

dependências

Parceiro do Plano
Nacional de Saúde 2014



Plano Nacional de Saúde
2012-2016

ESPAD Report 2015

Portugal com consumos
abaixo da média na
maioria dos indicadores



O “estado da arte” na intervenção em comportamentos aditivos e dependências



Portugal é, sem qualquer margem para dúvidas, um país exemplar em matéria de respostas no combate às dependências com e sem substância, isto apesar dos danos causados com a extinção do antigo IDT e a criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD, que veio fragmentar as respostas de excelência que até então existiam nos serviços. Uma iniciativa com a qual o governo anterior, talvez por uma avaliação deficitária baseada numa cultura organizacional tacanha e medíocre, quase destruiu um serviço público reconhecido e apreciado internacionalmente.

Estou apenas a falar do mais moderno, eficiente e qualificado instituto da administração pública portuguesa, com reconhecimento e prestígio internacional. Uma vez mais, a velha tendência do mudar por mudar, uma vez mais, o hábito déspota de querer mostrar quem manda, uma vez mais, a política no seu pior... Mudar para quê, se funcionava bem e era entendido como um modelo a seguir por outros países? Quando muito, tentar aperfeiçoar, ouvindo profissionais e utentes afectos às respostas...

Por isso, nunca entendi nem entendendo a cegueira e falta de sensibilidade de quem sempre quis ignorar a complexidade deste fenómeno, no trabalho e intervenção técnica e es-

pecializada dos experientes e qualificados profissionais de saúde que, ao longo dos anos, se dedicaram e empenharam num trabalho nem sempre fácil junto das pessoas e suas famílias. Uma intervenção assente em respostas integradas, envolvendo uma ampla rede de parcerias estratégicas, numa lógica de rentabilização de recursos, de conhecimento e de proximidade com o cidadão, envolvendo a sociedade civil. Uma intervenção concertada de respostas territoriais de qualidade e orientada pela centralidade nas necessidades do cidadão e nos seus direitos.

Ignorar todo o trabalho desenvolvido em matéria de drogas e toxicodependências, do álcool, do jogo patológico, da dependência da internet, das compras, medicamentos ou outras, assemelha-se também a uma patologia, de que sofrerão alguns “PoliTécnicos” ou “EuroFranchisados”, que teimam em armadilhar o trabalho dos profissionais de saúde que, apesar de todas as contrariedades que condicionam a sua actuação, continuam a lutar por um serviço público de excelência, com qualidade e eficiência garantida como o demonstram todos os relatórios e avaliações internas e externas...

A intervenção sobre o fenómeno da droga em Portugal já conheceu

melhores dias, já passou por inúmeros problemas e alterações administrativas, mas nenhuma como esta que veio a por em causa e incerteza instituições de saúde e seus profissionais, que se viram confrontados com a fragmentação das respostas por parte dos serviços.

Hoje, decorridos quinze anos sobre a descriminalização da droga em Portugal, importa reflectir sobre o contexto social e político, sobre a qualidade da intervenção, a importância da experiência dos profissionais e as parcerias estratégicas mas, ao mesmo tempo, aproveitar para discutir o processo de reestruturação da política pública portuguesa de intervenção nas dependências, como resposta à evolução dos novos fenómenos dos comportamentos aditivos. Reflectir sobre as novas dependências e novos padrões de consumo, muitos deles ligados a contextos recreativos, reflectir sobre o novo mercado das substâncias sintéticas e sobre o consumo crescente da canábica e do álcool.

Finalmente reflectir sobre o estado da arte das dependências em Portugal... Mais do que uma oportunidade, é uma obrigação!

Sérgio Oliveira,
director

dependências
SÓ PARA PROFISSIONAIS

FICHA TÉCNICA

Propriedade, Redacção e Direcção: News-Coop - Informação e Comunicação, CRL; Rua António Ramalho, 600E; 4460-240 Senhora da Hora Matosinhos; Publicação periódica mensal registada no ICS com o nº 124 854. Tiragem: 12 000 exemplares. Contactos: 220 966 727 / 916 899 539; sergio.oliveira@newscoop.pt; www.dependencias.pt **Director:** Sérgio Oliveira **Editor:** António Sérgio **Administrativo:** António Alexandre **Colaboração:** Mireia Pascual **Produção Gráfica:** Ana Oliveira **Impressão:** Multitema

ESPAD 2015:

Portugal com consumos abaixo da média na maioria dos indicadores

A apresentação pública dos resultados dos 35 países Europeus participantes no estudo SICAD, decorreu em Lisboa, no dia 20 de setembro de 2016, contando com as participações do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando Araújo, o Secretário de Estado da Educação, João Costa e de João Goulão, do SICAD.

O European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) é um inquérito que se realiza desde 1995, de quatro em quatro anos, num conjunto alargado de países Europeus (em 2015 participaram 35 países). Assim, porque o ESPAD fez 20 anos e decorreram seis estudos, faz-se uma breve síntese da sua evolução.

O ESPAD tem por objetivo a caracterização dos consumos de substâncias psicoativas - e desde 2015 também a de outros comportamentos aditivos como o uso de Internet, gaming e gambling (jogo a dinheiro) - nos alunos que completam 16 anos no ano em que decorre a recolha de dados, e acompanhar a evolução dos mesmos ao longo do tempo e no espaço europeu.

Para o efeito, recorre a uma rede de investigadores independentes que, com o apoio de instituições nacionais de referência nas áreas do álcool e/ou das drogas promovem a respetiva realização. Foi coordenado desde o início pelo CAN da Suécia e apoiado pelo Grupo Pompidou (GP) do Conselho da Europa – que continua a apoiar os países que ainda não pertencem à União Europeia – e, mais tarde, também pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). A realização deste ESPAD/2015 decorreu num período de transição com coordenação tripartida entre o CAN, o OEDT e o Steering Committee, uma vez que a Suécia informou não ter mais condições para continuar a assegurar a coordenação. A continuidade do ESPAD está, a partir de agora, assegurada através do apoio e coordenação do OEDT.

Em Portugal, o ESPAD foi sempre promovido pela instituição que detinha a coordenação das intervenções da área da droga –

GPCCD (Ministério da Justiça), IPDT e IPDT-IP (Presidência do Conselho de Ministros), IDT e o atual SICAD (Ministério da Saúde), contando sempre com o apoio do Ministério da Educação: Direção Geral de Estatísticas (base de dados das escolas e alunos) e Direção Geral de Educação (apoio na articulação com as escolas e na recolha de dados). Teve como Coordenadora Nacional / Investigadora Principal, Luisa Machado Rodrigues até 1999 e Fernanda Feijão de 2000 até agora.

Com vista a garantir a comparabilidade dos resultados ao longo dos 20 anos do estudo, a metodologia comum (de recolha e análise de dados) tem-se mantido o mais estável possível e o questionário tem tido pequenas atualizações para se adequar à evolução dos fenómenos que pretende estudar (ex: introdução das questões sobre novas substâncias psicoativas, internet, jogo, etc.). A recolha de dados faz-se por questionário auto preenchido em sala de aula; os questionários são totalmente anónimos e confidenciais e, depois de respondidos são introduzidos pelos alunos em envelopes de fecho inviolável, com o logotipo do SICAD, e são abertos no SICAD; este providencia também a entrega e a recolha de todo o material nas escolas.

Em síntese, os resultados a nível Europeu apontam para descidas (álcool e tabaco) ou estabilização (drogas) dos consumos na maioria dos países europeus. Os resultados de Portugal estão, para a maioria dos indicadores, abaixo da média europeia (ou na média), com exceção das NSP (níveis muito baixos) e dos tranquilizantes e/ou sedativos com receita médica, com níveis muito elevados. É relevante ter em conta que, em 2011 e 2015, vários países que ainda não pertencem à EU, passaram a integrar o ESPAD - e como, de um modo geral, apresentam níveis de consumo mais baixos do que a maioria dos países que já participavam no estudo - deram um contributo significativo para que as médias baixassem. Importa portanto, continuar a investir na prevenção dos consumos entre os adolescen-



tes - designadamente para evitar o início e para que, caso já existam, promover pelo menos a redução da frequência desses consumos até que se consiga atingir níveis residuais. Dever-se-á também a prestar atenção à monitorização dos “outros comportamentos aditivos” – internet, gaming e gambling - que, num futuro próximo, poderão vir a constituir um problema.

As amostras são representativas, a nível nacional, dos alunos que completam 16 anos no ano da recolha de dados. Em 2015, participaram 96 043 alunos, de 35 países, dos quais 3 456 eram portugueses (do ensino público). A dimensão da amostra pretende garantir o fornecimento de resultados também representativos por género e com margens de erro aceitáveis. Relativamente a grandes tendências que os resultados evidenciam, a nível europeu e de 2011 para 2015, destacam-se as seguintes:

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

TABACO

- A percentagem dos que experimentaram (PLV=47%) fumar tabaco, está a diminuir; Portugal: PLV=37%;
- A percentagem dos que declaram consumos correntes (P30D=22%) diminuiu; Portugal: P30D=19%;
- A percentagem dos que declaram consumos diários (P-diário=13%); Portugal: 9%;
- A percepção da facilidade de acesso ao tabaco está a diminuir, mas continua alta (Acesso: Fácil ou Muito fácil – 61%); Portugal: 60%;
- A percentagem dos que iniciaram o consumo (1.º cigarro) aos 13 anos ou antes está a diminuir (23%) ; Portugal: 24%;
- Em 2015, os países com maiores percentagens de consumos correntes são a Itália, a Bulgária e a Croácia e com as menores a Moldávia, a Noruega e a Islândia.
- Globalmente já há mais raparigas do que rapazes a consumir tabaco.

ÁLCOOL

- A percentagem de alunos com consumos de tipo experimental (PLV=81%) estabilizou ou diminuiu, a dos que consumiram no último ano (P12M=71%) estabilizou e a dos que declaram consumo corrente (P30D=47%) diminuiu; Portugal: PLV=71%, P12M=66% e P30D=42%;
- A percentagem de alunos que se embriagaram no Últimos 12 Meses, (P12M= 28%), ou nos Últimos 30 Dias (P30D=13%),

diminuiu na generalidade dos países; Portugal: P12M=22%, P30D=9%;

- Na maioria dos países diminuiu a percentagem de alunos que tiveram consumos intensivos esporádicos nos Últimos 30 Dias, Binge Drinking, (P30DBDk=35%) embora seja alta em alguns países; Portugal: 20%;
- A percepção da facilidade de acesso está a diminuir na maioria dos países, embora continue alta na maioria (Acesso: Fácil ou Muito fácil – 78%); Portugal:79%;
- Em 2015, as maiores prevalências de embriaguez (P12M e P30D) ocorreram na Dinamarca, Áustria e Hungria e as menores na Islândia e Albânia;
- Em 2015, as maiores prevalências de Binge Drinking (P30D) ocorreram na Dinamarca, Áustria e Chipre e as menores em Portugal, Noruega e Islândia; o Globalmente, a percentagem de rapazes a consumir álcool é ligeiramente superior à das raparigas.

DROGAS

- A percentagem de alunos que já experimentaram alguma droga está a estabilizar (PLV=18%); Portugal: 16%;
- A cannabis é a substância mais experimentada (PLV= 17%), ou consumida no último ano (P12M=13%) e no último mês (P30D= 7%); Portugal: PLV=15%; P12M=13% e P30D=7%;
- As “Outras Drogas” (sem cannabis, nem NSP) têm níveis de consumo mais baixos (PLV=5%); Portugal: 4%;
- As “Novas Substâncias Psicoativas” (PLV=4%) em alguns países são mais consumidas do que as “Outras Drogas”; Portugal: PLV=1%;
- A percepção da facilidade de acesso está estável (Acesso: Fácil ou Muito fácil – 32 %); Portugal: 31%;
- Em 2015, os países com maiores percentagens de experimentação (PLV) de cannabis são a República Checa e a França e com menores a Macedónia e a Moldávia;
- Em 2015, os países com maiores percentagens de consumos correntes (P30D) de cannabis são a França (17%) e a Itália (15%) e com menores as Ilhas Faroé (1%);
- Globalmente, a percentagem de rapazes a consumir cannabis é superior à das raparigas.
- Relativamente às “Outras Drogas” (sem cannabis, nem NSP), os níveis de consumo para rapazes e raparigas são semelhantes



MEDICAMENTOS**(Tranquilizantes e/ou Sedativos)**

- A percentagem de consumidores de medicamentos sem receita médica está estabilizada (PLV= 6%); Portugal: PLV=5%;
- A percentagem de consumidores de medicamentos com receita médica está estabilizada (PLV= 8%); Portugal: 13%;
- Globalmente há mais raparigas do que rapazes a consumir medicamentos.
- Em 2015, os países com maiores percentagens de consumos de medicamentos sem receita médica foram a Polónia (17%) e a República Checa (16%) e com menores a Moldávia (1%).
- Em 2015, os países com maiores percentagens de consumos de medicamentos com receita médica foram a Letónia (16%) e Portugal (13%) e com menores as Ilhas Faroé (2%).

OUTROS COMPORTAMENTOS**ADITIVOS:****• USO DE INTERNET**

- A utilização regular de Internet está disseminada por todos os países;
- É menos praticada na Albânia, Macedónia e Geórgia.

• GAMING na INTERNET

- A prática de gaming online faz-se por cerca de 23% dos alunos, 4 ou mais dias por semana, sendo mais frequente na Dinamarca (45%) e menos na Geórgia (19%); Portugal: 20%;
- É uma atividade maioritariamente masculina: (Masc-39%; Fem-7%). Portugal: (P12M-M=39%; P12M-F=5%).
- Os países com maiores percentagens foram: Dinamarca (Masc-684%; Fem-2%), e com menores a Geórgia (Masc- 23%; Fem-2%).

• GAMBLING

- O jogo a dinheiro, nos últimos 12 meses, foi declarado por cerca de 14% de alunos (P12M), Portugal: 6%;
- É uma atividade maioritariamente masculina (P12M-M=23%; P12M-F=5%). Portugal: P12M-M=14%; P12M-F=4%.
- Surgiu como mais frequente na Grécia (30%), (P12M-M=49%; P12M-F=12%); e menos na Moldávia (5%), (P12M-M= 9%; P12M-F=2%).



**FERNANDO ARAÚJO,
SECRETÁRIO DE
ESTADO ADJUNTO E
DA SAÚDE**

***“Sugiro uma
atenção muito
especial com a
educação”***

“Este tipo de estudos é, para nós, extremamente relevante porque apenas com conhecimento sólido e consistente, apenas com o conhecimento real do que está a acontecer podemos tomar melhores e mais adequadas medidas de forma a acompanhar e reduzir estes consumos. Do ponto de vista global, gostaria de sublinhar neste estudo o facto de a prevalência de consumo da maior parte das substâncias ter reduzido, nomeadamente do tabaco e do álcool. Um indicador que considero positivo, ainda que noutras áreas tenha existido alguma estabilização e, noutras, ligeiras subidas. Constatamos acima de tudo que Portugal integra o grupo de países com consumos baixo ou médios baixos, com resultados muito interessantes, seguramente fruto das políticas que têm sido adoptadas e da actuação dos profissionais, nomeadamente da saúde e da educação. Existem no entanto áreas que motivam preocupação, como a questão das tendências do gaming e do gambling, que têm que ser acompanhadas e monitorizadas de forma muito aprofundada para percebermos para onde estamos a caminhar e o que poderemos fazer, bem como a questão das NPS em que, apesar de tudo, Portugal se encontra num lugar muito confortável. Do lado português, a questão mais negativa terá a ver com a utilização de tranquilizantes e sedativos com receita médica, onde haverá uma margem de melhoria que o Ministério da Saúde terá que acompanhar e, por último, a questão da acessibilidade no que concerne ao álcool, considerada muito fácil por parte dos alunos. É necessário percebermos por que sucede e como poderemos actuar no sentido de reduzir esse consumo mais precoce e intenso e de melhorar comportamentos nessa área. Ao permitir a comparabilidade com outros países, este estudo possibilita-nos perceber que medidas têm sido adoptadas noutros países e contextos e replicar boas experiências. Sugiro uma atenção muito especial com a educação, no



sentido de formar os profissionais, quer da educação, quer da saúde para a prevenção e controlo destes comportamentos. Este ano, iniciámos um forte programa de educação para a saúde e literacia e é importante que alunos e familiares estejam capacitados para fazerem escolhas saudáveis. Por outro lado, também temos que ter medidas nas áreas do tabagismo e da alimentação saudável, que são críticas. Gostaria de sublinhar duas medidas legislativas aprovadas na semana passada em Conselho de Ministros, uma que tem a ver com a alteração à Lei do Tabaco nomeadamente a abrangência do tabaco sem combustão que, apesar de eventualmente conter um risco menor, contém ainda um risco absoluto muito importante, sem que tenhamos ainda dados suficientes para percebermos o impacto resultante o fim de alguns anos de consumo. Como tal, visando a precaução da saúde pública, é necessário evitar o consumo destas substâncias e limitar a sua acessibilidade, sobretudo aos mais jovens. Por outro lado, este novo diploma do tabaco proíbe o fumo à entrada dos estabelecimentos de saúde e de educação. Já muitos países o adoptaram e o sentido consiste em dar um sinal claro em locais que não são seguramente os locais adequados para esta prática. O outro diploma aprovado tem a ver com a importância da promoção de uma alimentação saudável. Metade das causas ligadas à mortalidade aqui reside e podemos desenvolver uma acção concreta na sua limitação e, nesse sentido, o Governo aprovou a constituição de um grupo de trabalho com vários ministérios representados com o intuito de definirmos uma estratégia que conduza a uma melhoria deste padrão de comportamentos. É importante que haja uma informação adequada mas igualmente que os vários players de mercado, desde os produtores à indústria da alimentação, passando pelos distribuidores e os próprios consumidores, todos juntos, consigamos montar uma política adequada, com auto-regulação, de forma a melhorarmos o padrão alimentar e reduzirmos o impacto negativo na população mais jovem. Estas são áreas que necessitam do envolvimento das autarquias, das organizações da sociedade civil e, naturalmente, das próprias famílias, para que possamos prevenir comportamentos aditivos e promover comportamentos mais saudáveis. Em conjunto, deveremos saber ter cidadãos mais jovens mais capacitados para, ao longo da sua vida adulta, fazerem escolhas mais adequadas. Gostaria de dar os parabéns ao SICAD pelo trabalho desenvolvido, sublinhar esta relação virtuosa entre a saúde e a educação em muitas políticas que conduziram a resultados mais saudáveis e convidar-vos no sentido de, activamente e em conjunto, contribuírmos para melhorar o padrão de vida dos nossos jovens”.



JOÃO MARQUES DA COSTA, SECRETÁRIO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

“Mesmo perante uma tendência de melhoria, não podemos baixar os braços”

“Permitam-me saudar mais este passo na produção de dados, que complementa um relatório que estivemos a apreciar há cerca de seis meses, para nós um instrumento precioso no apoio à tomada de decisão. Daí o facto de estarem aqui dois membros do Governo... Não nos interessa ter dados só por ter dados, importa sobretudo interpretá-los e fazer uma avaliação muito qualitativa dos mesmos, avaliar as políticas tomadas e definir as melhores para continuarmos a evoluir no sentido certo. Este relatório dá-nos alguns dados animadores, na medida em que vemos os consumos de álcool e de drogas a decrescerem entre os nossos adolescentes, dão-nos dados menos animadores no que respeita à dependência em relação ao gaming e ao gambling e temos que olhar para estes dados e perceber o que fazer, por exemplo, neste âmbito específico da internet, que é sentida nas próprias famílias, que não sabem como corrigir isto. É evidente que a escola tem aqui um papel e, quando dizemos no âmbito de um trabalho que estamos a fazer de definição de um perfil de competências do aluno, que temos que reforçar as competências digitais, devemos perceber que estas não passam apenas por saber usar computadores. Não basta ter tecnologias nas escolas ou em casa mas passa também pela promoção de uma literacia do uso inteligente da tecnologia para evitar que aquilo que é bom rapidamente se transforme numa ameaça. Mesmo perante uma tendência de melhoria, não podemos baixar os braços porque, mesmo que houvesse um único jovem no país com dependência de droga, álcool ou tabaco, seria um jovem a mais e teríamos de trabalhar com ele e para ele, prevendo as melhores medidas. Em muitos casos, os níveis de consumo ainda são elevados, apesar de terem decrescido. Para nós, Ministério da Educação, estes dados representam um estímulo para o trabalho que estamos a desenvolver, em particular no que respeita a duas áreas que se cruzam de forma muito íntima: o conceito de sucesso escolar e o conceito de currículo. Não vale a pena pensarmos em sucesso escolar se não pensarmos num desenho curricular promotor de sucesso. O sucesso escolar não pode ser visto como uma alienação de si próprio em busca de uma nota muito elevada. Quando concentramos o sucesso escolar apenas em números ou notas podemos estar a deixar de parte competências fundamentais para o exercício de uma cidadania activa, informada e consciente. Não pretendemos simplesmente promover melhores resultados mas melhores resultados associados a uma melhor cidadania. Daí que precisemos de olhar para o currículo, que está muito centrado num empilhamento de conteúdos e debitar de muita coisa e não propriamente no que devo fazer com esses conteúdos ao longo da minha vida. Por isso estamos a olhar para uma estratégia de educação para a cidadania que se cruze com o currículo, voltando a ter na escola um verdadeiro trabalho de projecto que envolva vivência e participação”.

**FLORENCE MABILEAU,
GRUPO POMPIDOU**

*“Esta rede é
muito
importante”*

Após a desistência do governo sueco quanto ao financiamento deste estudo, que motivos levaram o Grupo Pompidou a financiar o Espad?

Florence Mabileau (FM) – O Grupo Pompidou não financia a totalidade do projecto. A cooperação com o governo sueco remonta a 1993 e o Grupo Pompidou tinha um grupo dedicado à epidemiologia nos problemas de drogas no âmbito do qual contávamos com a participação de especialistas suecos. Juntos, os especialistas suecos e de outros países, como Portugal, trabalharam no desenvolvimento de metodologias para a realização de inquéritos em contexto escolar, trabalho que viria mais tarde a dar origem ao Espad. Actualmente, o Grupo Pompidou apoia a participação de estados não-membros da EU da Europa Central e de Leste nos comités anuais. Paralelamente, o Grupo Pompidou começou a trabalhar na região mediterrânica, onde estamos a desenvolver uma pesquisa semelhante, designada Medspad.

Com tantos países envolvidos nesta pesquisa, supõe-se que a organização não tenha sido propriamente fácil...

FM – Na Europa, a organização coube ao Swedish Research Institute e ao EMCDDA. A contribuição do Grupo Pompidou consistiu em juntar alguns especialistas e em financiar alguns encontros para o trabalho que estamos a desenvolver na região mediterrânica. Não foi, de facto, fácil mas estamos a beneficiar da rede que começámos a desenvolver há dez anos atrás, a MedNET Network, no seio da qual temos um correspondente em cada país. Como tal, trabalhamos com estes correspondentes.

Face a diferentes culturas, formas e metodologias de trabalho, em que medida conseguiram conceber uma base comum?

FM – Começámos a trabalhar em 1999, numa iniciativa em Malta e, brilhantemente, trabalhamos em conjunto no sentido de adaptarmos a metodologia ao contexto mediterrânico. Desenvolvemos com esses países pesquisas urbanas em Argel, Rabat, Beirute e, só depois, avançámos para pesquisas nacionais. Progressivamente, mais países estão a revelar confiança e a acreditar no que fazemos e demonstram vontade de colaborar.

O que destacaria quanto aos resultados destes inquéritos?

FM – Para mim, o mais importante foi o que conseguimos conseguir, sobretudo juntando estes países. Começam a perceber que este problema do uso de drogas e álcool entre os adolescentes é significativo e, contrariamente ao que sucedia há algum tempo atrás, já têm alguma informação e mostram-se disponíveis para trabalharem em conjunto e colaborarem, para partilharem experiências e para analisarem dados. Em suma, esta rede é muito importante.

**RICHARD MUSCAT,
CORRESPONDENTE DO
GRUPO POMPIDOU
EM MALTA**

*“Nem sempre
as políticas são
baseadas em
evidência”*

Como avalia a coordenação evidenciada entre o Grupo Pompidou e Malta no âmbito deste trabalho?

Richard Muscat (RM) – Há 20 anos que fazíamos o Espad e começámos a interrogar-nos por que não haveríamos de realizá-lo igualmente no Mediterrâneo. Países a norte do Mediterrâneo, como Portugal, poderiam dar um forte contributo nesse sentido e decidimos avançar. Quando pretendemos conceber políticas sobre drogas temos que saber com situações lidamos e, para isso, precisamos de informação. Para obter informações, precisamos de realizar pesquisas. Repare que, durante este período nos deparámos com a Revolução da Primavera Árabe, o que dificultou as coisas mas as pessoas trabalharam com afinco no sentido de obterem informação em tempo útil e de a usarem para produzirem políticas. No final, há que realçar que o relatório europeu e o mediterrânico respondem às mesmas questões: quantos jovens usam álcool, drogas, tabacos, jogo, etc. Ainda que os questionemos de formas muito diferentes, dependendo das culturas, as respostas são as mesmas.

Acabaram por produzir uma ferramenta muito poderosa ao serviço dos decisores políticos... Acredita verdadeiramente que todos eles, que decidem em tantos países, tirarão partido da mesma?

RM – O mesmo se aplica à Europa: onde quer que vá, nem sempre as políticas são baseadas em evidência. Nalguns territórios, são baseadas em mera vontade política ou ideologia. Mas, se assim o quiserem fazer, fá-lo-ão por conta própria, correndo riscos, porque isto é como na medicina: se estiver doente, terei sintomas e, se o médico me prescrever um tratamento errado o resultado poderá ser grave. Mas esta é a base do nosso trabalho ao longo destes 20 anos. Sim, provavelmente, alguns governos não quererão fazer certas coisas por não acreditarem. Da nossa parte, fornecemos dados consistentes e apresentamos evidência científica. Depois, existem várias formas de desenvolver políticas, mesmo que estas tenham em conta os dados e as análises que fornecemos. Poderão ser mais esquerdistas, à direita ou centristas e o resultado ser o mesmo...

Como avalia a adesão dos inquiridos nestes novos países?

RM – Não houve qualquer problema... Os miúdos são honestos. Quando desenvolvemos um estudo piloto e perguntamos algo do foro privado demonstrando que não existirão repercussões futuras independentemente das suas respostas, a adesão sai facilitada.

DESCRIMiNALIZAÇÃO

8 E 9 DE NOVEMBRO DE 2016 • AUDITÓRIO DA BIBLIOTECA MUNICIPAL ALMEIDA GARRETT • PORTO

1º dia – 08/11/2016

- 13h • Abertura do Secretariado
- 14:30h • Sessão de Abertura
- 15h • Painel I - *O CONTEXTO SOCIAL E POLÍTICO DA DESCRIMINALIZAÇÃO*
- 16:30h • Coffee-Break
- 17h • Painel II - *AS CDT DA OPERACIONALIZAÇÃO À AFIRMAÇÃO*
- 18:30h • Encerramento dos trabalhos

Programa
Provisório

15

ANOS DEPOIS

2º dia – 09/11/2016

- 9:30h • Painel III - *A QUALIDADE DA INTERVENÇÃO EM DISSUAÇÃO*
- 10:30h • Coffee-Break
- 11h • Painel IV - *A PERSPETIVA INTERNACIONAL DA DESCRIMINALIZAÇÃO*
- 12h • Painel V - *O PAPEL E A EXPERIÊNCIA DAS EQUIPAS NAS CDT*
- 13h-14:30h • Almoço Livre
- 14:30h • Painel VI - *A DISSUAÇÃO NA PERSPETIVA DOS PARCEIROS*
- 16:30h • Sessão de Encerramento

**INSCRIÇÕES GRATUITAS
MAS OBRIGATÓRIAS**

WWW.SICAD.PT

Acção serviu ainda para realização de investigação-acção:

CRI Porto Oriental previne e reduz riscos no Festival da Juventude de Lousada

Os dias 16 e 17 de Setembro juntaram animação, cultura e promoção da saúde em Lousada. O pretexto foi a realização de mais uma edição do Festival da Juventude em Lousada, que apresentou vários nomes do panorama musical do concelho, em duas animadas noites. O Complexo Desportivo local acolheu várias centenas de jovens, animados por um programa que privilegiou os artistas locais mas igualmente músicos de renome internacional. A programação esteve a cargo da Associação de Cultura Musical de Lousada, da Câmara Municipal e da APORFEST – Associação Portuguesa de Festivais de Música. Foram várias as entidades que se associaram ao evento, entre as quais o CRI Porto Oriental, que interagiu com os jovens que passaram pelo festival, tendo a oportunidade de responder a questionários sobre comportamentos aditivos, dependências e sexualidade, transmitindo conselhos, esclarecendo dúvidas, prevenindo e reduzindo riscos. Numa acção que contribui de modo significativo para o Plano De Desenvolvimento Social de Lousada, os técnicos do CRI Porto Oriental aproveitaram ainda a oportunidade gerada pelo evento para realizar um questionário, com uma significativa amostra, superior a um milhão de jovens, que visa traçar um perfil dos jovens participantes em matéria de CAD. Com esta ferramenta, os responsáveis do CRI Porto Oriental poderão assim aperfeiçoar as suas respostas, adequando-as ao diagnóstico que daqui resultará.

Dependências associou-se ao momento e entrevistou Cristina Moreira, vereadora da Câmara Municipal de Lousada, Jorge Barbosa, Coordenador do CRI Porto Oriental e Fátima Esteves, técnica do CRI.



**CRISTINA MOREIRA,
VEREADORA DA
CÂMARA MUNICIPAL
DE LOUSADA**

***“O consumo
de álcool ou
de drogas,
concentra-se
mais neste tipo
de eventos”***

Estamos num evento organizado pela autarquia, que envolve milhares de jovens e alia a prevenção e a redução de riscos a um contexto recreativo... Qual o objectivo final de tudo isto?

Cristina Moreira (CM) – Este festival, que conta já com dez anos de existência, é uma das muitas actividades que promovemos em Lousada para a juventude. Mas também temos que perceber que, como outras, esta actividade não foge à regra e tem os seus riscos associados. Fenómenos como o consumo de álcool ou de drogas, por natureza, concentram-se mais neste tipo de eventos. Também por isso, aproveitamos este tipo de eventos que reúnem milhares de jovens, para assegurarmos a presença de equipas técnicas dedicadas à percepção de tendências e motivações. Por outro lado, trata-se de um bom motivo para incentivarmos a comunidade educativa, o movimento associativo, as famílias e os próprios jovens a aceitarem a prevenção, formação e sensibilização. Cada um deverá conhecer os riscos, os seus limites e aprender a dizer não. Por vezes, a falta de auto-estima e de autodeterminação, associada à pressão de pares, é que motiva que não tenham capacidade para dizerem não... Também nesse sentido, este evento é muito positivo.

Mais uma vez, a autarquia de Lousada, através do pelouro da Acção Social, uns passos à frente nesta área...

CM – Todos os anos promovemos parcerias... Este ano, a entidade organizadora é a ACML e creio que fomos muito felizes nesta escolha, que recaiu sobre uma associação de cultura musical, tendo na sua raiz aquele que é o produto final deste evento. E, fazendo parte do grupo de trabalho da rede social de Lousada, ajuda-nos a mostrar que a juventude merece este tipo de actividades. Não podemos ter receio de as realizar e sublinhar as razões pelas quais as fazemos, desde as que enumerei, passando pela promoção da auto-estima dos jovens, a sua identificação com o território e a promoção da empregabilidade na área das indústrias criativas. Todas estas áreas são necessárias e, se conseguirmos



projectos agregadores e que alimentem o território durante todo o ano, poderemos ter aqui um conjunto alargado de jovens que poderão encontrar a sua solução de emprego.

Temos novamente aqui a materialização de uma excelente parceria entre a autarquia de Lousada e o CRI Porto Oriental... Como avalia essa parceria ao longo dos tempos?

CM – Fantástica! Já não é de agora e fico muito contente que o Dr. Jorge Barbosa e a sua equipa tenham aceite os dois desafios. Já tínhamos tido uma experiência, num périplo que realizámos pela noite de Lousada mas, aqui, têm algo concentrado, onde poderão melhor avaliar comportamentos dos jovens associados a dimensões como a bebida, a música e os pares. Creio que se trata de um bom contexto e que daqui poderá resultar, ao nível da prevenção e da redução de riscos, a concepção de um plano específico para este tipo de eventos..



**JORGE BARBOSA,
COORDENADOR DO
CRI PORTO ORIENTAL**

***“Temos de
estar onde
estão as
pessoas e os
problemas”***

Jorge, temos o CRI Porto Oriental também em festa...

Jorge Barbosa (JB) – Sim. O CRI Porto Oriental também foi convidado para participar no Festival da Juventude de Lousada. É uma colaboração num ambiente festivo, a convite da Câmara Municipal, com o objectivo de dinamizar acções de prevenção e de redução de riscos junto de jovens que frequentam contextos recreativos nocturnos. Para este contexto festivo, foram afetos vários recursos humanos no desenvolvimento de várias acções de intervenção em contexto recreativo e também de investigação, no sentido de identificar os perfis dos consumidores e os padrões de consumo em ambientes festivos.

Além da intervenção no âmbito da prevenção e, eventualmente, da redução de riscos, também vemos aqui várias dezenas jovens a preencher inquéritos...

JB – Sim, simultaneamente à intervenção, estamos a desenvolver um processo de investigação-acção. A intervenção tem, efectivamente, duas dimensões: uma de prevenção e outra de redução de danos. Paralelamente à intervenção, estamos a apostar na investigação, também com o objectivo de identificar comportamentos de risco em jovens que frequentam espaços recreativos. Procuramos estabelecer uma relação de proximidade com os jovens frequentadores deste evento festivo, identificando os seus hábitos, práticas e consumos. Pretendemos obter uma “fotografia” pormenorizada do jovem, não só ao nível dos comportamentos de risco, como também no domínio da adopção de estilos de vida saudáveis. É um trabalho de equipa e multidisciplinar que também contém uma dimensão diagnóstica, que permitirá melhorar a ope-

racionalização das acções, bem como otimizar o plano de intervenção na área dos CAD para o concelho de Lousada.

A exemplo de outros projectos em que este CRI está apostado, esta acção também revela a tal postura de proximidade para com o cidadão... Vocês vêm ao terreno em vez de esperarem que os jovens vão ter convosco...

JB – Sim... Ao longo destes anos, temos orientando as acções para os contextos onde estão as pessoas e os problemas. Temos que continuar a apostar nas intervenções de proximidade em contextos sociais relacionados com os comportamentos aditivos. Se alguns dos contextos recreativos estão associados ao consumo, então devemos direccionar os recursos e as respostas para esses espaços. Se pudermos intervir nesta perspectiva de proximidade, através de acções de prevenção dos riscos e redução dos danos individuais, estaremos a contribuir para ganhos em saúde individual e colectiva.

Mais uma acção que decorre em parceria com a Câmara Municipal...

JB – Sim, nós trabalhamos sempre em parceria com as estruturas comunitárias. Aqui, a organização é da autarquia, que solicita, uma vez mais, a nossa colaboração. Mas, esta não é uma intervenção isolada. Integra-se num Plano de Respostas Integradas, sem financiamento (PRI não financiado), alicerçado na cultura da partilha. A Câmara Municipal de Lousada, bem como as entidades locais (agrupamentos escolares e ACES), em articulação com o CRI têm disponibilizado recursos e meios para o desenvolvimento de acções de prevenção em contexto escolar e comunitário. Outros dos aspectos que contribui para a dinamização desta parceria, está relacionado com a sensibilidade política para as questões relacionadas com os CAD, por parte da Senhora Vereadora da Câmara Municipal de Lousada, Dra. Cristina Moreira, que tem dedicado uma atenção especial a esta área. Esta preocupação em colocar na agenda política municipal as questões relacionadas com CAD, têm contribuído para o desenvolvimento de uma dinâmica interventiva concertada e integrada no concelho de Lousada.

Confesso que me surpreendeu o facto de ver tantos jovens a interagirem com a unidade que o CRI instalou neste evento... Significa o interesse dos mesmos para esta área ou, por outro lado, serão as estratégias de aproximação e de sensibilização implementadas pela equipa técnica que revelam eficiência?

JB – A equipa do CRI desenhou um plano de comunicação que favorecesse a interacção com os jovens, utilizando também estratégias de proximidade e sensibilização. Para além da abordagem in loco (no recinto dos concertos), também utilizamos uma unidade móvel (em colaboração com o IPDJ), para o desenvolvimento de acções de prevenção selectiva e indicada. Consideramos, que a promoção de estratégias inovadoras de comunicação em saúde, que passam, por exemplo, pela oferta de bebidas cool, sem álcool, facilitam a relação e a comunicação com os jovens. Também, através da aposta numa nova imagem do serviço (uma imagem colorida e apelativa), que reforça a nossa identidade, melhoramos a relação e a comunicação dos técnicos com os jovens. Estamos identificados e somos reconhecidos pelos jovens en-

quanto estrutura de saúde, que disponibiliza instrumentos de prevenção dos comportamentos de risco.

Vemos aqui 12 técnicos a trabalharem em horas muito pouco formais, motivados... Qual é o segredo disto?

JB – Não existem propriamente segredos... Temos uma equipa qualificada, polivalente, versátil, experiente e que se adaptou às mudanças orgânicas e contextuais, apostando na inovação em saúde. É participativa e envolve-se desde o desenho até a materialização das respostas. Julgamos que os pilares dessa motivação são a cultura organizacional, o trabalho em equipa e multidisciplinar, a iniciativa e autonomia profissional e a participação nas tomadas de decisão.



**FÁTIMA ESTEVES,
TÉCNICA
RESPONSÁVEL PELA
REDUÇÃO DE RISCOS E
MINIMIZAÇÃO DE
DANOS DO CRI PORTO
ORIENTAL**

***“Temos que vir
para o terreno,
estar com os
jovens”***

O que motiva esta equipa a dedicar horas de trabalho num horário que seria supostamente para o lazer e para a família?

Fátima Esteves (FE) – A motivação parte, acima de tudo, da filosofia que todos nós conseguimos acompanhar e que tem muito a ver com a dinâmica implementada no CRI Porto Oriental. Essa dinâmica, na área da redução de riscos, passa pela realização deste tipo de intervenções, para as quais temos que estar motivados. Todos nós somos dinâmicos neste tipo de acções. Sabemos que temos que as “agarrar”. Para o conseguirmos, temos que vir para o terreno, estar com os jovens e isto implica, por vezes, horários extra. Por isso, estamos com todo o gosto a fazer este tipo de intervenção à noite.



Em que consiste concretamente esta intervenção no domínio da redução de riscos?

FE – Esta intervenção consiste exactamente na prevenção e eventual minimização dos danos que pode originar a ingestão de bebidas alcoólicas. É nesse sentido que estamos cá, não para a proibição do consumo ou abordagens moralistas mas antes numa filosofia de minimizar o consumo e o dano que este pode provocar, aliando a área da prevenção com a da redução de riscos. Num primeiro momento, prevenção, onde informamos e sensibilizamos e, num segundo momento, caso exista consumo, alertamos para as formas de minimizar os riscos e danos associados.

Está surpreendida com a adesão dos jovens a esta estrutura?

FE – Eu e as minhas colegas de equipa, que temos experiência de intervenção em contextos como este mas com uma participação superior, como é o caso da Queima das Fitas do Porto, ficámos particularmente surpreendidas pelo facto de um público bem mais jovem daquele a que estamos habituadas, entre os 15 e os 16 anos, aderirem e colaborarem desta forma. Questionam, respondem ao questionário que estamos a dinamizar e acabam por apreciar o consumo de bebidas sem álcool que disponibilizamos.



Deputados do PS, autarquias e profissionais em CAD visitam CRI Porto Oriental:

CRI Porto Oriental mostra trabalho e insiste no rumo da mudança

O CRI Porto Oriental convidou, no dia 19 de Setembro, deputados socialistas, membros dos executivos das autarquias e IPSS que intervêm no seu território para uma reunião que colocou na agenda as atuais políticas de combate às dependências e comportamentos aditivos, bem como as necessidades de futuro nesta matéria. Luísa Salgueiro, Isabel Santos, Pedro Bacelar Vasconcelos e Fernando Jesus, deputados socialistas eleitos pelo círculo do Porto para a Assembleia da República, estiveram no Centro de Respostas Integradas do Porto Oriental e testemunharam as principais preocupações de técnicos e autarcas no que concerne à situação actual do país em matéria de CAD.

A sessão iniciou-se com uma visita às renovadas instalações daquela unidade, ao que se seguiu uma apresentação das diferentes respostas integradas no CRI Porto Oriental, da autoria de Jorge Barbosa e uma reunião entre os membros presentes.

No final, Dependências entrevistou Luísa Salgueiro.



**LUÍSA SALGUEIRO,
DEPUTADA DO GRUPO
PARLAMENTAR DO PS**

***“É necessário
modificar o
actual modelo”***

Particularmente para o Grupo Parlamentar do PS mas igualmente para a Comissão Parlamentar de Saúde, o que leva daqui?

Luísa Salgueiro (LS) – Aquilo que esperávamos, ou seja, testemunhos de quem conhece muito proximamente este trabalho, a realidade, o território e os protagonistas. Percebemos que é necessário modificar o actual modelo porque, com o desaparecimento do IDT e a criação do SICAD, a inclusão dos serviços nas ARS não funcionou da melhor forma. É essa a ideia que temos e a mensagem que também aqui nos transmitem e, portanto, enquanto Grupo Parlamentar, tomaremos as iniciativas legislativas necessárias e apresentaremos um projecto de resolução a recomendar ao Governo que, pelo menos, crie um grupo que comece a redesenhar o modelo para que possamos continuar a dar respostas de qualidade como, apesar de tudo, estamos a fazer. Apesar das dificuldades, os serviços mantêm boas respostas e temos resultados mas é possível fazer melhor. Os recursos humanos são cada vez menos e não podemos continuar nesta perda progressiva, contrariamente ao número de casos, que vai aumentando. Enquanto de-

putados, pensamos que podemos fazer algo para ajudar a melhorar e ficamos também muito agradados por vermos o empenho dos profissionais e a forma como, no CRI Porto Oriental, estes serviços regionais e a ARS estão a trabalhar esta temática.

Aquele grupo de especialistas desta área constituído em Aveiro e recentemente reforçado em Coimbra tem sido ouvido pelo Grupo Parlamentar do PS?

LS – Tem reunido connosco, temos tido conhecimento das linhas que defendem e essa é também uma das razões pelas quais entendemos que temos que nos dedicar mais às dependências.

Em que medida poderá estar na posição preconizada por esse grupo a génese de um novo modelo?

LS – Não nos compete dizer quem deve formar o grupo. Sabemos que as preocupações são partilhadas por esse grupo que reuniu primeiro em Aveiro e depois em Coimbra que, como disse, tem estado próximo de nós e que temos ouvido com cuidado.

Quando poderá surgir o primeiro desenho do eventual novo modelo?

LS – Isso não nos compete a nós... Compete ao Governo. Vamos recomendar ao Governo que o crie e competirá ao Governo definir o calendário.



**ADALBERTO CAMPOS
FERNANDES
ASSEGURA
NOVIDADES
ORGÂNICAS EM CAD
PARA O INÍCIO DE
2017**

Dependências procurou saber junto do ministro da saúde, Adalberto Campos Fernandes, que futuro está o Governo a preparar para a actual estrutura do SICAD e das equipas de intervenção em CAD. O ministro da saúde assegurou que, até ao final do ano, estará concluída uma reflexão sobre a matéria, de que resultará, no início de 2017, uma revisão da Lei Orgânica do Ministério e uma eventual reestruturação dos serviços: “Estamos neste momento a preparar uma reflexão sobre a organização não apenas do SICAD mas igualmente de outros serviços do Ministério da Saúde para que, no início do próximo ano possa ser refrescada e revista a própria Lei Orgânica do Ministério. O SICAD está nesse pacote de reflexão que se desenvolverá até ao final do ano”.

UA de Coimbra inicia Ciclos Temáticos de Formação em Alcoologia:

A adição ao álcool e a oncologia

A Unidade de Alcoologia de Coimbra está a levar a cabo o projecto “Ciclos Temáticos de Formação em Alcoologia”, através dos quais pretende promover o debate técnico entre as diferentes áreas do saber e distintas entidades que concorrem directa ou indirectamente para o processo de prevenção, tratamento/reabilitação e reinserção de pessoas com problemas ligados ao consumo abusivo de álcool. Assim, com acções mensais com a duração de 3 a 4 horas de formação (num formato de conferência ou workshop, seguido de debate), encontram-se planeadas três sessões a realizar ainda durante o ano de 2016 e 11 para 2017, as quais terão lugar no Auditório da Unidade de Alcoologia de Coimbra, nas instalações do antigo Hospital Psiquiátrico do Sobral Cid.

A primeira sessão decorreu no dia 27 de Setembro, sob o tema “A adição ao álcool e a oncologia”, e foi desenvolvida pelo Dr. Nuno Bonito, oncologista médico do I. P. O. F. G. Coimbra, EPE e membro da Direcção da Sociedade Portuguesa de Oncologia, acompanhado pelo Prof. Doutor Tiago Paredes, Psicólogo da LPCC, e pela Dra. Maria Teresa Sousa, Técnica Superior de Serviço Social do I. P. O. F. G. Coimbra, EPE. Estas sessões são dirigidas a profissionais das várias áreas de intervenção, desde a saúde, os tribunais, as polícias, a Segurança Social, IPSS, ordens e associações profissionais, associações científicas, associações de doentes e todas as entidades que tenham interesse nesta área temática. Dependências marcou presença na formação inaugural e entrevistou Nuno Bonito.

Não temos apenas o alcoolismo associado ao consumo excessivo; temos o alcoolismo incipiente desde idades jovens.



**NUNO BONITO,
ONCOLOGISTA DO
I. P. O. F. G. COIMBRA**

“É urgente mudar comportamentos”

Que principal mensagem pretendeu aqui transmitir relativamente a esta interacção entre adictologia e oncologia?

Nuno Bonito (NB) – A principal mensagem que tentei transmitir assenta na necessidade de fazermos a prevenção dos factores de risco. Os doentes com comportamentos aditivos ativos comprometem a compliance ao tratamento da doença oncológica. Obviamente, não posso generalizar porque isto vai depender do estadio em que a doença está, o que resultará necessariamente em diferentes estratégias porque, quer as taxas de sobrevivência, quer as taxas de resposta são também diferentes em função do estadio. Se estivermos a falar num contexto de doença avançada, já num doente com múltiplas comorbilidades e com comportamentos aditivos, entendo que deve ser ponderada a oferta de tratamento sempre em função da motivação do doente. Sabemos, no entanto, que este tratamento vai originar uma série de efeitos secundários muitas vezes pela debilidade do sistema





imunitário potenciada pela doença, tratamento e consumos excessivos.

A motivação do doente para cessar os hábitos excessivos é preponderante para o sucesso do tratamento.

Também o ouvimos falar em carcinoma hepatocelular...

NB – O carcinoma hepatocelular associa-se, na maior parte das vezes, às infeções pelo vírus da Hepatite C, pelo vírus da Hepatite B e ao consumo de álcool. Tanto a infeção crónica do vírus da Hepatite C como da B evoluem para cirrose e, possivelmente para carcinoma hepatocelular. Aqui, mais uma vez, o tratamento, dependerá do estadio da doença, da idade, da função orgânica e da compliance do doente. Eu refiro-me concretamente a estadios mais avançados, em que a única estratégia que temos para oferecer ao doente passa eventualmente por uma terapêutica sistémica.

Nos estádios iniciais a estratégia terapêutica estará sempre condicionada pela manutenção dos hábitos aditivos.

A OMS revelou recentemente que o álcool é um dos principais factores de risco associados ao cancro. Que motivos salientaria para o facto só agora constataremos preocupação face a esta problemática?

NB – Este problema não é só de agora... Creio que existe uma grande responsabilidade do ponto de vista dos cuidados de saúde primários que, no meu entender têm feito um bom trabalho no contexto da prevenção primária. E creio que estes casos são actualmente mais sinalizados, estão mais diagnosticados e são mais precocemente avaliados. Neste momento, a problemática do álcool e de outras situações que dizem respeito aos comportamentos aditivos suscitam uma maior atenção e os cuidados de saúde primários conseguem rastreá-los mais facilmente e referenciá-los atempadamente.

O álcool constitui um factor de risco para o cancro da mama?

NB – Sim, e existem estudos que nos mostram que as mulheres consumidoras de álcool e obesidade associada têm maior predisposição para o desenvolvimento de cancro de mama.

Mencionou alguns factores de risco durante a sua comunicação. Sabemos que o consumo de álcool potencia o consumo de tabaco e vice-versa, gerando-se aqui perigos evidentes para a saúde...

NB – O tabaco é um carcinogénio completo. Como expliquei, vai actuar nas duas fases da carcinogénese, quer na iniciação, quer na promoção. Se tivermos associado ao tabaco o factor álcool, teremos um efeito sinérgico, o que aumenta significativamente a probabilidade de virmos a desenvolver uma qualquer doença oncológica. Mas sabemos ainda muito pouco da biologia do cancro e sobre o que leva ao seu desenvolvimento, salientando a sua etiologia multifactorial com interacção entre vários fatores de risco nomeadamente ambientais.

Referiu a prevenção como uma necessidade imperiosa mas, na verdade, apesar de todos comungarem essa premissa, continuamos a ver pouca acção... O que será necessário fazer a este nível?

NB – A prevenção começa a ser feita, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, através de campanhas de sensibilização. Creio que o ponto crucial tem que começar na família. O núcleo familiar tem de estar educado. Em Portugal, não temos apenas o alcoolismo associado ao consumo excessivo; temos o alcoolismo incipiente desde idades jovens e culturalmente aceite... É preciso, junto das populações, junto das famílias, começar a alertar para estes malefícios. As campanhas de sensibilização em contexto escolar são importantes mas devíamos também educar os educadores. É urgente mudar comportamentos.



Liga das Associações de Socorro Mútuo de Vila Nova de Gaia organiza conferência:

“Dependências – Importantes e nem sempre evidentes”

O Auditório da Liga das Associações de Socorro Mútuo de Vila Nova de Gaia acolheu, no dia 29 de Setembro, a conferência “Dependências – Importantes e nem sempre evidentes”, tendo como orador José Raio, médico psiquiatra na Clínica da Liga. As Conferências da Liga realizam-se há já 4 anos e elegem como objectivo o esclarecimento dos utentes e da população em geral sobre temas ligados à saúde. Após a apresentação do tema, normalmente assegurada por um médico especialista da Clínica da Liga, o público tem a oportunidade de colocar as suas questões e dúvidas. As conferências 2016 acontecem habitualmente na última quarta-feira de cada mês às 18h45 e têm entrada livre.

Dependências aderiu ao repto lançado por esta histórica instituição de Gaia e, no final, entrevistou o presidente da Liga, Luís Amorim, e o orador, José Raio.



**LUÍS AMORIM,
PRESIDENTE DA LIGA
DAS ASSOCIAÇÕES DE
SOCORRO MÚTUO DE
VILA NOVA DE GAIA**

***“Assumimos
essa função
como res-
ponsabilidade
social”***

Que importância assume a realização destas Conferências da Liga?

Luís Amorim (LA) – A verdade é que já vamos no quinto ano de conferências, cujas principais preocupações consistem por um lado, na divulgação da Liga em todas as suas áreas de actividade, mormente na vertente médica e de saúde e, por outro lado, na saúde pública. Versamos todos os temas do corpo humano. A títu-

lo de exemplo, e numa perspectiva sazonal, em Maio, temos o cuidado de valorizar o tema do coração, em Outubro começamos a falar sobre os problemas cardiorrespiratórios, das vacinas e da educação para a saúde oral... Enquanto Liga e mutualidade, assumimos essa função e responsabilidade social e creio que a mesma está a resultar muito bem.

Estas iniciativas são abertas aos associados?

LA – São abertas à comunidade em geral e são, naturalmente, publicitadas através dos nossos meios. Temos vindo em crescendo ao longo dos anos.

As questões que vos são colocadas pelos presentes poderão sustentar a criação de novas respostas?

LA – Todas as sugestões são, primeiro, registadas e, depois, validadas e estamos naturalmente interessados em avançar para novas respostas. Essa é uma das razões da existência destas conferências.



**JOSÉ RAILO,
PSIQUIATRA DA
CLÍNICA DA LIGA**

***“O consumo
das novas
drogas e da
cannabis é
um problema
actual”***

Que importância assume o facto de se elevar ao debate público o tema das dependências?

José Raio (JR) – A minha perspectiva consistiu em dar informação sobre alguns conceitos. Como sempre procuro, mais do





que dar informação, tentei responder aos anseios das pessoas e às questões concretas que possam ter.

Foi possível constatar uma significativa adesão por parte da população a esta conferência... Em que medida poderá este indicador revelar uma preocupação destes relativamente aos comportamentos dos seus familiares?

JR – De uma forma geral, as famílias estão hoje preocupadas... O consumo das novas drogas e da cannabis é um problema actual e premente na sociedade portuguesa.

Na sua comunicação sustentou que não existe cura para a dependência da heroína... Será efectivamente assim?

JR – Cura no sentido em que a pessoa possa, tranquilamente, descansar, acho que não... O problema base da pessoa consumidora de heroína pode voltar a manifestar-se em momentos críticos da sua vida. Face à sua história de relação com a sua substância, a pessoa sabe que nesses momentos a substância funciona como tranquilizante, alienando-a do problema que tem. Sendo evidente que o recurso à heroína não lhe irá resolver o problema, este é o recurso que a mesma conhece e vai usar. Aí, pode ter-se o perigo da recaída, daí que afirme que não existe cura e a necessidade de estarmos sempre atentos.

Sendo o álcool a principal droga de eleição dos portugueses, referiu-se à mesma como depressora do sistema nervoso central mas, na verdade, também existem momentos em que resulta como estimulante...

JR – Na verdade, o álcool é uma substância que nos faz sentir bem-dispostos. Permite-nos socializar melhor, estar numa festa, dizer umas piadas... e se isso for feito com conta, peso e medida, é óptimo. Não vejo problema nenhum. Agora, quando daqui se passa para um consumo problemático, surge a dependência e creio que todos devemos estar atentos a esta transição. Daí o efeito depressor do sistema nervoso porque a pessoa fica com a vida destruturada.

Ainda existe alguma dificuldade em identificar e caracterizar determinadas novas substâncias... Que tratamento poderá ser dado para a dependência de uma substância que se desconhece?

JR – É difícil... Creio que, mais do que tratar a adição a essa substância, devemos perceber o problema que a pessoa tem, nomeadamente no caso dos jovens, e o que a está a levar a usar uma substância que, no fundo, reconhecerá como lesiva do seu bem-estar. No fundo, foi esta a mensagem que pretendi transmitir hoje: o foco na pessoa, nomeadamente o jovem que tem problemas interiores, seja uma sensação de vazio, uma insegurança, uma dificuldade na casa dos 20 de iniciar uma vida adulta, um jovem que fica tempo demais em casa dos pais... Esta é uma manifestação de um problema.

Serão realmente as dependências problemas de saúde mental?

JR – São, nitidamente!



Evento decorreu de 7 a 9 de Setembro em Oslo, Noruega:

5º Simpósio Internacional sobre o Tratamento de Hepatite em utilizadores de drogas

Este simpósio é a conferência líder internacional focada na gestão da hepatite entre utilizadores de substâncias. É organizado pela Rede Internacional para a Hepatite em utilizadores de substâncias - International Network for Hepatitis in Substance Users (INHSU). e realizado a cada dois anos. As edições anteriores decorreram em Zurique, Suíça, em 2009, em Bruxelas, na Bélgica, em 2011, Munique, Alemanha, em 2013, e Sydney, na Austrália, em 2015. Em 2015, o INHSU passou a assumir o formato de simpósio anual, com o intuito de acompanhar o ritmo de rápido desenvolvimento das novas terapias e da nova e emocionante pesquisa sobre os cuidados de HCV entre pessoas que injetam drogas. Assim, o Simpósio INHSU 2016 foi realizado em Oslo, na Noruega. O Simpósio Internacional de Hepatite em utilizadores de substâncias atrai profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros), investigadores, organizações da comunidade, pessoas que usam drogas e decisores políticos. A conferência deste ano centra-se em questões relacionadas com Epidemiologia e Saúde Pública, Tratamento e Cuidados, Acesso e Implementação.

SEM TRATAMENTO NÃO HÁ ERRADICAÇÃO, AFIRMA NOVA PESQUISA

Pessoas que usam drogas têm a chave para acabar com a hepatite C

(Quarta-feira, 7 de Setembro, 2016: Oslo) Especialistas em saúde global chamam a atenção para a remoção das restrições que impedem as pessoas que usam drogas de aceder à cura da hepatite C. Enquanto existirem estas restrições, a meta da eliminação da doença permanecerá fora de alcance, dizem.

Estes especialistas estão reunidos em Oslo para o 5º Simpósio Internacional sobre o Tratamento de Hepatite em utilizadores de drogas, onde a nova investigação continua a destacar não apenas o papel fundamental que o tratamento para as pessoas que usam drogas desempenha na redução da transmissão da hepatite C, mas também como o mesmo pode ser aplicado para se atingirem melhores resultados.

“A ciência é clara. Precisamos agora de nos concentrarmos em superar as barreiras de acesso e aproveitar as últimas pesquisas para implementar programas que funcionam”, disse o presidente da Rede Internacional de Hepatite C em Utilizadores de Substâncias (INHSU), Jason Grebely, do Instituto Kirby, UNSW Austrália. “Atrasar ainda mais contraria a ética e prejudica a saúde pública”, acrescentou.

A Hepatite C - que se não tratada pode levar à cirrose e cancro de fígado - afecta cerca de 64-103 milhões de pessoas em todo o mundo, resultando em cerca de 700.000 mortes por

ano. Em países como os EUA e a Austrália, a hepatite C já mata mais pessoas do que o HIV. No Reino Unido, o número de mortes anuais devido à hepatite C quadruplicou desde 1996.

Novos tratamentos curativos altamente eficazes têm suscitado esperanças em torno de um mundo livre de hepatite C. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu ambiciosas metas de eliminação de 90% de casos diagnosticados, 80% tratados e uma redução de 65% na mortalidade relacionada com hepatite C até 2030. Na maior parte dos países com elevadas taxas, a grande maioria (80%) das novas infecções verifica-se em pessoas que injectam drogas, mas este grupo tem enfrentado uma exclusão generalizada das novas terapias.

As razões dadas para esta exclusão incluem o preço dos novos medicamentos, os receios de baixa adesão, medos de reinfeção e as preocupações com a eficácia. No entanto, a pesquisa internacional desmascara esses mitos.

O maior estudo do mundo sobre as novas terapias curativas da hepatite c - Ensaio Clínico C- C-EDGE CO-STAR – acaba de demonstrar que o uso de drogas ilícitas antes e durante o tratamento da hepatite C não teve impacto sobre a eficácia da terapia, e que reinfeção é baixa, cerca de 4%. Os resultados também mostraram excelente adesão ao tratamento. As taxas de cura foram comparáveis aos resultados em populações de hepatite C que excluem as pessoas que usam drogas.

Além disso, a modelagem matemática sugere que mesmo níveis moderados de captação para tratamento de pessoas que usam drogas poderiam oferecer benefícios preventivos consideráveis.

Um estudo olhando para as definições na Escócia, Austrália e Canadá indicou que um aumento de 3 a 5 vezes na inclusão em tratamento das pessoas que injectam drogas poderiam reduzir pela metade a prevalência da hepatite C em 15 anos.

Outros estudos sobre pessoas que injectam drogas no Reino Unido e na França concluíram que um aumento realista da escala de pessoas com acesso ao tratamento poderia alcançar uma redução de 15-50% na prevalência da hepatite C crónica numa década.

Continuando na lista enumerada de benefícios, os especialistas alertam para a necessidade de promoção do tratamento em estádios precoces da infecção: o tratamento de pessoas que usam drogas com hepatite C leve ou moderada, com as novas terapias, é custo-efectivo na maioria dos ambientes em comparação com o adiamamento da disponibilização do mesmo até à fase de cirrose.

Vários países introduziram programas de eliminação da hepatite C, com Austrália, França e Islândia a oferecerem acesso irrestrito. Todos os olhos estão agora postos na Austrália, onde

GILEAD MARCA PRESENÇA COM SIMPÓSIO SATÉLITE

À Conquista da C: trabalhando juntos para a eliminação

A Gilead organizou um simpósio satélite no segundo dia do evento, presidido pelo especialista canadiano Jordan Feld, autor ainda da comunicação “Reducing global disease burden and making elimination possible through collaboration”. Geert Robaeys (Bélgica): “Treating individuals with HCV”; John Dillon (Reino Unido): “Treating the HCV Community”; e Homie Razavi (USA): Reducing country HCV - disease burden, completaram uma mesa que, durante 1 hora e meia elevou a discussão científica em torno de um objectivo comum: a extensão do programa de tratamento e a erradicação da hepatite C.



mais de 20.000 pessoas (10% da população HCV crónica) iniciaram o tratamento nos primeiros quatro meses desde que o tratamento subsidiado se tornou disponível.

“Países como a Austrália e a França assumiram a liderança na adopção de políticas baseadas em evidências que irão salvar vidas. Agora é a hora de outros países, incluindo os EUA e a Noruega, seguirem a sua liderança e permitirem que todos os pacientes com hepatite C crónica sejam tratados com os novos fármacos”, disse o professor Olav Dalgard, Presidente do Symposium INSHU 2016. “Nós recomendamos fortemente que todas as restrições sobre o acesso a novos tratamentos para a hepatite C, com base no uso de drogas, álcool ou tratamento de substituição de opiáceos, sejam removidas. Não há boa evidência com base ética ou de saúde para tais discriminações. As restrições não produzem qualquer sentido em termos clínicos, de saúde pública ou de cariz económico de saúde”, acrescentou.

“A oferta de tratamento para as pessoas que injectam drogas, integrada com programas de redução de danos e de interligação aos cuidados de saúde, é a chave para o sucesso do programa da hepatite C. E a nossa experiência em Copenhaga mostra que isso pode funcionar. Tais esforços devem ser iniciados e ampliados globalmente”, acrescentou o professor Jeffrey Lázaro, do Centro de Saúde e Pesquisas de Doenças Infecciosas, Rigshospitalet, da Universidade de Copenhaga, na Dinamarca, presente no Simpósio.

ACABAR COM OS MITOS: POR QUE O TRATAMENTO FUNCIONA

Adesão e eficácia: Dados emergentes sugerem que as pessoas que usam drogas e pessoas que recebem a terapia de substituição de opiáceos têm altas taxas de adesão e de resposta aos novos tratamentos curativos de hepatite C (terapia HCV DAA livre de interferon) - comparáveis com as pessoas sem história de uso de drogas.

Reinfecção: Enquanto a reinfecção HCV pode ocorrer, os dados sugerem que a taxa de reinfecção entre as pessoas que usam drogas injectáveis é baixa e não deve ser uma razão para a suspensão da terapia da hepatite C. A expansão de programas para melhorar a saúde do utilizador de drogas (incluindo a terapia de substituição de opiáceos e programas de seringas)

será essencial para garantir que o risco de reinfecção do HCV é minimizado.

Custo: Tem sido demonstrado que o tratamento de pessoas que injectam drogas é custo-efectivo, dado o potencial de prevenir futuras transmissões.

INHSU 2016: NOVA INVESTIGAÇÃO DE APOIO AO TRATAMENTO DE PESSOAS QUE INJECTAM DROGAS COM HEPATITE C

A pesquisa abaixo apresentada foi apresentada na INHSU 2016 e fornece mais evidências de que o tratamento de pessoas que injectam drogas (PWid) é eficaz.

Altas taxas de resposta virológica sustentadas em pessoas que injectam drogas tratadas com ALL-ORAL de acção directa em regimes antivirais: Este estudo demonstra que todos os PWid completaram a terapia com altas taxas de cura viral apesar de significativas taxas de uso de drogas. Estes dados demonstram o apoio para o tratamento de PWid.

Resultados do mundo real da terapia DAA no tratamento da hepatite C entre pessoas que injectam drogas, tratadas no centro da cidade com um programa de tratamento da hepatite c, Vancouver, Canadá: Resultados alcançados usando terapias DAA são elevados em um ambiente do mundo real. Estratégias para melhorar a retenção na terapia pós cuidado serão importantes para assegurar um acompanhamento adequado para o fracasso do tratamento e reinfecção.

Mudanças nos comportamentos de risco durante e após o tratamento para a infecção pelo vírus da hepatite C entre pessoas que injectam drogas: o estudo Activate: O uso recente de drogas injectáveis e o uso perigoso de álcool diminuiu, enquanto a OST aumentou durante e após o tratamento do HCV entre os participantes com contínuo uso de drogas injectáveis. Estes resultados suportam a expansão dos cuidados de HCV entre PWid.

Adesão ideal durante o tratamento do VHC entre os utilizadores activos de drogas programa de base comunitária em Toronto, Canadá: Este estudo fornece insights sobre os padrões de adesão das pessoas marginalizadas que vivem com HCV e demonstra que, apesar das altas taxas de consumo de substâncias, um modelo de base comunitária de tratamento HCV pode suportar os resultados do tratamento HCV positivos.

Fenómeno de Exclusão Social versus Medidas de Inserção/Reinserção relacionadas com Emprego



RESUMO

A inserção social remete para um conjunto estável e consolidado de relações, tanto familiares, sociais como de trabalho.

A problemática das dependências atinge uma percentagem de indivíduos, que pelas consequências do consumo, bem como pelos baixos níveis de escolarização, não se encontram, na maioria dos casos, capacitados para o desenvolvimento de uma atividade profissional. Porém, alguns, apesar da sua dependência, possuem esse potencial. Assim, verifica-se ser importante a criação e manutenção de programas específicos na área da reinserção, no sentido de valorizar as aptidões pessoais e sociais, com vista à atividade profissional, favorecendo o próprio, o meio laboral e a própria sociedade.

Na atualidade, reconhecemos como compatíveis a esta perspetiva, as medidas de apoio à criação de emprego e/ou formação profissional disponíveis, tais como, Estágio-Emprego, Estímulo-Emprego e o Programa Vida-Emprego.

INTRODUÇÃO

Na sociedade portuguesa, assim como em muitos países, a exclusão social afeta grande parte da população. Na generalidade dos casos, este fenómeno encontra-se ligado à marginalidade social e à pobreza, em consequência do desemprego ou da sua precariedade e da falta de recursos pessoais.

Neste sentido importa apresentar medidas de inserção/reinserção social, à população em geral e sobretudo a esse segmento da população, de forma a serem proporcionados os meios que permitam a todos aceder a um nível de vida com conforto, dignidade, bem-estar e participação social.

No presente estudo, mais especificamente sobre a exclusão social relacionada com dependências, de forma necessariamente resumida, pretende-se abordar as principais implicações da dinâmica exclusão-inserção, passando a apresentar Medidas/Contributos/Intervenções existentes de Inserção / Reinserção, relacionadas com o Emprego.

Através da divulgação das referidas medidas, pretendemos constituir um recurso para todos os que possam utilizá-las para a inserção / reinserção social, de pessoas em exclusão social, sobretudo devido a situações de dependências.

Na qualidade de Assistente Social a exercer funções na área das dependências desde 1996, tem-se verificado que a problemática do desemprego é um dos fatores principais para o aumento do número de cidadãos em situação de exclusão social. Pela experiência adquirida pode considerar-se que a via privilegiada para a inserção e/ou reinserção deverá ser proporcionada através da realização pessoal e profissional, sobretudo com estabilidade no emprego, contribuindo assim para que o indivíduo possa ser um elemento valioso para o funcionamento da sociedade, tanto pela sua realização pessoal como pela sua participação positiva no meio laboral e social.

Para o desenvolvimento do processo de inserção/reinserção, é necessário agregar as diversas estruturas e recursos da comunidade, em articulação interministerial e interinstitucional. Neste contexto, existem medidas dirigidas à população em geral, que poderão contribuir para a (re)integração do cidadão com comportamentos aditivos e dependências (CAD), das quais é possível identificar as Medidas gerais de emprego do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), tais como, o Estágio-Emprego e o Estímulo-Emprego, bem como a medida dirigida especificamente a toxicod dependentes em recuperação, que apesar de ter sido revogada no início de 2015, ainda se encontra implementada no terreno, até à sua conclusão, o Programa Vida-Emprego.

É do conhecimento geral que por norma, a dependência é um sintoma que faz emergir a existência de uma gama variada de problemas pessoais, familiares e sociais, que permanecem em segundo plano perante a suposta gravidade dessa problemática.

Neste contexto, consideramos que a intervenção na área das dependências, para ser efetiva deverá realizar-se através do trabalho-emprego e ser acompanhada de uma intervenção sistémica e multidisciplinar, aos níveis pessoal, social e familiar de forma a potenciar e valorizar a (re) integração plena do indivíduo na sociedade.

ESTÁGIO-EMPREGO

O Estágio-Emprego é uma Medida que proporciona experiências de formação prática em contexto de trabalho e que promove a inserção profissional dos seus beneficiários. Tem a duração de 9 meses, tendo em vista promover a inserção de jovens no mercado de trabalho ou a reconversão profissional de desempregados.

Os Promotores do Estágio-Emprego podem ser pessoas singulares ou coletivas, de natureza jurídica privada, com ou sem fins lucrativos. Os destinatários são os desempregados inscritos nos serviços de emprego e que se encontrem em situações específicas.

O Estágio-Emprego tem como objetivos complementar e desenvolver as competências dos jovens que procuram um primeiro ou um

novo emprego, de forma a melhorar o seu perfil de empregabilidade; promover a integração profissional de desempregados em situação mais desprotegida; apoiar a transição entre o sistema de qualificações e o mercado de trabalho; promover o conhecimento sobre novas formações e competências junto das empresas e promover a criação de emprego em novas áreas; apoiar a melhoria das qualificações e a reconversão da estrutura produtiva.

Tendo em conta o objetivo essencial da medida Estágios Emprego, o desenvolvimento de uma experiência prática em contexto de trabalho visando a inserção de jovens num futuro emprego ou a reconversão profissional de desempregados, valorizam-se os projetos que potenciem a contratação dos destinatários após a sua conclusão. Deste modo, em sede de verificação dos critérios de elegibilidade dos projetos, é concedido maior destaque ao fator empregabilidade.

ESTÍMULO-EMPREGO

O Estímulo-Emprego tem como objetivos: promover a contratação de públicos mais desfavorecidos; combater o desemprego, fomentando a criação líquida de postos de trabalho e reforçar vínculos laborais mais estáveis e combater a segmentação e a precariedade no mercado de trabalho.

A Medida Estímulo-Emprego é um apoio financeiro destinado a empregadores que celebrem contratos de trabalho a termo certo, por prazo igual ou superior a 6 meses; sem termo; a tempo completo ou a tempo parcial; com a obrigação de proporcionarem formação profissional aos trabalhadores contratados.

Para que uma empresa possa usufruir deste apoio numa contratação, o candidato tem que estar inscrito nos serviços de emprego e em situação de desemprego, com determinadas condições. Esta medida potencia a integração socioprofissional e a probabilidade de contratação.

POTENCIALIDADES /LIMITAÇÕES DAS MEDIDAS

O tratamento das dependências constitui um processo complexo, com implicações nas diversas dimensões da vida dos indivíduos, através da reconstrução dos laços com a condição plena de cidadania. Resulta de um ato de vontade que deve ser valorizado e em nenhuma circunstância frustrado, mesmo que não tenha sido completado devidamente. Relativamente às Medidas de Estágio-Emprego e de Estímulo-Emprego, ainda é precoce apresentar conclusões, já que apenas foram implementadas no início do ano de 2015, aquando da extinção do Programa Vida-Emprego.

CONCLUSÕES GERAIS

A realização do presente trabalho e a prática profissional na área das dependências levam-nos a reconhecer a importância que assume a atividade profissional na inserção de indivíduos com vidas ligadas a consumos de substâncias geradoras de dependências.

O desafio que nos coloca a sociedade atual não constitui tarefa fácil, pois torna-se necessário mudar a estrutura baseada na seleção, que tem funcionado até aos nossos dias, numa estrutura de inclusão, onde as diferenças individuais sejam respeitadas e constituam um fator de aprendizagem e de participação.

Consideramos que assim é a sociedade inclusiva, constituída pela heterogeneidade e onde há um lugar para todos e na qual todos participem.

O fenómeno das dependências tem conduzido à exclusão/segregação de um vasto número de cidadãos. É nossa função, como téc-

nicos na área da inserção/reinserção, apetrechá-los com instrumentos e mecanismos possíveis de os tornar parte do todo social. Esta perspetiva requer uma dinâmica de intervenção multidisciplinar, do mundo laboral e de toda a sociedade.

Neste processo, inicialmente o indivíduo necessita do acompanhamento e do tratamento capaz de o redescobrir como pessoa, com direitos e deveres, para depois ser possível a sua inserção e/ou reinserção, através da realização pessoal e profissional, já que como referimos, a atividade profissional é determinante para que o indivíduo faça parte do todo social.

A atividade profissional é geradora de estatuto social e proporciona os meios para manter a dignidade a nível pessoal, material e social. A rotina laboral fortalece os laços com os outros, em todas as dimensões relacionais, seja no ambiente laboral como também fora dele. Esta dinâmica eleva a auto-estima e regula a organização/estruturação do dia a dia, em função de objetivos saudáveis e de reconhecimento social.

As medidas de apoio à inserção/reinserção profissional já referidas, como o Estágio-Emprego, o Estímulo Emprego e o Programa Vida-Emprego, têm-se reconhecido como facilitadoras deste contexto de discriminação positiva e fundamentais no processo de tratamento e reinserção, já que o processo de tratamento só se encontra completo quando o indivíduo detiver os meios e competências para poder assumir plenamente o seu papel na sociedade.

Estas medidas, enquanto iniciativas de apoio à contratação de toxicodependentes em processo de inserção, facilitam o acesso dos cidadãos ao mercado de trabalho, com o devido enquadramento e acompanhamento técnico e, não menos importante, representam também estratégias que, por via do incentivo financeiro que cativa o tecido empresarial, oferecem aos indivíduos em inserção oportunidades para demonstrarem as suas capacidades efetivas, e inverter, progressivamente, as crenças e as perceções sociais negativas em torno deste grupo. É neste processo que os empregadores aceitam que também é da responsabilidade do sistema laboral a inversão dos percursos destes indivíduos e assim também prestam o seu contributo para a solidariedade e responsabilidade social.

Em relação ao Estágio Emprego e ao Estímulo Emprego que estão em processo de implementação, as limitações já referidas, necessariamente têm que ser ultrapassadas, sobretudo através de mecanismos de comunicação e acompanhamento que se impõem na rede de intervenção: indivíduo, equipa de reinserção e tecido empresarial.

Uma sociedade alicerçada na tolerância e solidariedade é determinante no processo de reinserção de todos os que têm sido mantidos à margem ou excluídos, através de uma gestão dinâmica de meios e recursos, capaz de proporcionar um lugar a todos, apesar dos seus percursos diferenciados e onde se espera que a sua ação contribua para o bem-estar psicológico e individual e para benefício da sociedade em geral.

Paula Cristina Amaral Pinto
Centro de Respostas Integradas de Viseu
Equipa de Tratamento e Reinserção
Rua Cândido dos Reis, nº 22, 3010-056 Viseu
PCPinto@arscentro.min-saude.pt
Tel: 232001260, Fax: 232421150
Telm. 936239130

Álcool e Drogas em Silêncio: um estudo descritivo



Telma Santos

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas (SPA) é um importante problema de saúde pública. A avaliação desta questão e a promoção de estratégias de intervenção pode abranger a população geral e focar determinados sub-grupos populacionais com necessidades específicas, como seja a população surda. A análise e compreensão dos padrões de consumo é, na opinião dos autores, determinante para o desenvolvimento de intervenções direcionadas a esta população cultural e linguisticamente singular.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define défice auditivo como uma perda da acuidade auditiva superior a 40 decibéis (Db) num adulto ou a 30 Db numa criança. Afetando aproximadamente 360 milhões de pessoas em todo mundo – correspondendo portanto a mais de 5% da população mundial – a prevalência de surdez varia entre países e é (também) influenciada por fatores socioeconómicos e culturais. Segundo os Censos de 2011, referentes à população residente em Portugal, cerca de 533.202 pessoas têm muita dificuldade em ouvir ou não o conseguem de todo.

A bibliografia sugere que a população surda apresenta uma taxa superior de doença mental face à população geral. Contudo, os estudos de prevalência de doença mental na população surda apresentam uma série de limitações, destacadamente as que se

prendem com a definição de surdez ou com as dificuldades de diagnóstico associadas às barreiras na comunicação.

Relativamente ao consumo de SPA, os dados da literatura internacional apontam para prevalências na população surda em tudo semelhantes às da população geral. Não obstante, num estudo sobre consumo de SPA realizado no Minnesota (Estados Unidos da América), recorrendo a uma amostra de 44 participantes com défice de acuidade auditiva e idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos, os autores apuraram que 56,8% consumiam tabaco, 52,3% consumiam álcool e 25% consumiam regularmente canabinóides ou haviam-no feito pelo menos uma vez ao longo da vida. Outro estudo sugeriu ainda que os indivíduos surdos mais jovens têm pouco conhecimento sobre os efeitos nocivos do consumo de álcool, particularmente se associado a outras SPA, sendo que os materiais de informação preventivos são limitados e estão pouco adaptados.

A investigação neste campo é, no entanto, bastante limitada. As dificuldades na socialização, comunicação e obtenção de informação têm contribuído amplamente para o desinteresse clínico e científico face ao estudo da saúde mental nesta população. Em Portugal, tanto quanto é possível conhecer aos autores, não existem estudos de prevalência de problemas ligados ao consumo de álcool e outras SPA na população surda portuguesa.

OBJETIVOS

Com o presente estudo, os autores visam avaliar a prevalência e determinar o padrão de consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas numa amostra de indivíduos com surdez ou défice de acuidade auditiva.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos encontram-se reproduzidos no Quadro I. Dos resultados obtidos, destacam-se uma maioria de população do sexo feminino (54%), solteira (51%), empregada (49%) – versus 37% em situação de desemprego – com elevado grau de escolaridade (3º ciclo e Licenciatura). Acresce-se que 41% apresenta um agregado familiar constituído por três pessoas.

Da secção do questionário que visava inquirir o consumo de substâncias psicoativas – que não álcool – percebe-se que 95% da

Sexo (%)		Idade (anos) - %		Estado Civil (%)		Situação Profissional (%)		Agregado Familiar (%)		Escolaridade (%)	
M	46	18-25	10	Solteiro	51	Estudante	7	1 Pessoa	2	1º Ciclo	15
F	54	26-35	24	Casado	32	Empregado	49	2 Pessoas	32	2º Ciclo	5
46-55 +55		36-45	39	Viúvo	10	Desempregado	37	3 Pessoas	41	3º Ciclo	29
		22	União de Fato	7	Reformado/ Pensionista	7	4 Pessoas	10	Ensino Secundário	19	
		5					+ 4 Pessoas	15	Ensino Superior	32	

Quadro I. Dados Sociodemográficos; M: masculino; F feminino.

Questão 1 - Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?			Questão 2 - Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?		Questão 3 - Com que frequência consome 6 bebidas ou mais numa única ocasião?	
Nunca	51,2%		Não se aplica			
Uma vez por mês ou menos	31,7%	48,8%	Uma ou duas	80%	Nunca	65%
Duas a quatro vezes por mês	2,5%				Menos de uma vez	25%
Duas a três vezes por semana	7,3%		Três ou quatro	20%	Pelo menos uma vez por mês	5%
Quatro ou mais vezes por semana	7,3%				Pelo menos uma vez por semana	5%

Quadro II: Questões 1, 2, 3 - AUDIT.

amostra estudada nega qualquer tipo de consumo, sendo que os 5% restantes confirmam apenas o consumo de canabinóides - Quadro II. No que concerne ao score do questionário AUDIT, apenas 7% dos participantes se enquadravam no grupo dos consumidores de risco (8-15 pontos), com os restantes 93% a apresentarem baixo risco de consumo abusivo de álcool (0-7 pontos) – Gráfico 2.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Contrariamente ao apurado na amostra em estudo, é sabido que a maioria dos surdos se encontra em situação de desemprego e apresenta níveis de escolaridade inferiores aos da população ouvinte em geral¹⁶. Poder-se-á inferir um viés de seleção da amostra, se considerarmos que são os indivíduos mais letrados que encetam os maiores esforços de integração e fuga ao isolamento tipicamente associado à condição, ingressando em grupos e associações como aquela em que o estudo foi efetuado. São também estes, presumivelmente, os que apresentam um maior domínio da Língua Portuguesa, mostrando pois maior facilidade em participar e, em última análise, em responder às questões.

Relativamente ao consumo de SPA a nível europeu, estima-se que 8,5 milhões dos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (15,2%) consumiram cannabis no último ano. Similarmente, cerca de 73,6 milhões de pessoas (21,7% de adultos) consumiram cannabis pelo menos uma vez na vida. De facto, e por larga margem, esta é droga ilícita mais experimentada em qualquer faixa etária, com os padrões de consumo a variar (e, muitas vezes, a progredir) do ocasional para o regular e, finalmente, para a dependência¹. À semelhança do cenário europeu, a cannabis foi a substância ilícita que registou maiores prevalências de consumo na população portuguesa, com 9,4% da população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos a revelar ao menos uma experiência de consumo ao longo da vida^{1,17}. Contrastando com a prevalência nacional mas encontrando ressonância nos estudos internacionais especificamente dirigidos a esta população^{11,12}, a maioria da amostra em estudo (95%) nunca consumiu SPA ilícitas. Assim, os 5% de consumidores (mesmo ocasionais) representam ainda assim cerca de metade da prevalência encontrada na população geral portuguesa.

No que ao consumo de álcool diz respeito, cerca de 73% da população portuguesa entre os 15 e os 74 anos consumiu bebidas alcoólicas ao menos uma vez durante o seu percurso de vida^{1,17}. Este valor é, de novo, muito superior ao da amostra em avaliação (48,8%).

Resumidamente, a prevalência dos consumos de cannabis e álcool na população geral portuguesa é claramente superior à en-

contrada na amostra em estudo. Apesar das características desta, e da impossibilidade de extrapolar os resultados obtidos à população surda portuguesa, a diferença de valores poderá sugerir a existência de fatores de proteção face aos comportamentos aditivos na população surda. Alegadamente, a inclusão deficiente (parcial) desta população culturalmente distinta na comunidade ouvinte – tanto por dificuldades sociais, quanto políticas – torna-a cada vez mais distante dos hábitos e experiências comuns na população geral. A título de exemplo, releve-se que a língua gestual, por si só, se constitui como um obstáculo à compra destas substâncias. O papel protetor é provavelmente mais eficaz na compra de SPA (que não álcool), uma vez que pressupõe a existência de contacto direto com o vendedor. No caso do álcool, a sua maior disponibilidade e acessibilidade facilitam a evicção do contacto e diminuem a necessidade de comunicação. Ainda que 93% dos participantes na amostra apresentem baixo risco de consumo abusivo de álcool, 7% destes são consumidores de risco e necessitam de avaliação e intervenção clínica.

Contudo, devem ser notadas as limitações do estudo em apreço, por forma a ultrapassá-las em investigações posteriores: (i) o recurso a amostra não aleatorizada; (ii) a ausência de avaliação de grau e tipo de surdez, sendo o participante entrevistado a informar se padece de surdez ou défice de acuidade auditiva; (iii) a utilização de instrumentos não validados para a população surda.

Serviços de Saúde Mental especializados para utentes surdos podem constituir um recurso valioso. Infelizmente, são ainda escassos (se não inexistentes) e apresentam sérios défices no acolhimento destes doentes. Considerando a manifesta insuficiência de informação científica de qualidade sobre os comportamentos aditivos nesta população e, consequentemente, seus potenciais fatores de risco e proteção, os autores relevam a importância de maior investimento no estudo desta área.

Autores: Telma Santos*, Ema Conde*, Rita Almeida Leite*,
Patrícia Santos**, João Alcaface*, Vitor Santos***,
Helena Dias****

Telma Santos, Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E.,
Aveiro, Portugal.

Fax: +351 234 624 820; Tel: +351 234 611 000;

Email: telmaqueirosantos84@gmail.com

dependências

Casa do Povo de Santa Bárbara apresenta programa Haja Saúde :

Intervir, inovar e interagir: um caso de estudo vindo dos Açores

Sediada numa envolvente rural da ilha Terceira, na freguesia que lhe deu o nome, a Casa do Povo de Santa Bárbara é uma IPSS que actua no domínio social, da saúde, da formação e educação e do empreendedorismo. Apesar de transportar um longo historial de existência, a instituição conheceu há dez anos um novo rumo, traduzido na implementação de uma dinâmica e abrangência de intervenção nunca antes vista. Com efeito, a Direcção encabeçada por Durval Santos, um homem com vasta experiência no âmbito do associativismo mas igualmente no âmbito da concepção e coordenação de inúmeros projectos de índole social, colocou, na última década, a instituição ao serviço do povo, aproximando-a de públicos como as crianças, os jovens e os seniores que, por arrasto, face à excelência dos serviços prestados, acabaram por convencer a restante população. Hoje, a Casa do Povo de Santa Bárbara revela-se muito mais do que uma IPSS de cariz local. Com uma abrangência territorial em constante crescendo e com protocolos e parcerias que se estendem às principais direcções regionais do Governo dos Açores, a instituição soube eliminar fronteiras e barreiras, marcando a sua presença em praticamente toda a ilha Terceira, em prol do bem-estar da sua população. Projectos como o Haja Saúde, o Âncora ou o Tudo a Saltar são provas de criatividade, dinamismo e espírito de missão, premissas igualmente assentes numa evidente capacidade organizativa e de gestão. A actual Direcção da Casa do Povo de Santa Bárbara foi ainda a responsável pela organização das respostas em núcleos, criando um Pólo de Empreendedorismo Social, que gere núcleos como o de Intervenção Comunitária, de Intervenção Pedagógica, de Desenvolvimento Rural, de Gestão de Projectos e de Promoção da Saúde.

Dependências foi aos Açores testemunhar os excelentes serviços prestados pela Casa do Povo de Santa Bárbara e, entrevistou o seu presidente, Durval Santos, Luís Cabral, Secretário Regional da Saúde, e Andreia Cardoso, Secretária Regional dos Assuntos Sociais, que apadrinharam o programa Haja Saúde.



**DURVAL SANTOS,
PRESIDENTE DA CASA
DO POVO DE SANTA
BÁRBARA**

***“Se não houver
sacrifício, não
conseguiremos
superar o
impossível”***

O que faz e quem serve a Casa do Povo de Santa Bárbara?

Durval Santos (DS) – Quando me candidatei à presidência desta instituição, num processo que não foi fácil uma vez que não sou natural desta comunidade, a Casa do Povo de Santa Bárbara era significativamente limitada quanto ao âmbito das suas funções, revelando-se uma estrutura arcaica. Na altura, constituí uma equipa alargada, elegendo como preocupação reunir gente quer com experiência de vida, quer com experiência académica. Nesse sentido, temos um elemento na direcção afecto à área da intervenção social e comunitária, temos a vertente da gestão, da formação, do associativismo e da ruralidade... Neste momento, temos uma associação que se encontra ao serviço do bem comum. Dedicamo-nos ao serviço social, valorizando e promovendo o voluntariado social mas também tendo uma parte assegurada por profissionais. Iniciámos este trabalho há dez anos, paulatinamente, realizando actividades com os jovens e procurando que as famílias interagissem com a instituição.



E como se materializa essa intenção de interagir com as pessoas, numa IPSS como esta, de cariz regional mas que se encontrava à data vazia de valências e afastada da população?

DS – Comecei a promover campos de férias para os jovens...

Os meninos chegavam a casa e, à mesa, partilhavam aquela semana com os pais, que ficavam surpreendidos e até agradecidos... Começavam a adoptar outro olhar relativamente a esta direcção e à nova perspectiva implementada. Entretanto, fomos organizando semanas culturais, gravámos um cd com o Grupo de Violas, presente desde a fundação desta instituição, concebemos passeios de mobilidade sénior... Em suma, à medida que a população activa começou a perceber que estávamos a trabalhar em prol dos seus parentes idosos e jovens, passou a apoiar-nos e a acolher-nos. E, com base nisso, começámos a fundamentar mais e melhores projectos. Com a construção do intergeracional, com a requalificação da Casa do Povo e todo o know-how acumulado ao longo destes dez anos, os nossos horizontes cresceram exponencialmente. Se compararmos a realidade actual com a vigente na altura em que entrei, em que a Casa do Povo dispunha apenas de dois colaboradores, um afecto à manutenção e outro à limpeza, facilmente constatamos as diferenças...

Mas, sendo esta uma Casa do Povo, não seria já suposto a população senti-la como sua?

DS – Sim, e a população até sentia a casa como sua mas pretendia que a mesma funcionasse à sua maneira, plasmada naquilo em que tinham sido educados... A ideia passou por envolvermos o nosso público-alvo, ou seja, as crianças, os jovens e os idosos. E quando essas crianças, jovens e idosos vieram para cá e se sentiram apaixonados, gratificados e, chegados a casa, transmitiam essa satisfação aos seus familiares, que são os sócios da instituição, começámos a ter o apoio da sociedade. E é para nós muito gratificante ouvir a população reconhecer em uníssono que a Casa do Povo desenvolve projectos pela ilha.

Entrámos aí n um primeiro caminho, o da intervenção comunitária...

DS – Entrámos numa intervenção comunitária e social mas abrangente e integradora. Hoje, já caminhamos para a questão do empreendedorismo social mas, se há uns tempos atrás, falássemos nesse palavrão ninguém nos entenderia. Olhando para trás,

constatamos que foi um caminho percorrido passo a passo, degrau a degrau, de forma muito consistente, com muitas horas de dedicação e de amizade... O grupo de trabalho é muito amigo e coeso.

Poderemos depreender daí uma crítica relativamente a outros projectos que não elegem atingir a raiz do povo, comungando a sua linguagem e caminhando com este...

DS – Nós não tivemos a necessidade de encomendar a uma empresa acreditada um estudo de marketing ou de mercado que nos revelasse determinados dados estatísticos... Basicamente, olhámos para as pessoas e interrogámo-nos sobre as suas reais necessidades. Vivemos num contexto rural e sabemos que os problemas se prendem com o isolamento dos idosos e inerente carência de afectos. A par, existem algumas crianças cujos pais trabalham incessantemente na actividade agrícola e não possuem competências para lidar com questões problemáticas como o bullying, a sexualidade, entre outras...

Sendo esta uma população rural e dotada de parcas habilitações académicas, que respostas oferece a instituição ao nível da formação?

DS – Neste momento, a Casa do Povo de Santa Bárbara tem em curso o seu processo de acreditação para ser uma entidade formadora, que deverá estar concluído no início do próximo ano. Já colaboramos com a Direcção Regional de Emprego e Formação Profissional na realização dos cursos da rede Valorizar, para obtenção de competências ao longo da vida e a minha maior felicidade consiste no facto de termos tido aqui pessoas que posteriormente contratei, que entraram num programa que visa formar, inserir e ocupar socialmente, que passaram depois para a rede Valorizar, frequentando entretanto um programa ocupacional. São excelentes colaboradores e excelentes profissionais e, na minha perspectiva, isto sim, é exercício da função social integradora. Ou seja, dar ferramentas para que as pessoas possam ter capacidades quer de gestão pessoal, gestão familiar, gestão laboral, gestão de emoções... Obviamente, isso obedece a uma grande cintura pedagógica junto dessas pessoas, que não podemos reprimir constantemente. Temos que saber negociar e é isso que habitualmente fazemos. Além disto, temos a Academia Sénior, distinguida pela Bolsa Solidária Nacional do BPI, que visa estimular o envelhecimento activo através da culinária, do artesanato, do folclore,



das TIC, dos usos e costumes, da poesia, entre outras actividades. Por outro lado, para os quadros qualificados, celebrámos recentemente uma parceria com a maior empresa público-privada da região no âmbito da formação para realizarmos CAP e outras formações. Ou seja, abrangemos diversos públicos face à sua caracterização e habilitações.

Que reacção perceberam por parte dos idosos a partir dessas acções realizadas, que incluíam nomeadamente a utilização de aplicações informáticas?

DS – É extraordinário! E temos testemunhos gravados em vídeos... Mal tinham acabado o último ano lectivo na Academia e já questionavam quando começaria o próximo... Os professores da Academia foram alguns colaboradores da instituição e jovens licenciados voluntários. Tivemos, por exemplo, um jovem formado em relações internacionais que leccionou inglês, bem como um jovem da área do design que leccionou informática... É o tal grau de suporte em que fomentamos o encontro entre gerações. E estes jovens também puderam testemunhar exemplos de sabedoria, de conhecimento, de tranquilidade e de valorização da nossa cultura para a preservação desta identidade face aos nossos ancestrais. E foram os próprios jovens que, partindo destas bases, conseguiram comungar e transmitir a importância das tecnologias da informação e da comunicação, criando em simultâneo um choque, uma fronteira e um conflito. O mais interessante foi constatar que alguns quiseram dominar plataformas como o facebook ou o skype, que lhes serviram para, à noite, comunicarem com os seus filhos que estão na diáspora. E quando têm algum problema nos seus computadores vêm pedir ajuda aos nossos colaboradores. Isto é crescimento e interacção comunitária. Isto é uma casa e, como tal, tem que estar sempre de portas abertas.

Em que consiste concretamente o Tudo a Saltar, um dos vossos projectos no âmbito do empreendedorismo social inclusivo?

DS – Trata-se de um projecto que apresentámos à Direcção Regional da Juventude, que visa promover o empreendedorismo social jovem através da relação jovem para jovem. Ou seja, de jovens voluntários ao serviço da comunidade junto de outros jovens. Visamos essencialmente a melhoria do desempenho escolar, a educação para a cidadania e a promoção do voluntariado jovem. A ideia é pôr “todos a saltar” de felicidade na escola mas também ao

ar livre, através dos desportos de aventura, que potenciamos com esta oferta consoante o seu desempenho escolar. Trata-se de um conceito baseado no compromisso e na recompensa e que tem funcionado muito bem, envolvendo a escola, estes jovens adultos facilitadores do estudo e da integração para o sucesso do desempenho escolar e, caso surja algum caso de desvio comportamental, beneficia ainda de apoio psicológico e social. Em suma, eles têm que ter “tudo a saltar” nas suas vidas, têm que libertar as suas energias da forma mais adequada para terem excelentes notas, para serem excelentes alunos, excelentes filhos e cidadãos, com aquele característico espírito de criatividade, adrenalina e felicidade. É isso que pretendemos.

E onde entra o projecto Âncora?

DS – O projecto Âncora é a minha paixão! Trata-se de oferecer competências aos jovens que lhes permitam contrariar determinadas pressões de pares. Não se trata de formatar, não se trata de fazer qualquer espécie de lavagem cerebral, não se trata de veicular posturas moralistas mas sim de os capacitar ao nível da autodeterminação e convicção. Nesse aspecto, o que mais me satisfaz é constatar que temos jovens com capacidade criativa, com massa construtiva e espírito de serviço comunitário. E isso só se faz promovendo os hábitos de vida saudáveis, uma mente sã e um corpo são sem tabus, como a sexualidade, os afectos, as dependências, a relação com os pais, com a sociedade civil ou com a escola de uma forma construtiva. Eu tive a felicidade de participar, enquanto jovem, em projectos como o Grupo de Jovens e os Escuteiros ou como colaborador do Projecto Vida na Região Autónoma dos Açores, através do projecto Jovem a Jovem, em que fui facilitador... Tudo isto me despertou curiosidade e encanto, ao ponto de querer replicar este legado junto de outros jovens. Com base nisso, criámos uma série de programas, como campos residenciais e não residenciais sobre estas temáticas e, na sequência, surgiu o Programa de Informação e Apoio à Prevenção Primária, na altura apoiado pela Direcção Regional da Juventude. Mais tarde, com todo este inquietamento da nossa parte e know-how acumulado, criámos o Âncora. Mas já antes disso tínhamos criado as dinâmicas para as respostas integradas em prevenção, em que convidámos todas as instituições do município que, antes disso, nem sequer se cruzavam. Com isto, plasmou-se um anteprojecto aprovado por unanimidade pelo município, no Conselho Municipal da Juventude. Com isto tudo, em três anos, desde a primeira se-



mente desta rede integrada, surge o projecto Âncora e o Haja Saúde.

Ao que constatamos, em dez anos foram dados passos que, antes, não seriam mais do que utopias...

DS – Confesso que acredito em utopias... Mas esta crença obriga a um grande desgaste físico e emocional, bem como a um grande sentido de serviço e de sacrifício. Se não houver sacrifício, não conseguiremos superar o impossível e, assim, atingir a utopia. Há cinco anos atrás, quando realizámos a primeira reunião com os técnicos das dinâmicas integradas, se propusesse desde logo criar o Haja Saúde como uma unidade móvel, seria certamente acusado de estar a promover uma completa utopia... A verdade é que temos que ir por fases, moldando as mentalidades, ouvindo, acarinhando, convencendo e conquistando as pessoas, colocando em simultâneo as nossas preocupações e ideias e, assim, conquistando aquilo que, à partida, parecia utópico. Para superar utopias temos que ter a capacidade de nos superarmos mas também de partilhar, de descentralizar. E essa disponibilidade para a partilha e para a abertura é algo que iremos sempre manter.

Quais são os grandes objectivos do Haja Saúde?

DS – Acima de tudo, aproximar e estar com as pessoas, promover a saúde de forma integradora e global, em que se insere a saúde da mulher, a saúde sénior, a saúde escolar, as dependências, o contexto laboral, o familiar, o da saúde materna... Temos que olhar a saúde numa perspectiva una, da pessoa, integradora. A saúde da pessoa não pode ser fraccionada. A título de exemplo, no que concerne às dependências o nosso objectivo não se prende com o tratamento nem com a inserção. O nosso eixo de intervenção prende-se com a prevenção universal e selectiva. Basicamente, fazemos rastreios de glicémia, de problemas cardíacos, peso, diabetes, teste rápido de VIH, despiste de alcoolémia, aconselhamento, escutamos, interagimos e promovemos dinâmicas pedagógicas junto de vários públicos-alvo, no âmbito das quais, podemos ocasionalmente encontrar consumidores de substâncias psicoactivas. Presumo que, se tivéssemos uma unidade móvel exclusivamente dedicada a dependentes de substâncias ilícitas, a mesma não seria aceite nem pela sociedade nem pelo contribuinte. A nossa unidade móvel visa a promoção da saúde de forma global e humanista, sendo próxima, de porta aberta e constituída



por uma equipa multidisciplinar, com um psicólogo clínico, um enfermeiro, um assistente social e um animador sociocultural. Mais: estabelecemos protocolos com diversas entidades, entre as quais a Unidade de Saúde da Ilha Terceira, que nos permite encaminhar utentes consoante as situações que sinalizamos, tornando os processos mais céleres na salvaguarda da dignidade humana e da saúde pública. Por outro lado, os nossos alunos de enfermagem da Escola Superior de Saúde também interagem e estagiam com os nossos profissionais de saúde, num ambulatório de boas práticas que serve as populações. Tivéssemos nós um clínico de medicina geral e familiar e poderíamos chamar a esta unidade um centro de saúde ambulante... Mas acredito que não existem impossíveis. Basta sonharmos, diagnosticarmos a necessidade desta resposta e a tutela ser desafiada para poder corresponder, não ao nosso sonho mas às necessidades das populações rurais dos Açores. Esta unidade móvel vem promover a literacia da saúde em todos os seus domínios e, se fosse enriquecida por um clínico de medicina geral e familiar, teria obviamente maior autonomia e capacidade de resposta. E não me escandalizaria nada que o Haja Saúde possa ser replicado por outras IPSS em outras ilhas. Temos que ter a capacidade e abertura de rentabilizar os recursos e capacidades instaladas para o serviço do bem comum.

Até onde vai, afinal, a unidade móvel do Haja Saúde?

A unidade Haja Saúde vai para as populações mais rurais, vai às escolas, aos festivais de música, às empresas... vai até onde houver



caminho e mesmo às outras ilhas, se for preciso. Por isso, estamos a projectar que, num contexto de diversão nocturna, durante o próximo Verão, possamos estar em parceria com os outros municípios, a integrar e a levar as boas práticas, numa óptica de proximidade, prevenindo para os riscos associados a determinados consumos e informando sobre os mecanismos de defesa que estes jovens poderão adoptar em contextos de diversão nocturna. Estamos lá, não para proibir mas para os escutar, os ajudar e para quebrar mitos. Estou certo que os outros municípios da região nos irão acolher e, nesse sentido, nos dias 24 e 25 de Novembro iremos promover o I Fórum Regional Carta Aberta à Prevenção, para o qual já está convidada a Associação de Municípios que, assim, deverá marcar a sua presença e co-responsabilidade nestas matérias.

Presumo que outras ideias estejam a germinar na sua mente, no sentido de assegurar uma ainda melhor cobertura social à Ilha Terceira...

DS – Confesso que, a este nível, ideias não me faltam e gostaria de as ver materializadas em projectos concretos mas também sei que temos que dar tempo ao tempo, até porque esta é uma máquina nova. Gostaria que criássemos uma estrutura que servisse toda a ilha Terceira, de forma especial a zona oeste. Na minha óptica, deveria ser constituído um centro de respostas integradas, que incluísse valências sociais e educacionais, com oferta na área formativa e social, na área da psicomotricidade, eventualmente cuidados continuados... Há uma série de questões a explorar e potenciar, tendo igualmente por base o empreendedorismo e a inovação social. A Casa do Povo tem um Pólo de Empreendedorismo Social, que eu coordeno, dividida em núcleos como o de Intervenção Comunitária, de Intervenção Pedagógica, de Desenvolvimento Rural, de Gestão de Projectos e, por fim, o Núcleo de Promoção da Saúde, responsável pela coordenação do Âncora e do Haja Saúde. Com base nisto, há três anos foi apresentado e subscrito pelo Sr. Presidente do Governo o Oeste +, um projecto que visa a operacionalidade económica, social e territorial do emprego. Diria que o Oeste + é a casa mãe que alberga todos estes projectos. Para operacionalizarmos estes projectos temos o Pólo do Empreendedorismo Social, com estes cinco núcleos que fazem girar toda esta máquina.

Em concreto, quais são as valências sociais oferecidas pela instituição?

DS – No âmbito do Núcleo de Intervenção Comunitária, temos três valências sociais: o ATL, o centro de dia e o centro de convívio. Temos banco alimentar, uma cantina social e um serviço dedicado ao levantamento e produção de relatórios sobre habitações degradadas que depois encaminhamos para a Direcção Regional da Habitação. Além disto, temos a Rede Integrada de Apoio ao Cidadão, uma estrutura que oferece os serviços comuns a uma Loja do Cidadão. O Núcleo de Promoção da Saúde oferece consultas de psicologia, o projecto Âncora e o Haja Saúde. O Núcleo de Intervenção Pedagógica actua em estreita colaboração com a Direcção Regional de Emprego para a capacitação dos activos que não possuem a escolaridade obrigatória e que podem concluí-la através da Rede Valorizar, bem como para a formação de outros públicos-alvo ou para o apoio e orientação do Tudo a Saltar face ao abandono e insucesso escolar. O Núcleo de Desenvolvimento Rural coordena o projecto EIRA – excelência e inovação na ruralidade e agricultura – que desenvolvemos em estreita colaboração com a Direcção Regional do Desenvolvimento Agrário. Já realizámos sete sessões de esclarecimento sobre temas como a preservação dos solos, adubagem, ambiente, pesticidas, plásticos, entre outros. E estamos a preparar outro projecto nesta área do empreendedorismo social face ao turismo sénior e aos recursos endógenos, o que se interliga com o desenvolvimento rural e com o EIRA.

Será caso para perguntar o que não faz a Casa do Povo de Santa Bárbara...

DS – Não dorme, não descansa...

Com tantas valências, como sobrevive financeiramente a instituição?

DS – Desde logo, aqui funciona-se muito na base da carolice, do espírito de missão e da paixão. Obviamente, depois existe a vertente financeira, que é importantíssima mas a verdade é que o sentido de abertura é um dos nossos maiores garantes de sustentabilidade. Nós não usamos relógio biométrico. Se tenho que revelar flexibilidade face aos utentes também o tenho que fazer relativamente aos meus colaboradores. A minha perspectiva baseia-se no princípio da verdade, da lealdade, da partilha e da proximidade. É isso que temos feito. Já tivemos colaboradores com necessidades de apoio aos mais diversos níveis e nós sempre estivemos lá para ajudar. Mas, se lhes pedir que entrem às 10h e que saiam à meia-noite, eles prontificam-se.





**LUÍS CABRAL,
SECRETÁRIO REGIONAL
DA SAÚDE**

“Levar a promoção da saúde a toda a população açoriana”

Parafraseando uma expressão daqueles actores que afirmavam que “a saúde vai de rodas”, pergunto-lhe como será possível a mesma “ir de rodas” até nove ilhas...

Luís Cabral (LC) – “Vai de rodas” para nove ilhas muito por conta do nosso sistema transporte marítimo que, sobretudo na altura do Verão, nos permite termos regulado transportes de viaturas entre todas as ilhas. É precisamente nessa altura que se concentra a maior parte das actividades de festivais e outros eventos municipais e de freguesias, um momento de excelência para levarmos “de rodas” e a todo o lado estas questões relacionadas com a promoção da saúde. Temos uma boa rede regional de centros de saúde, de hospitais e postos de saúde de proximidade, no entanto, esta questão da promoção da saúde precisava de “mais rodas”. Nesta associação com a Casa do Povo de Santa Bárbara, podemos criar “rodas” diferentes das que compõem a estrutura governamental e levar a promoção da saúde a toda a população açoriana.

É o primeiro projecto integrado?

LC – É o primeiro de uma nova fase de projectos que entendemos que se adequam mais a esta realidade. Esta problemática da promoção da saúde está longe de ser apenas regional, adquirindo mesmo uma escala nacional e mundial, no entanto, os indicadores da Região Autónoma dos Açores não têm sido muito favoráveis. Por isso, acreditamos que era necessária uma dinâmica diferente que, na nossa perspectiva, só é possível se houver intervenientes e estruturas locais que, conhecendo as problemáticas de cada freguesia e as pessoas e famílias nome a nome, possam levar esta mensagem e dinamizar a intervenção. Passámos por uma fase

anterior em que foram desenvolvidas várias iniciativas governamentais de promoção da saúde de âmbito global que tiveram o seu impacto mas não produziram os resultados desejados. Nesta nova dinâmica, procuramos potenciar uma significativa envolvimento da sociedade porque, se esta não quiser mudar comportamentos, nada disto é possível. E iremos avaliar de forma muito concreta estas iniciativas. No início do mandato, lançámos um estudo pioneiro subordinado à vigilância de comportamentos de risco na população escolar, que irá permitir avaliar a intervenção no âmbito destas iniciativas. Desta forma, procuraremos perceber como poderemos modelar esses comportamentos de risco e as próprias respostas instaladas.

Em que medida poderá essa desejada mudança de comportamentos passar por este tipo de projectos e por uma abordagem destas questões de uma forma mais descontraída junto dos jovens?

LC – Entendo que as mudanças comportamentais passam por todas as questões que achamos que podem ser adequadas. Relativamente a esta área, neste momento, queremos ter uma mente aberta, ou seja, por abordagens mais radicais, mais clássicas, por sermos capazes de falarmos na linguagem dos próprios alunos... Isto vai exigir várias intervenções e, por isso, lancei hoje o repto para que outras entidades implementem abordagens diferentes e assumam a entrada neste novo sistema de avaliação e implementação de projectos para que possam testar as suas abordagens. Qualquer entidade que tenha uma ideia muito concreta sobre uma abordagem dentro destas temáticas poderá associar-se a este modelo de intervenção, escolher por exemplo uma escola e aí implementar o seu modelo de intervenção. No final do ano, iremos ter uma noção clara se essa intervenção foi ou não positiva, de acordo com o estudo de vigilância sobre os comportamentos de risco.

Qual é o valor do investimento nesta nova unidade móvel do Haja Saúde?

LC – Esta unidade móvel custou 64 mil euros e foi financiada pelo Governo Regional. Trata-se de um projecto que esperamos vir a ter uma duração de dois anos nesta fase inicial, representando na totalidade do horizonte temporal um investimento total de cerca de 200 mil euros, incluindo a tal unidade móvel, para que possa demonstrar os seus resultados de acordo com o que expliquei. Será devidamente avaliado e, caso demonstre resultados positivos, será reforçado. Caso não demonstre os resultados que esperamos, será alvo de uma reestruturação. No entanto, com a dinâmica a que temos assistido por parte da Casa do Povo de Santa Bárbara, penso tratar-se de um projecto claramente destinado ao sucesso. Este projecto Haja Saúde surgiu na sequência de outro projecto anterior, o Âncora, em que a Casa do Povo de Santa Bárbara, contra tudo e contra todos, conseguiu mobilizar inúmeros agentes em prol de um objectivo comum. Em suma, com esse projecto, a Casa do Povo de Santa Bárbara demonstrou uma enorme capacidade mobilizadora e dinamizadora nesta área, daí este voto de confiança por parte do Governo Regional dos Açores para este novo passo do Haja Saúde.





ANDREIA CARDOSO, SECRETÁRIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS

***“Articular
a saúde e a
acção social
a todos os
públicos”***

Que objectivos visa esta ligação entre o social e a saúde?

Andreia Cardoso (AC) – O que se deseja é que a ligação entre as duas áreas seja cada vez mais profunda. Naturalmente, da articulação entre a saúde e o domínio da acção social ou solidariedade resultam grandes vantagens para todos os públicos. Quer a área da saúde, quer a da solidariedade social trabalham com todos os grupos etários e há toda uma conveniência em que essa interligação e articulação sejam cada vez mais profundas. E isso tem-se verificado em diversas áreas, designadamente na intervenção precoce, em que não só entre a saúde e a solidariedade social mas também com a educação em que se verificou durante esta legislatura um aprofundamento da articulação, que resultou na criação de equipas de intervenção precoce em todas as ilhas e na operacionalização dessas equipas. Foi ministrada formação a todos os elementos e garantida a definição de critérios iguais em todas as ilhas, o que permite que tenhamos neste momento uma intervenção idêntica em todas as ilhas e, nesse domínio, desde as mais tenras idades, detectarmos as situações que carecem de um acompanhamento mais próximo. E dei o exemplo da intervenção precoce como poderemos dar este de hoje, ao nível dos mais idosos, em que existem claras vantagens na promoção do envelhecimento activo resultantes da articulação entre os domínios da saúde e da solidariedade social. Naturalmente, a solidariedade tem um conjunto de respostas sociais que vão desde os centros de convívio a centros de dia e estruturas residenciais protocoladas com um conjunto de IPSS e Misericórdias e, havendo essa preocupação de cada uma das instituições e do Governo Regional, é muito importante que existam outras instituições, como a Casa do Povo de Santa Bárbara, que tem uma acção não só interdisciplinar mas também intergeracional, que permite ainda articular domínios como o

da alimentação saudável. São preocupações comuns e, embora a intervenção de cada uma das entidades tenha objectivos distintos, existe naturalmente interacção.

Este projecto afigura-se extremamente ambicioso, porquanto pretende aproximar a saúde das pessoas... Acredita que terá “pernas para andar”?

AC – Creio que sim porque, na verdade, também no domínio da solidariedade social temos tentado definir a nossa rede de serviços e equipamentos sociais dispersos e de proximidade. A título de exemplo, o serviço de apoio ao domicílio é realizado nas localidades, resultando a vantagem de a saúde chegar às freguesias mais distantes dos grandes centros. Todas as pessoas têm que ter um acesso igual à saúde e é precisamente isso que aqui se promove, a acessibilidade a serviços de saúde ou a rastreios, nomeadamente quando falamos no domínio dos idosos. Naturalmente, essa é uma política transversal aos vários domínios do Governo Regional: procurar garantir a acessibilidade. É verdade que este serviço, para já, apenas existe aqui mas isso não significa, de forma alguma, que não venha a estender-se às outras ilhas. Se constataremos que funciona e resulta, isso poderá levá-lo a outros territórios.

Na realidade açoriana, temos nove ilhas, o que representa uma enorme dispersão ao nível da intervenção e a necessidade de um investimento mais avultado. Após quatro anos de sucessivos cortes, haverá a esperança de se virem a desenvolver respostas mais credíveis e que minimizem os recentes atentados aos direitos das pessoas mais carenciadas?

AC – Acho que já existem sinais concretos nesse sentido. Na região, a autonomia permitiu-nos eventualmente mitigar alguns dos factores que foram de facto muito penalizadores, sobretudo no contexto social mas igualmente no económico. Mas a verdade é que foram de tal forma gravosos, que mitigámos mas não reduzimos aos níveis que desejaríamos. Há sinais claros da retoma de uma preocupação social, designadamente nos apoios sociais, com o que já foi feito ao nível do RSI e do complemento solidário para idosos, que já são elementos que nos permitem encarar os problemas noutra perspectiva. E o próprio Programa do Governo a nível nacional, que encara o combate à pobreza como um grande objectivo, constitui um sinal de que os próximos anos marcarão um olhar diferente sobre estas temáticas.





Dia Nacional do Mutualismo

25 de Outubro

A **REDEMUT - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MUTUALIDADES** convida-o(a) para a celebração do Dia Nacional do Mutualismo, data basilar do Movimento Mutualista.

Neste evento serão debatidas algumas das principais preocupações sobre complementaridade, sustentabilidade e actualidade do Mutualismo enquanto sistema de protecção social.

A sua presença e contributo para a reflexão sobre estes temas serão da maior importância para a afirmação do Mutualismo enquanto parceiro económico e social.

Inscreva-se e confirme a sua presença até dia 17 de Outubro para:

RedeMut- Associação Portuguesa de Mutualidades

Rua Júlio Dinis, 160 | 8º 4050-318 Porto

T 220 004 130/1/4

E-mail: geral@redemutapm.pt

PROGRAMA

Auditório da Companhia de Seguros Lusitânia

Rua de São Domingos à Lapa, 35

A entrada deverá ser feita pela Rua do Prior

10h00: Acreditação

10h30 Abertura: Mutualismo, actualidade e sustentabilidade

Joaquim Teixeira Rocha: Presidente da Mesa da Assembleia Geral da RedeMut

Fernando Medina: Presidente da Câmara Municipal de Lisboa (*)

José Vieira da Silva: Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (*)

11h30 Mutualismo e protecção social no século XXI

Moderador: Pedro Bleck da Silva - Vice Presidente da RedeMut

Abdelaziz Alaoui: Vice Presidente da Association Internationale de la Mutualité (AIM)

Stéphanie Soares: Administradora da Mutualité Française

Edmundo Martinho: ex-Presidente da International Social Security Association

António Tomás Correia: Presidente do Conselho de Administração da Associação Mutualista Montepio Geral

13h00 Almoço

14h30 A complementaridade do sector mutualista na sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde

Moderador: Jorge de Sá - Presidente do CIRIEC Portugal e membro do CNES

António Arnaut: ex-Ministro da Solidariedade e fundador do SNS

Manuel Pizarro: ex-Secretário de Estado da Saúde

Maria de Belém Roseira: ex-Ministra da Saúde

Mário Jorge Neves: Presidente da Federação Nacional dos Médicos

17h00 Encerramento: Mutualismo, um parceiro para a saúde em Portugal

José Luís Ferreira: Presidente do Conselho de Administração da RedeMut

Adalberto Campos Fernandes: Ministro da Saúde (*)

(*) a confirmar