboração, espero que continuemos a trabalhar no sentido da plena implementação do novo mandato da EUDA e, que juntos, possamos contribuir para reforçar a preparação da UE em matéria de droga".

Nota: O Conselho de Administração é o principal órgão de decisão da EUDA e reúne-se normalmente duas vezes por ano. É composto por um representante de cada Estado-Membro da UE, Turquia e Noruega, dois representantes da Comissão Europeia e dois peritos independentes no domínio da droga designados pelo Parlamento Europeu. As regras e procedimentos para a eleição do Presidente e do Vice-Presidente são estabelecidos no artigo 25.º do Regulamento EUDA.

DGS apresenta relatório Infeção por VIH em Portugal – 2024

A Direção Geral da Saúde apresentou, no dia 1 de dezembro, em que se comemora o Dia Mundial de Luta Contra a Sida, o relatório Infeção por VIH em Portugal – 2024. Dependências apresenta o resumo do documento que apresenta os dados mais recentes da vigilância epidemiológica da infeção por VIH em Portugal, bem como os resultantes de iniciativas de prevenção, rastreio e no contexto do estigma e da discriminação desenvolvidas no âmbito do PNISTVIH.

Segundo os dados recolhidos a 30 de junho de 2024, foram notificados 924 casos em que o diagnóstico de infeção por VIH ocorreu em 2023 (8,7 casos/105 habitantes), destes, apenas 876 diagnósticos ocorridos em Portugal (8,2 casos/105 habitantes), valor não ajustado para o atraso da notificação. Os casos com diagnóstico no país ocorreram maioritariamente em homens (2,6 casos por cada caso em mulheres). Foram diagnosticados três casos em idades <15 anos. Nos restantes casos a mediana das idades ao diagnóstico foi de 36,0 anos, 32,4% referiam idades inferiores a 30 anos; 80,0% destes eram homens que têm sexo com homens (HSH) os quais apresentaram a idade mediana mais baixa 31,0 anos. A taxa de diagnóstico mais elevada registou-se no grupo etário 25-29 anos, 31,2 casos/105 habitantes, com maior expressão nos homens (46,6 casos/105 habitantes). Residiam na Área Metropolitana de Lisboa 48,6% dos indivíduos (14,3 casos/105 habitantes) e a região Norte apresentou a segunda taxa mais elevada de diagnósticos (6,3 casos/105 habitantes). A maioria dos novos casos (53,1%) ocorreu em indivíduos nascidos no estrangeiro, contudo, Portugal foi indicado como o país de provável contágio

em 70,9% dos casos com essa informação disponível. A transmissão por via sexual foi referida em 96,1% dos casos com diagnóstico em 2023, predominando a transmissão heterossexual (54,0%), mas 61,6% dos novos diagnósticos em homens ocorreram em HSH. Na primeira avaliação clínica predominaram os casos assintomáticos (61,5%), mas a apresentação aos cuidados de saúde foi tardia em 58,0% dos casos (TCD4+ < 350 células/mm³), particularmente nas pessoas com 50 ou mais anos ao diagnóstico (69,9%) e nos homens com transmissão heterossexual (65,7%). Durante o ano 2023 foram também diagnosticados em Portugal 128 novos casos de SIDA (1,2 casos/105 habitantes), e a pneumocistose foi a doença definidora de SIDA mais frequente, referida em 26,8% dos casos. Foram notificados 111 óbitos ocorridos em 2023, 40,5% dos quais ocorridos mais de 20 anos após o diagnóstico da infeção por VIH.

Nas quatro décadas da epidemia VIH (1983-2023), foram notificados em Portugal 68 627 casos de infeção por VIH, dos quais 23 955 atingiram estágio SIDA. Contudo, o número de casos em que os diagnósticos da infeção e de SIDA ocorreram em Portugal foi, respetivamente, 64 928 e 23 703. Entre 2014 e 2023 observou-se uma redução de 36% no número de novos casos de infeção por VIH e de 66% em novos casos de SIDA, valores provisórios por não estarem ajustados para o atraso na notificação. A tendência decrescente mantém-se sustentada, mas Portugal continua a apresentar taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH e de SIDA superiores aos valores médios registados na União Europeia. A maioria dos casos pediátricos da última década corresponde a crianças nascidas fora de Portugal (53,7%). No período, em 90,2% dos casos a infeção foi transmitida pela mãe na



“A TENDÊNCIA DECRESCENTE MANTÉM-SE SUSTENTADA, MAS PORTUGAL CONTINUA A APRESENTAR TAXAS DE NOVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECÇÃO POR VIH E DE SIDA SUPERIORES AOS VALORES MÉDIOS REGISTADOS NA UNIÃO EUROPEIA”

gravidez ou parto, contudo, desde 2017, as taxas de transmissão vertical em partos ocorridos no país são $\leq 1,0\%$.

As estimativas realizadas para o ano 2022 revelaram que, em Portugal, viviam 46 764 pessoas com infeção por VIH, 95,0% das quais estavam diagnosticadas, o que indica que Portugal atingiu o primeiro objetivo da ONUSIDA. A proporção de infeções não diagnosticadas era mais elevada para os casos em homens heterossexuais (7,5%) e mais baixa em utilizadores de drogas injetadas (UDI) (0,9%). No ano em análise, o tempo médio entre a infeção e o diagnóstico foi estimado em 3,7 anos, variando com a forma de transmissão.

Tal como nos anos anteriores, mantem-se uma elevada proporção de diagnósticos tardios, com particular expressão entre os homens heterossexuais e as pessoas com 50 ou mais anos, o que reforça a necessidade de incrementar o desenvolvimento de ações dirigidas à promoção do diagnóstico precoce e à prevenção da transmissão dirigidas a essas populações específicas. Os HSH jovens e os migrantes, independentemente do sexo, devem também ser alvo de ações dirigidas, com especial foco na prevenção e no rastreio. Em 2023, foram distribuídos, através do PNISTVIH, cerca de sete milhões de preservativos externos e internos e mais de um milhão e novecentas mil embalagens de gel lubrificante. O Programa Troca de Seringas (PTS) que assinala este ano, 30 anos desde a sua implementação, permitiu a distribuição de mais de sessenta e quatro milhões de seringas entre a população de utilizadores de drogas injetadas. No que diz respeito à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao VIH, 2023 registou um aumento significativo no número de pessoas abrangidas por esta importante estratégia de prevenção, atingindo-se um total de cerca de seis mil e

novecentas pessoas, maioritariamente homens e que referem práticas sexuais com outros homens.

Foram realizados cerca de oitenta e nove mil testes rápidos para VIH em diversas estruturas de saúde e estruturas comunitárias, verificando-se um aumento significativo do número de testes rápidos realizados, em comparação com o ano de 2021. Adicionalmente, em 2023 foram prescritos mais de trezentos e noventa mil testes no âmbito dos cuidados de saúde primários e dispensadas mais de doze mil unidades de autoteste para VIH pelas farmácias comunitárias, entre outubro de 2019 e dezembro de 2022.

Num estudo sobre o conhecimento e estigma relacionado com VIH entre profissionais de saúde em Portugal, com uma amostra de 807 profissionais de saúde, em 2023, apenas 34% demonstraram conhecimento elevado sobre a infeção, sendo alguma forma de estigma identificada em 31% dos casos. A falta de formação específica e de experiência prática com PVVIH foram os principais fatores associados ao estigma. O estudo destaca a importância de intervenções educativas e políticas institucionais para combater a discriminação e melhorar a qualidade do atendimento às pessoas que vivem com VIH.



VIH/SIDA: 40 Marcos, 40 Testemunhos

Numa altura em que se assinalam os 40 anos desde a notificação do primeiro caso de infeção por VIH em Portugal, a Revista Dependências associou-se à campanha da DGS “Obrigado. Seguimos juntos” e tem vindo a publicar depoimentos de rostos que se associaram a uma ação que elegeram como objetivo reforçar a mensagem que a infeção não faz escolhas...

Margarida Tavares,
Secretária de Estado da Saúde (2022-2024)



“O VIH surpreendeu o mundo há pouco mais de quatro décadas e, desde então, causou cerca de 90 milhões de infeções, das quais quase metade foram fatais. A sua repercussão social, antropológica, económica, de saúde pública e clínica é, até hoje, inigualável. Estas décadas da epidemia que afetou, desproporcionalmente, Portugal marcaram a minha vida desde jovem. Não só o meu percurso profissional, mas também a pessoa que sou. A infeção por VIH influenciou as minhas escolhas e foi o centro da minha prática clínica. Fui privilegiada por estar ao lado de tanto sofrimento humano, mas, sobretudo, testemunhei coragem, generosidade e ativismo, que moveram muros de estigma e discriminação e que influenciaram, como nenhuma outra doença, a ciência e a política. Ao ocupar lugares cimeiros da decisão em saúde, espero, mesmo após tantas conquistas ao longo destes 40 anos, mas também tantos insucessos nesta área, ter contribuído significativamente para políticas de promoção da saúde e prevenção da infeção por VIH, com o alargamento, sem precedentes, do acesso à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), em Portugal”.

Vitalina Silva, Presidente da Associação de Intervenção Comunitária Social e da Saúde



“Ao longo dos seus quase 32 anos de existência, a AJPAS tem vindo a desenvolver projetos na área do VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis, muito em especial dirigidas às populações imigrantes residentes nos concelhos de Amadora e Sintra. Populações essas que, como sabemos, são uma grande franja da população com graves dificuldades e que, sem o apoio desta instituição, teriam, de certo, as suas vidas muito mais dificultadas. Até porque sabemos bem que quem emigra, emigra para procurar melhores condições nos países de acolhimento. Porém, também vêm com um estigma de não conhecer, não ter suporte e, muitos deles, efetivamente, se não fosse

esta instituição, não teriam condições para conseguirem sobreviver. Por isso, desejamos continuar muitos mais anos e continuar a contribuir para a integração e a boa saúde dos nossos imigrantes”.

Vítor Ferreira, Presidente da Câmara Municipal da Amadora



“A infeção por VIH e os primeiros casos conhecidos de SIDA surgem, em Portugal, quando eu era ainda adolescente. Recordo-me do medo que se levantou e os preconceitos associados à epidemia. Após 40 anos de VIH em Portugal, ainda há caminho para percorrer nesta área e, por isso, em 2018, o município da Amadora aderiu às Fast-Track-Cities, cidades na via rápida para acabar com o VIH, para responder à infeção. Agora, enquanto autarca da Amadora, sinto que esta iniciativa permitiu trazer novamente para a ordem do dia este problema de saúde pública e criar uma nova abordagem de intervenção, deixando de ser um desafio centrado exclusivamente na área da saúde, para uma abordagem colaborativa que impulsionou a elaboração de um plano estratégico para a intervenção na área do VIH/SIDA, desenvolvido por uma parceria alargada com todas as organizações da rede social da Amadora. A estratégia passa por três áreas prioritárias: prevenção, rastreio e tratamento. O VIH/SIDA é um problema da cidade e, por isso, todos temos de ser envolvidos para acabar com esta epidemia, bem como para terminar com o estigma e discriminação”.

Dulce Salzedas, Ex-Jornalista



“Fazer uma retrospectiva destes 40 anos de VIH é pensar nos cerca de 35 anos que passei a fazer notícias, reportagens e entrevistas sobre este tema, que tantas páginas de jornal e horas de televisão e rádio gerou. Foram muitas centenas de horas a conversar com pessoas infetadas, com doentes com SIDA, com famílias, com profissionais de saúde. E também muitas horas de aprendizagem sobre um vírus com consequências nos sistemas de saúde, nas sociedades, na intimidade do ser humano e também na política e

geoestratégia internacional. 40 anos depois, pergunto: o que mudou? Em Portugal, tal como nos países desenvolvidos, já quase não há mortes. Já quase não nascem crianças infetadas. Já há métodos de prevenção acessíveis a todos nós e eficazes. Há mais conhecimento científico sobre o vírus, sobre a forma como se evita a transmissão, como se trata. Mas, apesar disso, continuam a aparecer novos casos e alguns deles com deteção muito tardia. O que também já quase não há é notícias e reportagens sobre o VIH e sobre a SIDA. Admito arriscar que é preciso mais campanhas de prevenção, mais comunicação, e não apenas em datas específicas, como o dia 1 de dezembro, em que se assinala a luta contra o vírus. É preciso dar palco a quem está na comunidade e lida, dia a dia, com as populações. É preciso pensar que ainda há discriminação, que ela teima em não acabar e que precisamos de acabar com ela”.

Luís Osório, Jornalista



“O meu pai viveu mais de 30 anos com o VIH. Para mim, este depoimento é muito difícil e é uma estupidez ser difícil, porque a SIDA, de alguma maneira, é que lhe permitiu cumprir-se e me permitiu a mim, enquanto filho, perceber que o meu pai era extraordinário. E talvez as pessoas, e os mais jovens, médicos e enfermeiros que hoje olham para a SIDA quase como uma doença crónica, talvez não tenham a noção do que era a discriminação, no final da década de 80 e no princípio da década de 90. Eu vivi tantas histórias, de tanta gente... O meu pai entrar no autocarro e o autocarro sair, sair toda a gente na paragem a seguir porque ele deu a cara. Foi o primeiro doente a dar a cara e a dizer, orgulhosamente: - Eu estou aqui. Sou homossexual e tenho SIDA. O meu pai foi um homem extraordinário e, talvez eu não o tivesse sabido, se ele, naquele dia, de 1985, com as lágrimas nos olhos, as minhas, porque eu nunca o vi chorar, ele não me tivesse dito: “Miguel, na próxima semana, já não me vês”.

Sofia Ataíde, Vereadora da Câmara Municipal de Lisboa



“Há 40 anos, foi detetado e registado em Portugal o primeiro caso de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, o VIH. Este ano, assinalamos a marca de 40 anos de muito trabalho cumprido no combate a esta doença. E, apesar dos extraordinários avanços, dos resultados que conseguimos conquistar, de todas as batalhas vencidas ao longo destes 40 anos, a verdade é que a nossa guerra ainda não está ganha. A verdade é que o VIH ainda tem hoje uma expressão significativa. Ainda apresenta mais de mil novas infeções por ano. Ainda tem proporções demasiado altas de diagnósticos tardios, que ainda são superiores às da média europeia. Ainda temos muito trabalho pela frente. Lisboa trabalha, persistente, por esta causa, há 40 anos. Mais recentemente, em 2017, foram dados passos determinantes no combate ao VIH, com a adesão do município à iniciativa Fast Track Cities, e com

o lançamento da iniciativa Lisboa Sem SIDA, em 2018. A partir daí, Lisboa assumiu-se como uma cidade na trajetória de via rápida para eliminar a infeção por VIH, até 2030. E alargou o objetivo de erradicação desta doença também às hepatites virais e à tuberculose. Em 2021, o atual executivo quis dar um novo fôlego a este compromisso. Assinámos a Declaração Conjunta 4.0 e propusemo-nos cumprir metas ambiciosas e muito concretas. Queremos que 95% das pessoas que vivem com VIH tenham conhecimento da sua infeção. Queremos que 95% das pessoas que sabem que vivem com VIH estejam em tratamento antirretroviral. Queremos que 95% das pessoas em tratamento tenham carga viral indetetável. Queremos que haja redução dos novos casos de infeção. E queremos zero casos de discriminação. Para isso, contamos com todos. Precisamos de todos. Só temos mais seis anos para erradicar o VIH. Para cumprir este desafio obrigatório, Lisboa precisa do conhecimento, da experiência, da competência concreta de cada um. Precisa que funcionem em complementaridade e precisa que intervenham concertada e articuladamente. Desde logo, concertação entre a administração central e o município. Concertação também no universo da própria câmara municipal, entre os diferentes serviços multidisciplinares. Concertação, por fim, entre todos os atores da cidade: as instituições sociais, as entidades da área da saúde, a academia, todos os agentes de intervenção locais, toda a sociedade civil, todos e cada um de nós. Entre 2022 e 2024, o município tem sido um impulsionador e criador de sinergias entre todas as partes envolvidas. Tem verdadeiramente promovido o trabalho em rede com todos aqueles que podem contribuir para alcançar as metas 95-95-95, preconizadas pela ONU-SIDA. Nesta lógica de trabalho em rede, avançámos em conjunto, fizemos trabalho, realizámos mais de 60 ações de sensibilização na comunidade escolar e chegámos a mais de 1430 alunos. Fomos ao encontro das pessoas, nos quatro cantos da cidade. Marcámos presença em muitas iniciativas, de naturezas diversas, muitas delas promovidas pela própria autarquia. Fizemos uma aposta forte nos rastreios. Só no âmbito da iniciativa Lisboa Sem SIDA, em 2022 e 2023, foram realizados 2116 rastreios. Mas não chega. Precisamos de todos. Porque todos não somos demais. E nenhum de nós é melhor do que todos nós juntos, unidos no mesmo objetivo e na mesma vontade de termos uma Lisboa sem SIDA. Está na nossa mão. Vamos a isto!”

Sónia Paixão, Vice-Presidente da Câmara Municipal de Loures



“Há 40 anos era eu uma criança e, nessa época, lembro-me de ouvir falar em SIDA e era como ouvir falar de uma doença com elevado estigma associado. Hoje, sei ver que essa carga discriminatória ainda agravava mais a doença e os seus sintomas. Já para não falar na qualidade de vida das pessoas infetadas. As infeções sexualmente transmissíveis continuam a ser um enorme desafio em saúde pública. Continuamos todos, nas nossas comunidades, nos diferentes papéis, muito focados em promover uma sexualidade segura, através de ações de informação e também realização de rastreios. Já foi registada uma redução substancial: 56% no número de novos casos de infeção de VIH e de 74% em novos casos de SIDA, entre 2013 e 2022. Um sinal de que este caminho deve continuar a ser percorrido, claramente. Foi este o propósito que o município de Loures se aliou à iniciativa Fast-Track-Cities, para que, numa lógica de parceria e de intervenção em rede, como muito gostamos e defendemos, queremos continuar comprometidos em dar resposta aos desafios que o VIH nos traz, ainda nos domínios da prevenção e também no tratamento. Estamos juntos! Continuaremos juntos neste enorme compromisso pela saúde”.

Paula Pinto, Assistente Social do CRI de Viseu, sobre a “Construção de um Instrumento de Análise de Perfil Profissional”



INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende apresentar um Instrumento de Análise de Perfil Profissional, na forma de um Questionário, destinado a pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), em Processo de Reinserção, para potenciar a resposta formativa ou profissional mais adequada a cada caso.

A Reinserção de pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) é uma área da Saúde, com intervenções terapêuticas baseadas em evidência científica, de abrangência nacional, em regime de internamento e/ou em ambulatório.

Esta intervenção visa, sobretudo, o desenvolvimento da autonomia e a promoção da cidadania, numa abordagem centralizada no cidadão e no seu meio ambiente, assente numa relação de confiança entre utente, Assistente Social e equipa multidisciplinar, tendo como mote, “Conhecer a realidade para intervir com qualidade”.

O processo de reinserção caracteriza-se por ter uma componente ativa e proactiva, de ressocialização, de reestruturação pessoal, melhoria da autoimagem, da autoestima, tendo como objetivo a construção de um projeto de vida personalizado, sustentável, onde a família e a comunidade desempenham um papel fundamental.

A intervenção em Reinserção deve centrar-se na pessoa, capacitando-a para o desenvolvimento de um projeto, que harmonize as várias dimensões da sua vida: Família e Relações, Educação, Trabalho e Formação Profissional, Habitação, Lazer e Tempos Livres, Participação/Cidadania/Autonomia. Nesta perspetiva, a Reinserção exige a cada um e em cada etapa, um trabalho individual, de introspeção, uma mobilização única e pessoal. O sujeito é ator da sua existência e responsável pela sua Reinserção. É importante compreender o sentido que as pessoas atribuem aos seus comportamentos nos diferentes domínios da sua vida. Assim, Reinserção é a reconstrução da unidade, a procura da significância entre as várias dimensões ou domínios de vida.

No processo de reinserção entre outras limitações, muitas vezes o assistente social depara-se com a dificuldade em encontrar a melhor resposta para cada caso.

Da experiência profissional nesta área, mais especificamente na realidade da Equipa de Tratamento e Reinserção (ETR) do Centro de Respostas Integradas (CRI) de Viseu, o processo de reinserção apresenta vários desafios.

FUNDAMENTAÇÃO

Os percursos de reinserção de pessoas com CAD são lentos e atribulados, exigindo intervenções globais e sistémicas que contribuam para a sua recuperação, que ultrapassa a mudança dos comportamentos e das atitudes dos indivíduos, centrando-se também na necessidade de transformação das instituições, dos agentes sociais e económicos. O acompanhamento dos processos de reinserção constitui por si, uma estratégia que garante a avaliação permanente do percurso, a correção de opções e o apoio de retaguarda ao indivíduo, numa lógica proativa de prevenção da recaída.

Reconhecemos que existem mecanismos de identidade específicos, com responsabilidade no desempenho em percursos de reinserção de pessoas que passaram por situações de

exclusão social derivadas à sua dependência, o que dá origem à mudança de identidade, referências e estilos de vida.

As pressões normativas em algumas circunstâncias impelem muitas vezes a que alguém em situação de exclusão social ou próxima dela, tome a decisão de se reinserir, aceitando e cumprindo as regras implícitas ou explícitas do sistema normativo de valores, que constituem um modelo de conduta.

Ao iniciar um processo de mudança, a pessoa em causa, poderá passar pela modificação de comportamentos, hábitos e assumir compromissos, motivada pelos seus desejos e gostos, sendo apoiada por profissionais ou pessoas significativas (familiares, amigos, colegas...).

Na reinserção, na perspetiva de “cada caso é um caso”, temos como objetivo, proporcionar oportunidades, para que as pessoas desenvolvam competências para escolherem um estilo de vida saudável e sustentável.

Consideramos que essa identidade, individual e social dos indivíduos, enquanto membros da sociedade, tem por base as crenças e os valores a ela associados, o que quer dizer de uma forma mais genérica, a cultura de cada caso. São precisamente essas crenças e valores inerentes, que poderão também ser uma fonte potencial de inspiração para a mudança positiva nos percursos de reinserção.

IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DO PERFIL PROFISSIONAL

Neste sentido e de forma a responder eficazmente a uma plena integração/reinserção, quando estamos perante a definição do projeto de vida em conjunto, em processo terapêutico, é importante existirem ferramentas que possam apoiar no diagnóstico e contratualização de áreas como a Educação/Formação e Emprego, no sentido de uma via profissionalizante.

É importante adequar as estratégias de intervenção à situação em que o indivíduo se encontra, procurando garantir as respostas disponíveis às necessidades diagnosticadas.

O perfil profissional sintetiza as características essenciais que descrevem as atividades e as condições em que um profissional as desempenha, como fonte de rendimento, num contexto delimitado, onde social e profissionalmente possa reivindicar direitos de cidadania. Trata-se de uma descrição de atributos pessoais, interesses, vocações, habilidades e competências, que nos leva a compreender o seu tipo de profissional e qual a carreira mais lhe é adequada.

A análise do perfil desta natureza, como instrumento referenciador, contribui para o acesso e transferibilidade no emprego e a uma situação de integração e estabilidade socioprofissional. Esse perfil não é estático, tende a mudar, de acordo com a evolução enquanto pessoa e profissional.

Esse processo apresenta-se como tarefa complexa em qualquer grupo socioprofissional, muito mais em indivíduos que passaram por graves situações de dependência e exclusão social e que delas se encontram a recuperar. Essa habilitação implica a compreensão das estratégias presentes nas mudanças ocorridas e a grande heterogeneidade nos referidos processos de reconstrução de vida, através da sua reinserção como cidadão, em que a componente profissional assume a base para uma vida saudável e sustentável.

Desta constatação torna-se pertinente a análise do perfil profissional de cada utente, para melhor se procurar adequar esse percurso no seu processo integral de reinserção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adquirir e manter um emprego constitui um fator essencial na sustentabilidade dos percursos de inserção e de reinserção das pessoas com CAD. Ter um emprego significa conseguir o rendimento necessário para o sustento próprio e da família, mas também, e não menos importante, um meio protetor, de realização pessoal, de reforço da autoestima, de contacto social, de regularização da rotina diária, de aprendizagens e treinos relacionais, em suma de organização da vida inclusiva na sociedade. Esse conjunto de vivências, no seu todo, contribuem para a socialização, estabilidade pessoal e familiar dos indivíduos, enquanto participantes ativos e úteis para o bem comum.

Neste âmbito, o conhecer-se a si próprio/a e a capacitação para poder decidir conscientemente qual o percurso profissional que pretende, seja a nível educacional, de formação ou profissional, é essencial para a pessoa com CAD, mas também para os profissionais e serviços que intervêm e contribuem para as etapas desses percursos de construção ou reconstrução de projetos de vida e alternativas de integração socioprofissional.

Este estudo permitiu-nos conceber um instrumento de análise do perfil profissional de pessoas em processo de reinserção no CRI de Viseu, considerando as diferentes variáveis intervenientes: Dados Biográficos - Caracterização sociodemográfica; Situação Emprego/Formação Profissional: Problemas/Vulnerabilidades e Competências/Potencialidades; Situação Educacional: Problemas/Vulnerabilidades e Competências/Potencialidades; Características Pessoais; Interesses Profissionais e Pessoais; Autoconhecimento / Autobiografia; Lema de Vida e Expetativas Futuras / Modo de Vida.

Através deste modesto contributo, este instrumento poderá ser considerado como um importante suporte técnico, e tornar-se imprescindível para os diferentes profissionais na construção com o utente do seu projeto de vida, ao nível educacional, de formação e profissional.

Assim, a orientação para educação, formação ou emprego, será adequada aos desejos, gostos e expetativas de cada um, com conhe-



cimento prévio, personalizado e comprovado e não apenas para as respostas existentes, que em muitos casos, se revelam desadequadas, levando muitas vezes à desmotivação, absentismo ou abandono, mas para alternativas mais ajustadas às expetativas e competências de cada caso.

Com base no pré-teste, e apenas como exemplo para futuros estudos, perante esses resultados, foi possível perceber que o perfil profissional de pessoas em processo de reinserção no CRI de Viseu se adequa essencialmente a profissões com atividades na área das relações interpessoais, onde possam exercitar a criatividade, a destreza manual, o espírito de equipa, a capacidade de organização e a facilidade de comunicação, com vontade de viver e com estabilidade e evolução pessoal, social e profissional. Na sua maioria, em geral, ambicionam um futuro com saúde, trabalho ou estudo, com família e autonomia.

Sabendo que o perfil profissional não é estático, mas que evolui e que existe larga heterogeneidade nas abordagens individuais, as percepções retiradas desses resultados necessitam ser ajustadas à particularidade de cada caso, de acordo com o tempo, a experiência e as circunstâncias.

Consideramos que estes resultados devem ser ponderados como um processo contínuo, ajustados a cada caso, e que foram os possíveis de acordo com o pré-teste do estudo no tempo da sua realização.

Apesar de alguns constrangimentos relacionados, essencialmente, com a falta de tempo exclusivo para esta tarefa e a heterogeneidade dos casos, consideramos ter sido bastante gratificante e pertinente o produto final alcançado na forma de questionário. A adesão dos utentes (para realizar o pré-teste) foi muito positiva, respondendo prontamente ao questionário com interesse, não só pela sua realização, mas também pelo resultado final. Demonstraram empenho em responder a todas as partes do questionário e reconheceram esta metodologia como uma boa forma de repensarem a sua condição atual, redescobrirem os seus interesses e competências, o seu percurso de vida e a sua atitude em relação ao futuro.

Este instrumento e a metodologia utilizada, apresenta-se como necessário para o bom desenvolvimento do processo de reinserção, servindo como um primeiro guia de orientação para os profissionais e serviços e para o percurso de vida da pessoa em questão. Constitui sobretudo, um incentivo para o processo de construção, elaboração e implementação de um projeto de vida próprio / personalizado às pessoas em processo de reinserção do CRI de Viseu.

Aguardamos que o nosso contributo possa constituir um incentivo, para potenciar as intervenções e para a apresentação de outras propostas, ou complementares, que constituam a melhoria para validação de instrumentos úteis e eficazes para os serviços e sobretudo em benefício das Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências em Processo de Reinserção.

PRIMEIROS SETE MESES DE 2024: MENOS VÍTIMAS MORTAIS E FERIDOS LEVES E MAIS ACIDENTES E FERIDOS GRAVES FACE A 2019



De janeiro a julho de 2024 foram registados 21.486 acidentes com vítimas, 272 vítimas mortais, 1.543 feridos graves e 24.974 feridos leves no Continente e nas Regiões Autónomas.

Em relação a 2019 – ano de referência para monitorização das metas de redução do número de mortos e de feridos graves até 2030[2] fixadas pela Comissão Europeia e por Portugal – registaram-se menos 24 vítimas mortais (-8,1%) e menos 130 feridos leves (-0,5%), mas mais 680 acidentes (+3,3%) e mais 149 feridos graves (+10,7%).

No Continente, registaram-se 20.561 acidentes com vítimas, dos quais resultaram 266 vítimas mortais, 1.451 feridos graves e 23.938 feridos leves, durante o período em análise.

- Comparando com o período homólogo de 2014, a tendência crescente foi visível nos acidentes (+3.766; +22,4%), nas vítimas mortais (+14; +5,6%), nos feridos graves (+296; +25,6%) e nos feridos leves (+3.783; +18,8%). No entanto, registou-se uma diminuição no índice de gravidade de 13,8%, de 1,50 para 1,29.
- Comparativamente ao período homólogo de 2019, registou-se uma ligeira diminuição nos feridos leves, com menos 145 feridos leves (-0,6%). Por outro lado, observou-se um aumento nas vítimas mortais, nos feridos graves e nos acidentes, com mais 7 vítimas mortais (+2,7%), mais 191 feridos graves (+15,2%) e mais 639 acidentes (+3,2%). O índice de gravidade registou uma diminuição de 0,5% de 1,30 para 1,29.
- Comparativamente com os primeiros sete meses de 2023, registou-se uma diminuição de 14 vítimas mortais (-5,0%) e de 7,9% no índice de gravidade que reduziu de 1,40 para 1,29. Contudo, registaram-se mais 626 acidentes (+3,1%), mais 49 feridos graves (+3,5%) e mais 647 feridos leves (+2,8%). Deve salientar-se que, nos termos das informações atualmente disponibilizadas pelo Instituto da Mobilidade e dos Transportes (IMT)[3], registou-se no primeiro semestre de 2024, em comparação com o primeiro semestre de 2023, um aumento na circulação rodoviária, o que corresponde a um acréscimo no risco de acidentes, apesar da diminuição de 3,0% no consumo de combustível rodoviário, segundo dados da Direção-Geral de Energia e Geologia[4] em igual período. Importa salientar, no entanto, que esta diminuição no uso de com-

bustíveis fósseis coincide com um aumento significativo no número de veículos elétricos e híbridos em Portugal.

- A colisão representou a natureza de acidente mais frequente nos primeiros sete meses de 2024, correspondendo a 53,3% dos acidentes, 42,5% das vítimas mortais e 46,2% dos feridos graves. Os despistes, que representaram 33,5% do total de acidentes, foram responsáveis por 43,2% das vítimas mortais.
- De janeiro a julho de 2024, o número de vítimas mortais dentro das localidades (152) foi superior ao apurado fora das localidades (114). Comparativamente a 2019 e a 2023, observou-se um aumento das vítimas mortais dentro das localidades (+23,6% e +14,3%, respetivamente). No entanto, a tendência foi decrescente fora das localidades (-16,2% face a 2019 e -22,4% face a 2023). O índice de gravidade dos acidentes fora das localidades ascendeu a 2,72 em 2024, representando uma redução de 17% e 24% face ao registado em 2019 (3,29) e 2023 (3,59), enquanto dentro das localidades este índice situou-se em 0,93, um terço inferior ao registado fora das localidades.
- Quanto ao tipo de via, nos primeiros sete meses de 2024, 62,8% dos acidentes ocorreram em arruamentos, representando 33,8% das vítimas mortais (+11,1% em relação ao período homólogo de 2019 e igualando o número face a 2023) e 46,7% dos feridos graves. Nas estradas nacionais ocorreram 19,6% dos acidentes, com 36,8% das vítimas mortais (+27,3% e +19,5% face a 2019 e 2023, respetivamente) e 28,8% dos feridos graves. Nas autoestradas, registou-se uma redução de 6 vítimas mortais e 6 feridos graves em comparação com 2019. Em relação a 2023, observou-se uma diminuição de 5 vítimas mortais e de 19 feridos graves.
- Relativamente à categoria de utente, e considerando as vítimas mortais, 74,4% do total correspondiam a condutores, enquanto 14,3% eram peões e 11,3% passageiros. Em termos de variações homólogas, nas vítimas mortais, verificaram-se diminuições de 28,6% face a 2019 e 2023 nos passageiros, assim como -2,0% nos condutores face a 2023 e -5,0% nos peões face a 2019.
- Em relação à categoria de veículo interveniente nos acidentes, os automóveis ligeiros corresponderam a 70,5% do total. Registou-se uma diminuição de 3,2% face aos primeiros sete meses de 2019, mas um aumento de 3,1% relativamente a igual período de 2023. De salientar que se verificaram incrementos significativos nos velocípedes (+48,0% face a 2019 e +4,8% comparando com 2023) e nos motociclos (+33,8% e +2,3% perante os mesmos anos). Destaca-se ainda a redução face aos períodos homólogos de 2019 e 2023 nos ciclomotores (-31,7% e -9,9%, respetivamente).
- Considerando as vítimas totais por categoria de veículo, verificou-se que, de janeiro a julho de 2024, 52,9% do total de vítimas deslocava-se num veículo ligeiro (-8,6% e +2,8% face a 2019 e 2023, respetivamente), enquanto 22,1% circulava em motociclos (+34,0% e +2,2% face a 2019 e 2023, respetivamente) e 7,6% em velocípedes (+52,7% e +5,0% comparando com os mesmos anos). Salienta-se a descida de 7,7% nos peões vítimas face a 2019, apesar da subida de 6,9% face a 2023.
- Nos sete primeiros meses do ano, 51,5% do número de vítimas mortais registou-se na rede rodoviária sob a responsabilidade das

seguintes entidades gestoras de via: Infraestruturas de Portugal (39,8%), Brisa (3,4%), Ascendi (2,3%), Município de Viseu (2,3%) e os Municípios das Caldas da Rainha e Paredes (1,9%, cada). Verificou-se que 48,9% das vítimas mortais resultaram de acidentes nas vias da rede rodoviária nacional (9,0% na rede concessionada para além da IP), cabendo às vias sob gestão municipal a proporção de 50,4%.

Relativamente à fiscalização de veículos e condutores, bem como processos contraordenacionais, salienta-se:

- Nos primeiros sete meses de 2024 foram fiscalizados 141,9 milhões de veículos, quer presencialmente, quer através de meios de fiscalização automática, tendo-se verificado um aumento de 79,8% em relação a 2023. O Sistema Nacional de Controlo de Velocidade (SINCRO) da ANSR registou um aumento de 88,1%. Pelo contrário, a PSP registou uma diminuição de 22,4% e a GNR de 14,7%.
- As infrações ascenderam a 545,1 mil, o que representa um aumento de 6,2% face ao período homólogo do ano anterior.
- A taxa de infração (n.º de infrações/n.º de veículos fiscalizados) foi de 0,38%, uma diminuição de 40,9% face à taxa de 0,65% registada em iguais meses de 2023.

Relativamente à tipologia de infrações, 72,6% do total registado nos sete primeiros meses de 2024 foi referente a excesso de velocidade, que registou um aumento de 23,1%. Nas restantes tipologias de infrações verificaram-se decréscimos, destacando-se, para além das relativas ao cinto de segurança e aos sistemas de retenção para crianças (-44,9% e -33,2%, respetivamente), as relativas à utilização do telemóvel (-32,3%).

Quanto ao excesso de velocidade, a taxa de infração (n.º de infrações de velocidade/ n.º de veículos fiscalizados) diminuiu 32,2%, de 0,42% nos primeiros sete meses de 2023 para 0,28% em igual período de 2024.

Relativamente à condução sob influência de álcool, de janeiro a julho de 2024, foram submetidos ao teste de pesquisa de álcool 1,1 milhão de condutores, o que representa uma diminuição de 5,8% comparativamente ao período homólogo de 2023. A taxa de infração (n.º de infrações por álcool/n.º de testes efetuados) desceu de 1,8% em 2023 para 1,5% em 2024, uma redução de 16,6%.

A criminalidade rodoviária, medida em número total de detenções, diminuiu 38,8% por comparação ao período homólogo de 2023, atingindo 13,0 mil condutores. Do total, 57,0% deveu-se à condução sob a influência de álcool (-37,0%), seguindo-se 33,3% por falta de habilitação legal para conduzir (-41,8%).

Até julho deste ano, 712,2 mil condutores encontravam-se sancionados com a subtração de pontos no âmbito do sistema de carta por pontos.

Desde junho de 2016, 3.286 condutores ficaram com o seu título de condução cassado.

Considerando que os anos de 2020 e de 2021 registaram quebras significativas da circulação rodoviária face a 2019 e, consequentemente, na sinistralidade, a Comissão Europeia decidiu adotar este ano para fixação e monitorização das metas a atingir em 2030.

As referidas metas definidas pela Comissão Europeia são respeitantes a vítimas mortais a 30 dias e a feridos graves de acordo com a classificação MAIS 3+ (escala de diagnóstico médico Maximum Abbreviated Injury Scale, severidade 3 ou superior), sendo de atender à diferente metodologia aplicada no presente relatório, ou seja, vítimas apuradas pelo critério de 24 horas.

COOPERAÇÃO ENTRE PORTUGAL E ANGOLA REFORÇA SEGURANÇA RODOVIÁRIA



O Comandante-Geral da Polícia Nacional de Angola, Comissário-Geral, Francisco Monteiro Ribas da Silva, recebeu uma comitiva de representantes da República Portuguesa e da República do Ruanda, num encontro à margem do 1º Fórum Internacional sobre Segurança Rodoviária em Angola. O encontro, que decorreu nos dias 28 e 29 de novembro, teve como objetivo reforçar os laços de cooperação no domínio da segurança rodoviária. A mais alta patente da Polícia Nacional de Angola, na qualidade de coordenador do Conselho Nacional de Viação e Ordenamento do Trânsito (CNVOT), deu as boas-vindas à delegação que integrou o Presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), Rui Ribeiro, o Chefe do Departamento de Investigação, Acidentologia e Tráfego (DIAT), Helder Domingos dos Santos e o Comandante do Colégio Nacional de Polícia, Rafik Mujiji.

Durante o encontro, foi referida a excelente colaboração entre as entidades congéneres de Portugal e Angola e o interesse mútuo do reforço das relações entre os dois países.

Todos os anos
**MORREM MAIS
DE 600 PESSOAS**
nas nossas estradas

Para o Manuel
não é apenas
um número.

É a filha.



NESTAS FESTAS O MELHOR PRESENTE É ESTAR PRESENTE



Adições e Dependências: Novos Desafios para a Prevenção



O Centro Comunitário de Esmoriz organizou, no dia 22 de novembro, o Seminário Adições e Dependências: Novos Desafios para a Prevenção. O evento, que decorreu na Escola de Artes e Ofícios de Ovar, colocou o seu foco na área da prevenção e contou com a participação de altos representantes do ICAD e especialistas nacionais nas áreas em debate: Uso e Abuso do Álcool, Novas Substâncias e Adições sem Substância (gaming, gambling e redes sociais e écrans).

O Centro Comunitário de Esmoriz, Instituição Particular de Solidariedade Social sediada na freguesia de Esmoriz, concelho de Ovar é entidade promotora de três projetos na área dos CAD: Projeto Abispa-te – Eixo da Prevenção; Projeto IntegraOvar – Eixo da Reinserção; Projeto Dá a Volta – Eixo da Redução de Riscos e Minimização de Danos, os quais são cofinanciados pelo ICAD, envolvendo mais de 1500 beneficiários. Desde o ano de 2008 intervém no Concelho de Ovar, envolvendo anualmente mais de 1500 beneficiários diretos.

Dependências marcou presença no encontro e entrevistou Nuno Rechena, técnico da instituição organizadora.

NUNO RECHENA

A intenção deste seminário é, de certa forma, destacar o trabalho desenvolvido no âmbito do Projeto Abispa-te, primeiramente, que está há sete anos no terreno e tem resultado numa intervenção que acreditamos ser muito meritória. Também, chamar a atenção para todo o trabalho que tem sido desenvolvido na área das dependências pelo Centro Comunitário de Esmoriz. Nós temos três dos quatro eixos com projetos em Ovar, a redução de riscos já há 16 anos e a reinserção há oito e o objetivo primário é esse, chamar a atenção para esta área e pensar coletivamente sobre a mesma.

Muitas histórias desta área... desde pessoas que nos procuraram, famílias desesperadas com familiares que estavam com problemas relacionados com CAD, muitos jovens com problemas... O Abispa-te tem feito um trabalho muito intenso nessa área, quer ao nível da intervenção nas escolas, quer em consulta de psicologia, acompanhando casos de prevenção indicada e, nestes, temos obviamente muitas histórias complicadas.

Com muito boa vontade. Os três projetos continuam com valores muito baixos, particularmente num concelho como Ovar, com uma dimensão geográfica bastante extensa. O Abispa-te, em específico, tem uma série de escolas com milhares de alunos, onde conseguimos ir.



O Dá a Volta faz giros diários de 50 km. O IntegraOvar faz acompanhamentos e intervenção de proximidade para todo o lado e mais algum... com muito boa vontade...

É verdade! E nós vemos necessidades no terreno e oportunidades para trabalhar, vemos coisas que queríamos fazer, locais onde queríamos ir e, por vezes, não conseguimos. Temos que racionar e fazer sempre uma intervenção com qualidade, sabendo que se tentarmos ir a todas não conseguiremos assegurar essa qualidade. Como tal, temos que limitar, mas a verdade é que temos a noção que haveria mais a fazer.

Sim, ainda continuamos, com muito boa vontade do Centro Comunitário de Esmoriz; temos noção que não trazemos lucro, muito pelo contrário, trazemos prejuízo ao Centro Comunitário de Esmoriz. Diria prejuízo em termos financeiros e lucro em termos do trabalho que conseguimos realizar, que é o propósito da instituição.

Penso que não, mas só temos um técnico a tempo inteiro. Isto numa equipa que faz uma intervenção diária, repito, que faz giros de 50 km, com necessidade de ir a equipas de tratamento a Aveiro e a Vila Nova da Feira, de levar utentes a comunidades terapêuticas, de fazer acompanhamentos, com o número muito significativo de consultas de psicologia... ter apenas um técnico a tempo inteiro numa equipa de redução de riscos é manifestamente insuficiente.

O nosso orçamento ronda os 90 mil euros para dois anos. Só um técnico a tempo inteiro custa mais de metade desse valor... E depois temos os outros custos, como os combustíveis, os materiais que usamos, etc. Para técnicos, há muito pouco dinheiro..





Sabe quais destas pessoas têm Hepatite C?

QUEM VÊ CARAS NÃO VÊ INFEÇÕES

Muitos estão infectados e não o sabem.^{1,2}

A Hepatite C pode evoluir
para doença grave, mas tem cura*.³

Testar é fundamental

1. McGowan CE, et al. Liver Int 2012; 32: 151-156.
2. Grebely J, et al. J Infect Dis 2013; 207(S1): S19-S25.
3. Asselah T, et al. Liver Int 2018; 38 (Suppl 1).

*Cura = resposta virológica sustentada (RVS12), definida como sendo o ARN VHC não quantificável ou indetectável 12 semanas após o tratamento

abbvie

10^ª Edição

GILEAD GÉNESE

CANDIDATURAS ABERTAS

SUBMETA O SEU PROJETO
ATÉ **10 DE SETEMBRO**

ONCOLOGIA



Linfomas
Não Hodgkin
de células B



Cancro
da Mama

VIROLOGIA



Hepatites Virais
Crónicas



Infeção
VIH

INVESTIGAÇÃO

COMUNIDADE

Saiba mais
sobre o Programa



GILEAD
Creating Possible

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELENCIA



O Presidente da República