

# dependências



EDMUNDO MARTINHO, PROVEDOR DA SCML

**“PRECISAMOS DE  
CONSOLIDAR O  
QUE FAZEMOS”**

PAULO CALDEIRA, ENFERMEIRO E  
COORDENADOR DA ÁREA DE SAÚDE DO  
SERVIÇO DE APOIO INTEGRADO

**“FARIA TODO  
O SENTIDO  
ESTARMOS  
ABERTOS  
24 HORAS  
POR DIA”**



**LISBON  
ADDICTIONS  
2022**

*Global Addictions*  
**23–25 Novembro**

LISBOA, PORTUGAL

# PORTUGAL, QUEM TE VIU E QUEM TE VÊ!



Todos sabemos um pouco (deveríamos saber mais) sobre Portugal e a sua história, mas deixo isso para os historiadores. Hoje, decidi fazer uma breve reflexão sobre os últimos 100 anos de Portugal e dos portugueses, e falar sobre os factos que importa não esquecer e muito menos ignorar.

Não quero falar do Portugal do Fado, que nos retrata a angústia, saudade, melancolia, dor, degredo, faca e alguidar, nem do fanatismo e mercantilização do futebol, que aliena as nossas consciências e, muito menos, do fenómeno de Fátima, dos milagres, peregrinações, sofrimentos, medos e rituais.

Quero falar do povo de Portugal, de quem tão pouco se fala, que faz parte deste canto retangular à beira-mar plantado, de onde partiram as caravelas na busca de mundo novo e desconhecido, que por mares nunca antes navegados, nos cantaram os feitos gloriosos que alimentaram as nossas almas durante longos e intermináveis anos, porque das armas e dos barões que nos foram assinalando se esqueceram do nobre povo, duma nação valente que deambulava pelas ruas perigosas, à fome e ao frio, mais do que permitia a força humana. Quero falar do Portugal europeu, dos feitos gloriosos, dos homens e mulheres que por obras valorosas se opuseram aos velhos do restelo e que nunca deixaram de lutar pela dignidade, pelo fim da escravatura, pela liberdade e democracia, que a terceira república, mais conhecida como "Estado Novo", um regime político ditatorial, autocrata e corporativista, de inspiração fascista, que desgovernou Portugal durante mais de quatro décadas e que submeteu os portugueses à maior das misérias alguma vez vista na Europa.

Sim, é deste povo que quero falar, sem esquecer os mais de quarenta anos, de um Portugal fechado, autoritário, repressivo antiparlamentar e de partido único gerido por amigos, caciques locais e bajuladores de um poder oligárquico ditatorial e déspota, suportado por uma política baseada no medo, no terror e na ignorância, que conduziu o país para uma economia do terceiro mundo, predominantemente rural mas sem proveito ou sustento, e com o rendimento por capita mais baixo da Europa. Não, enquanto respirar, nunca esquecerei os mais de quarenta anos de prisões e de torturas a um povo que teimava em lutar para que o nome de Portugal fosse respeitado. E foram os portugueses que, apesar da "fome da guerra, das prisões e da tortura" libertaram finalmente Portugal e restituíram a liberdade aos portugueses. Instauraram a democracia, libertaram os presos políticos, permitiram a criação de partidos políticos, a entrega dos sindicatos aos trabalhadores, acabaram com a guerra colonial, criaram o poder local democrático, instauraram a igualdade de género e permitiram, pela primeira vez a todos os cidadãos, o direito de votar, eleger e ser eleito.

Hoje, mais do que nunca, é importante falar de Portugal e dos portugueses aos nossos jovens, recordar que o país já não é o que era e que, apesar das dificuldades, somos hoje mais donos do nosso destino... mas nem sempre foi assim.

No regime do Estado Novo, os trabalhadores não tinham direitos. Trabalhavam mais de 48 horas por dia e as remunerações eram miseráveis. Com a revolução de abril, os trabalhadores conquistaram o salário mínimo nacional 3.300\$00 (16,5 Euros por mês), que veio beneficiar cerca de 50% da população ativa e que, na função pública, abrangeu mais de 68% dos trabalhadores. Hoje, o salário mínimo nacional é de 705,00 euros. Além disto, os trabalhadores conquistaram o direito a férias, a subsídio de férias e de Natal, à semana de 5 dias de trabalho e 8 horas por dia.

Sim, este era o Portugal de mão de obra intensiva, de salários miseráveis, sem direitos sociais, sem direito à saúde e à educação. Hoje, apesar dos gravíssimos problemas, das dificuldades, insuficiências e constrangimentos, não podemos esquecer aquilo que foi uma das maiores conquistas da nossa democracia: o Serviço Nacional de Saúde, que nada tem a ver com o depauperado e degradante sistema que herdámos desse Portugal velho, caduco e fechado, que se orgulhava de ter uma das maiores mortalidades infantis da Europa. Sim, não posso nem quero esquecer o Portugal das ilhas e dos bairros de lata, da pobreza e da miséria, da taxa de mortalidade infantil ou da enorme quantidade de analfabetos, em que os pobres não tinham acesso nem direito ao ensino superior... nesse Portugal orgulhosamente só e mal-acompanhado.

Sim, Portugal tem uma longa história, conviveu com imensos povos, ibéricos, muçulmanos, teve crises, guerras, conquistas e reconquistas, senhor de um poderoso império marítimo, combateu os diversos velhos do restelo, até que um dia foi restituído aos portugueses. Hoje, Portugal é uma república soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade de um povo que, desde sempre, se empenhou na construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Que assim o saibamos preservar, resistindo estoica e pragmaticamente às múltiplas tentativas de assalto de que, diariamente, somos alvo. Que nunca esqueçamos os valores que, acredito, ainda hoje nos definem enquanto povo, pois esses serão o mais resistente escudo a qualquer tentativa de assalto pelo populismo fútil e sedento de poder...

*Sérgio Oliveira, director*

**dependências**  
SÓ PARA PROFISSIONAIS

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

SERVIÇO DE APOIO INTEGRADO 12 MESES DEPOIS

# SÃO PESSOAS QUE TRATAMOS



foto agencia lusa



O Serviço de Apoio Integrado, é uma resposta promovida pela Câmara Municipal de Lisboa e tem a gestão técnica da Associação Ares do Pinhal. O SAI iniciou a sua atividade a 12 de março de 2021 e encontra-se em pleno funcionamento desde o dia 18 de maio desse ano.

Este serviço pretende responder às pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências que, por diversas razões, fazem o seu consumo em espaços públicos e a céu aberto, e situa-se na Rua Quinta do

Loureiro, nº 14, na freguesia de Campo de Ourique da cidade de Lisboa. O serviço é constituído por um espaço para o consumo endovenoso e um espaço para o consumo fumado, ligados através de um espaço intermédio para a equipa técnica, um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, um espaço de acolhimento/ações de informação e sensibilização/convívio (sala café conforto), um gabinete de apoio psicossocial, lavandaria, casas de banho e balneários.

A revista Dependências, ouviu Paulo Caldeira enfermeiro e coordenador da área de saúde, e reproduz uma parte do relatório elaborado pela equipa do Serviço de Apoio Integrado, que tem como objetivos a promoção da dignidade e a educação para a saúde da pessoa com comportamentos aditivos e dependências, reduzir riscos e danos relativamente à saúde física, promover a saúde pública contribuindo para a redução do contágio de doenças transmissíveis, trabalhar a responsabilidade e o enquadramento social do indivíduo, reduzir o ruído social na comunidade envolvente e promover a higiene urbana. Propondo-se para isso promover um conjunto de serviços como a Sala café-conforto (acolhimento, alimentação/snacks, bebidas quentes, leitura, internet, televisão, cacifos, espaço para animais de companhia), com apoio de técnicos psicossociais, monitores e pares, cuidados médicos e de enfermagem, de lavandaria, higiene e roupa e atividades de educação para a saúde.

Com uma equipa multidisciplinar de 25 profissionais o serviço funciona durante 11 horas por dia, e 6 horas aos fins de semana e feriados. Um tempo muito insuficiente para as necessidades das pessoas.

## Resultados

Os principais resultados decorrentes da atividade do SAI desde o seu início em março de 2021 até à data do relatório, março de 2022.

Apesar do projeto ter tido o seu início oficial em março de 2021, até maio desse ano a intervenção centrou-se na sensibilização e divulgação dos seus objetivos, quer junto da população alvo quer junto da comunidade envolvente deste serviço. Os primeiros 2 meses serviram para que o trabalho efetuado fosse sendo apresentado aos vários parceiros e população em geral, por forma a diminuir o possível impacto negativo e favorecendo a boa comunicação e vizinhança. Nesse sentido, foram introduzidos apenas os serviços considerados mais básicos para colmatar algumas das necessidades da população com CAD, ou seja, a higiene, a alimentação e a possibilidade de terem acesso a banco de roupa. Após este período inicial foi posto a funcionar o Programa de Consumo Vigiado (PCV) com a abertura das salas de consumo fumado e endovenoso, em maio de 2021. Por esta razão alguns dos dados relacionados com a população utilizadoras de drogas só têm início a partir de maio.

### Sala de Consumo Endovenoso

A sala de consumo endovenoso é um espaço seguro e asséptico, onde os utilizadores de drogas por via injetada podem realizar os seus consumos com a supervisão da equipa técnica.

### Sala de Consumo Fumado

A sala de consumo fumado é um espaço seguro e higiénico, onde os utilizadores de drogas por via inalada realizam os seus consumos, igualmente com a supervisão da equipa técnica.

### Prevenção de Overdoses

A equipa do PCV está preparada para responder em situações de emergência, nomeadamente em situações de overdose. Todos os enfermeiros que prestam cuidados no SAI, têm cursos de Suporte Avançado de Vida e/ou Suporte Básico de Vida + DAE. Aliado a estes cursos, salienta-se o facto de possuírem experiência profissional em serviços de urgência e/ou unidades de cuidados intensivos, em centros hospitalares de Lisboa.



## Enfermagem



Sendo que a equipa do SAI tem um enfermeiro em permanência, tentamos colocar à disposição dos utentes um leque de cuidados aos quais eles poderiam ter acesso, tais como pensos, consultas de enfermagem, administração de medicações, avaliação de sinais vitais, etc.

No entanto não estávamos preparados para o número de utentes que recorre ao SAI, nem para o fluxo de solicitações que apresentam. Deparámos-nos com utentes com feridas, devidos aos consumos, mas não só, que têm procurado a nossa equipa, ao invés de se dirigirem aos serviços de cuidados de saúde primários.

Para além do elevado investimento monetário em material para a realização de pensos, também o investimento em horas de enfermagem tem sido considerável.

Tornou-se evidente que se a todos os atos de enfermagem praticados, associarmos os ensinamentos e apoio aos consumos em ambas as salas, sobretudo endovenoso, e os cuidados que queríamos implementar como os rastreios de doenças infecciosas, a presença de um só enfermeiro no SAI é manifestamente insuficiente.

## Serviços integrados

Ao entrarem no SAI os utentes dirigem-se à receção. Neste posto é efetuada quer a admissão dos utentes que vêm ao espaço pela primeira vez (onde devem informar nome, data de nascimento, situação habitacional, nacionalidade e via de consumo, para além de ficarem a conhecer as regras de funcionamento do espaço e assinarem uma declaração de admissão), quer a triagem e encaminhamento dos utentes já inscritos para as várias valências do SAI. A receção também dispõe de um programa de troca de seringas. O técnico na receção está em constante articulação com o PCV, e devido à grande quantidade de pessoas que recorrem às salas de consumo, é um desafio acrescido gerir as listas de espera para a utilização destes espaços, uma vez que muitos utentes já chegam ao SAI com sintomas de privação e grande ansiedade. Realça-se que a receção faz cerca de 200 atendimentos/dia.

## Alimentação

À data deste relatório, tinham sido distribuídos 16990 snacks (café com leite, leite simples, frutas, sandes, iogurtes, bolachas, sopas, etc.). É de referir que algumas pessoas já estabeleceram uma rotina em que o SAI surge como ponto de partida para do seu dia, fazendo a sua primeira refeição nesse espaço, momento que também proporciona uma maior interação da equipa com os utentes. Outro aspeto relevante a ser destacado, é que a quantidade de pessoas que recorre ao SAI para fazer as suas refeições, em média 150 pessoas por dia, pode ser indicativo da situação de vulnerabilidade em que muitos utentes se encontram e a falta de ligação à rede formal de suporte social.

## Banhos

Até à conclusão deste relatório haviam já sido contabilizados 1416 banhos, tendo sido esta a primeira atividade a iniciar no SAI. Destaca-se a mais-valia deste serviço visto que mesmo com um horário limitado (12h00 às 14h00), temos em média 6 pessoas por dia a recorrer ao espaço para fazer a sua higiene pessoal. Os utentes que recorrem a esse serviço têm ainda a possibilidade de fazer a barba e cortes de cabelo realizados pela equipa técnica.

## Roupas

Além da higiene pessoal os utentes do SAI podem aceder ao banco de roupa e à lavandaria, contabilizando-se 2659 roupas doadas. O serviço de lavandaria é muito utilizado pelas pessoas que se encontram em situação de sem-abrigo ou que estão em situações mais vulneráveis e sem acesso a máquinas de lavar roupa em casa/quarto.

## Zona de convívio

O café-conforto conta com uma média de 40 utentes por dia que vão permanecendo no espaço e que têm acesso à computadores/internet, jogos, revistas, livros, sessões de educação de temas relacionados com a saúde e o consumo, desenvolvidas pela equipa técnica e onde os técnicos também vão tentando identificar necessidades junto dos utentes e realizar os encaminhamentos necessários (consultas de clínica geral, pensos, balneários, atendimentos psicossociais, lavandaria, etc). Importa referir que durante todo o período de funcionamento do SAI temos apenas 2 ou no máximo 3 técnicos para assegurar todas as atividades elencadas anteriormente.

## Equipa Comunitária

Desde a fase anterior à abertura do SAI, a equipa comunitária desloca-se de segunda à sexta-feira à rua com o objetivo de contactar e motivar os utentes que realizam os seus consumos em espaço público para que consumam na sala. É ainda da responsabilidade desta equipa a recolha de resíduos de material de consumo (fumado e endovenoso), descartados nas imediações do SAI além de atender as sinalizações da comunidade e entidades parceiras.

Foi também aumentado o tempo de intervenção da equipa na rua, passando de meia hora para uma hora por dia. De referir que desde que a equipa iniciou intervenção na rua até ao presente momento, foram recolhidas 13776 seringas na via pública.



## Acompanhamento Psicossocial

Este serviço é assegurado por técnicos superiores (psicólogos e assistentes sociais) e tem como objetivo traçar o perfil e identificar as necessidades individuais dos utentes que frequentam o SAI, fazendo a ligação dos mesmos à rede de cuidados formais de saúde e sociais e mediando a relação entre estes e os serviços. Até ao momento foram realizados 980 atendimentos psicossociais.

## Intervenção

Neste capítulo são abordados os dados sociodemográficos, bem como os dados de saúde e psicossociais apurados até a data da população abrangida pelo SAI.

## Dados Sociodemográficos

O Serviço de Apoio Integrado (SAI), no período compreendido entre 12 de março de 2021 e 11 de março de 2022, conta com 1166 utentes inscritos.

No que respeita ao género, nota-se um grande destaque no género masculino (85%) em relação ao feminino (15%).

## Idade

A média de idades dos utentes inseridos no SAI é de 44 anos. A idade mínima é de 20 anos e a idade máxima de 70 anos. No que respeita

ao género feminino, a média de idades é de 43 anos, estando a maioria das mulheres entre os 35 e 54 anos (128). Relativamente ao género masculino, a média de idade é 49 anos e, tal como no caso do género feminino a grande maioria dos homens encontra-se nos escalões etários entre os 35 e os 54 anos (736).

## Nacionalidade

No que concerne à nacionalidade e, como seria expectável, uma parcela significativa é de nacionalidade portuguesa, sendo ainda de referir que as restantes nacionalidades mais expressivas são a Indiana, Nepalesa, Brasileira, Cabo Verdiana, Ucrainiana, Moldava, Angolana e Afegã, por esta ordem.

## Situação Habitacional

Este dado é um dos que maior resistência e/ou desconforto os utentes têm em fornecer.

Constatamos que 86% dos utentes reside em Lisboa ou nos concelhos limítrofes, que referem frequentar diariamente a capital, seja por motivos profissionais ou relacionados com o consumo, dado a Quinta do Loureiro ser um bairro de tráfico de referência há muitos anos.

Realça-se que 21% da população inscrita no SAI refere encontrar-se em situação de sem-abrigo.

## Padrão de Consumo



Neste ponto, analisaremos a atividade do PCV ao longo do primeiro ano de funcionamento do SAI.

Para uma correta análise dos números que se seguem, é importante referir que a abertura da sala de consumo endovenoso ocorreu a 18 de maio de 2021. A abertura da sala de consumo fumado ocorreu uns dias depois, a 24 de maio de 2021. É também importante notar que, devido à implementação de um plano de contingência para dar resposta à pandemia Covid-19, em janeiro de 2022, o SAI esteve aberto menos 2 horas por dia. Finalmente, referir que os números apresentados compreendem o período de 18 de maio de 2021 a 28 de fevereiro de 2022.

De acordo com os dados anteriormente referidos, podemos inferir que, mais de metade dos consumos endovenosos (3465 de 6889) aconteceram nesses últimos três meses. Tal facto, fez com que a média diária destes consumos tivesse quase duplicado (de 24,2 para 39,4). Esta tendência é menos perceptível no consumo fumado, tendo ainda assim, a média de consumos diários passado de 60,7 para 64,9.

Por tudo o que acabámos de referir, o consumo endovenoso, que tinha uma representação de 29% dos consumos totais do primeiro ano, atinge o valor de 38% nos últimos três meses

## Episódios de Consumo Vigiado – Fumado

Até ao final de fevereiro de 2022 haviam sido registados 16.942 episódios de consumo fumado.

Relativamente às diferenças de consumo entre géneros conseguimos apurar que nas mulheres o consumo de cocaína (cocaína base) é superior ao consumo de heroína+cocaína. No que respeita aos homens, o consumo de heroína é o mais significativo, seguido do consumo de heroína+cocaína.

## Episódios de Consumo Vigiado – Endovenoso

No mesmo período, ou seja, até final de fevereiro de 2022, haviam sido registados 6.889 episódios de consumos endovenosos,

Para os episódios de consumo endovenoso podemos observar que a maior parte está relacionado com o consumo de heroína+cocaína (“mistas”), seguido da heroína e cocaína de forma isolada, ambas com valores semelhantes.

## Material de Consumo

Para a existência de materiais de RRMD, é fundamental a colaboração com o Programa Nacional de Troca de Seringas da DGS, com o qual, desde início, o SAI tem uma estreita articulação.

Esta estratégia fez com que fosse possível recolher 142 contentores de 5L e 80 contentores de 10L, o que equivale a um total de 76400 seringas/agulhas.

## A importância da enfermagem



Quando idealizámos o que seria o papel do enfermeiro no SAI, achámos fundamental que esse papel não se resumisse ao trabalho no PCV. Sabíamos que os nossos utentes nos colocariam outros desafios. Desde logo a realização de tratamentos, como pensos ou administração de medicações.

Associado a tudo isto, era fundamental perceber a situação de saúde destas pessoas, até porque uma grande parte delas, não se dirige aos serviços de saúde convencionais. Como tal, sabíamos que as consultas de enfermagem seriam uma necessidade diária, dadas as condições limite que muitos dos nossos utentes apresentam.

Foram rastreadas 60 pessoas diferentes, o que equivaleu a 180 testes rápidos para VIH, VHB e VHC.

No que ao VIH diz respeito, tivemos 4 testes reativos, ou seja, uma percentagem de 6,7%. Todos os utentes com teste reativo, já tinham conhecimento dessa situação. Dois deles já faziam medicação antirretroviral e foi possível iniciar tratamento aos outros dois utentes.

Quanto ao VHB, foi apenas 1 teste reativo, o que equivale a 1,7%.

Já no VHC, tivemos 37 testes reativos, sendo esse número correspondente a 61,7% da população testada. Importa referir que foi possível realizar teste de RNA viral a 23 destes utentes, sendo que 14 deles tinham reatividade para esse teste (23,3% do número total de testados e 60,9% dos reativos para o anticorpo do VHC). Estes 14 utentes foram referenciados para unidades hospitalares.

Foram também realizados 10 rastreios para a Tuberculose (com a colaboração do Centro Diagnóstico Pneumológico).

## Saúde

Uma das valências que o SAI disponibiliza aos seus utentes é uma consulta de clínica geral. Esta consulta realiza-se uma vez por semana, à terça-feira de manhã. Desde a abertura do SAI, foram realizadas 124 consultas.

Sendo que esta população é avessa a dirigir-se aos cuidados de saúde, a possibilidade de terem acompanhamento médico no SAI é fulcral, pois é nestas consultas que, muitas vezes, se faz a avaliação e diagnóstico de situações

rastreadas pela equipa. É disso exemplo, o caso do utente que, tendo um pacemaker, o mesmo se encontrava sem pilha há dois anos. Foi feita referência a uma unidade hospitalar, onde o utente foi observado, tendo-se procedido à substituição da bateria.

Foi colocada em prática, uma parceria entre o SAI e o Hospital de Santa

## Maria.

Foi também através desta parceria que foi possível referenciar e iniciar processo, para tratamentos para o VHC.

## Encaminhamentos

Desde o início do projeto até ao presente momento, foram realizados 411 encaminhamentos, dos quais 130 encaminhamentos de saúde (hospitais, centros de saúde, consultas de especialidade, etc.) e 281 encaminhamentos sociais (emergência social, UDIPS, centros de emergência, centros de acolhimentos, albergues, etc.).

## Episódios Adversos

No primeiro ano do projeto, foram registadas 10 overdoses dentro da sala de consumo endovenoso, todas elas revertidas com sucesso com recurso à Naloxona, uma vez que, em todas elas, o consumo associado tinha sido heroína.

A equipa do SAI foi chamada para três situações de overdose nas matas/canaviais que se encontram nas imediações do espaço.

Na segunda situação, a equipa deparou-se com um indivíduo em paragem respiratória, tendo realizado manobras de suporte básico de vida e administração de 2 fórmulas de Naloxona nasal, conseguindo reverter a paragem respiratória.

Chamamos atenção para a urgente necessidade de distribuição de Naloxona entre os utentes, bem como a necessidade de formação individual dessas pessoas de forma a capacitá-las para atuar em situações de overdose. Reforçamos ainda que a equipa não teve que lidar só com overdoses, aconteceram diversos episódios de taquicardia associados a consumos de cocaína. Também associados a estes consumos, houve cinco episódios de surtos psicóticos, os quais foram revertidos com recurso à medicação.





## PAULO CALDEIRA ENFERMEIRO E COORDENADOR DA ÁREA DE SAÚDE

**Que balanço faz deste primeiro ano de atividade da sala de apoio integrado?**

**Paulo Caldeira (PC)** – Desde logo, devo dizer que não estávamos minimamente preparados para aquilo que aconteceu... Como é sabido, nesta área, não é fácil fazer-se diagnósticos relativamente ao número de consumidores e, ainda para mais, acontece uma pandemia, altura em que, tradicionalmente, os números disparam. Em suma, ainda que o diagnóstico tivesse sido bem realizado, a própria pandemia veio alterar todos os indicadores. Então, estávamos preparados para um contexto em que deveríamos ter cerca de 300 utentes da sala e chagámos ao final do ano com perto de 1200 inscrições.

**O que parece evidenciar a necessidade da sala...**

**PC** – Não há dúvidas de que a sala era mesmo necessária. Esta é a primeira grande conclusão que retiro.

**Inicialmente, receberam mais utilizadores que privilegiavam a via fumada do que a injetada... qual é hoje o perfil de consumo predominante a esta nível?**

**PC** – Na primeira semana, abrimos apenas a sala para consumos endovenosos, tivemos cerca de cinco utentes e, assim que abrimos para a via fumada, enchemos a sala, tendência que permanece até à data. A sala dedicada a consumos fumados está invariavelmente cheia. O nosso esquema prevê que entrem seis pessoas para consumir por via fumada em cada ciclo, o que representa uma capacidade máxima de 96 utentes por dia e estamos no limite das nossas capacidades. Quanto à sala para consumo endovenoso, fomos realizando um trabalho de proximidade, com a equipa comunitária, no sentido de captar utentes, e constatámos que as pessoas que aderiam se fidelizavam à sala. E já tivemos 105 consumos num só dia nessa sala, che-

gando assim a superar os consumos por via fumada. Atualmente, nunca temos menos de 60 consumos diários por via endovenosa.

**O horário que oferecem é adequado às necessidades dos consumidores ou apenas o possível para responder a alguns?**

**PC** – Obviamente, faria todo o sentido que este tipo de resposta beneficiasse de um horário de 24 horas por dia... sabemos que não é possível propor a um consumidor um horário específico para os seus consumos, com intervalos que vão de encontro à nossa oferta. Neste momento, já tivemos 23 reversões de overdoses com sucesso em horários de funcionamento da sala, mas há a lamentar dois falecimentos naquela zona em alturas em que a sala estava fechada. E falamos de pessoas que iam à sala e que até tinham feito parte dessas reversões de overdoses na mesma. Claro que seria ótimo termos a sala a funcionar 24 horas por dia... agora, vamos ser muito claros: não há orçamento para que isso seja possível.

**Alguns utentes com quem falámos referiam que se sentem hoje mais limpos, mais seguros, alvos de maior atenção e acompanhamento... este dispositivo não parece resumir-se apenas ao plano da saúde...**

**PC** – Sim, e nesses casos diria que, mais do que ganhos em saúde, falamos em ganhos em dignidade, o que vai de encontro a um dos nossos objetivos perante este público. Essa parte de que fala era muito relatada inicialmente pelo nosso público-alvo... sentiam-se fustigados por uma comunidade que os via consumir diariamente na rua... a partir do momento em que a sala abre e proporciona um consumo mais recatado, seguro e higiénico, creio que a dignidade destas pessoas também aumentou consideravelmente. E começaram a confessar-nos que se sentiam mais bem tratados na rua. E o que será isto senão o devolver de dignidade? Quando abrimos, fomos procurados por pessoas à procura de um banho que, devido ao encerramento de serviços ditado pela pandemia, já não tomavam um banho há dois anos. Imagine-se a imagem corporal espelhada nesta pessoa pelos olhos de outra que a vê na rua... O banho, o fazer a barba, o mudar de roupa, serviços que asseguramos na sala, são componentes que fazem toda a diferença em termos de dignidade. Há muitas pessoas que nos procuram para tomar aquele banho porque vão a uma entrevista de emprego... acho que isto faz toda a diferença! Por outro lado, e indo de encontro aos ganhos em saúde, neste caso por via do reconhecimento e reforço da equipa, quando se analisam os dados do primeiro ano de funcionamento da sala, enquanto enfermeiro e coordenador da área de saúde, creio que existe um item em que, efetivamente, os números são muito baixos... mas que têm também uma justificação: uma das coisas que propus que a equipa realizasse na sala eram os rastreios de doenças infetocontagiosas e a verdade é que, ao final do ano, tínhamos apenas 60 pessoas rastreadas, o que se devia ao facto de termos sofrido um "rolo compressor" em termos de trabalho. Durante o primeiro ano, vimo-nos forçados a reagir, em vez de agir. Fomos "apagando os fogos" sem nunca ter tempo para fazer prevenção do "incêndio". Fomos falando com a câmara municipal e com o SICAD acerca destas dificuldades e devo dizer que tivemos o apoio de ambas as instituições para, a partir do mês de abril, quando iniciámos o segundo ano, aumentar a equipa através de um enfermeiro. E isto permitiu disparar o rastreio de 60 para 591 pessoas!



# ÁLCOOL, UM VENENO SOCIALMENTE ACEITE



**ESPUMANTE PARA TORRADAS, CERVEJA APÓS O TRABALHO E CONHAQUE PARA ESQUECER AS TRISTEZAS. O ÁLCOOL PODE DEIXÁ-LO DOENTE E DEPENDENTE. PARA MUITAS PESSOAS, É NORMAL CONSUMI-LO DIARIAMENTE.**

“O álcool é um veneno para as células”, diz Christina Rummel, socióloga e diretora do Centro Alemão para Problemas da droga (DHS). Na realidade, cada trago é prejudicial ao corpo, segundo a especialista.

“O limite é de 12 gramas de álcool por dia para mulheres e 24 para homens», diz Rummel. Isso porque as mulheres têm menos proporção de água no corpo e o álcool, portanto, não podem se expandir tanto quanto nos homens. Na verdade, 24 gramas de álcool não parece muito, é uma taça de espumante. Depois do segundo, “a partir daí já é perigoso”, diz Christina Rummel.

#### **O álcool está envolvido em mais de 200 doenças**

O estudo sobre o consumo de álcool na Alemanha “Alkoholatlas Deutschland” (Atlas of alcohol in Germany) alerta para o perigo do consumo regular e excessivo de álcool. Está envolvido em mais de 200 doenças: diversos tipos de cancro, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e doenças hepáticas. De acordo com a DHS, cerca de 62.000 pessoas morrem todos os anos na Alemanha apenas por causa do consumo de álcool.

Rummel também alerta para os possíveis danos dos bebedores passivos, por exemplo, fetos em mulheres grávidas, que consomem álcool, ou filhos de pais alcoólicos com problemas de violência. De referir ainda os aspectos econômicos do consumo de álcool: despesas com médicos, hospitais, medicamentos, incapacidade para o trabalho ou reforma antecipada. “Os custos diretos e indiretos equivaleriam a cerca de 57 bilhões de euros anualmente”, diz Rummel.

#### **Fatores que influenciam negativamente**

Existem vários fatores que podem afetar uma pessoa que consome álcool de forma diferente: gênero, peso, dieta ou ingestão de medicamentos. A idade também é uma condição importante: quanto mais cedo uma pessoa começa a beber álcool, maior o risco de danos permanentes e dependência.

Por isso, é muito importante informar os jovens. Sem descuidar os adultos que muitas vezes desconhecem o perigo: “O álcool está muito enraizado em nossa sociedade.”

#### **Álcool e normas sociais**

“Apenas quase 4% da população alemã não bebe álcool”, diz Christina Rummel. As pessoas que preferem beber água em vez do vinho numa festa são isoladas do grupo e quase obrigadas a justificar a sua atitude. Beber álcool é uma norma social.

O psicólogo social Hans-Peter Erb explica num vídeo no YouTube que tais padrões são apoiados por toda uma sociedade. É por isso que as pessoas que não bebem álcool são muitas vezes marginalizadas como os veganos.

Segundo Erb, a função psicológica dessas normas sociais é simplificar a vida. Aprendemos certos comportamentos que facilitam a vida e a integração na sociedade. E beber álcool é um desses padrões de comportamento.

#### **Normal não significa que esteja bem**

“Mesmo quando se trata de medidas preventivas, a pessoa vai contra a parede”, diz Christina Rummel sobre tentativas fracassadas de mitigar as consequências do consumo de álcool com medidas direcionadas, seja aumentando os impostos sobre bebidas alcoólicas, restringindo a publicidade ou rotulando bebidas alcoólicas com avisos.

O problema é que o consumo moderado de álcool é considerado normal. E, normalmente, não é por isso positivo. A normalidade no consumo de álcool pode legitimar um estado patológico de uma pessoa, que nem sequer sabe que tem um problema de dependência. “Muitas pessoas procuram ajuda tarde demais”, diz Rummel. Portanto, a responsabilidade pelo consumo de álcool permanece em cada indivíduo.

O DHS aconselha a não exceder a dose diária recomendada, 12 gramas para mulheres e 24 para homens, e não beber álcool pelo menos dois dias por semana.



# TER ASAS PARA PENSAR O FUTURO

Sentimos inquietude com os tempos que estamos a viver. Seja na família, nas organizações, nas sociedades, seja sem dúvida, nas pessoas. Qual o papel de cada um de nós enquanto parte de uma família, de uma organização e de uma sociedade? Onde nos podemos inspirar? Como podemos inspirar os outros? A Conferência “Pensar Social, Pensar Global – Os Desafios do 3º sector”, realizada no dia 23 de setembro, em Santo Tirso, a primeiro do Ciclo de Diálogos Inspiradores, encerrou o programa dos 30 anos da ASAS e contou como convidados Edmundo Martinho, Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e Filipe Almeida, Presidente do Portugal Inovação Social, cujas preleções Dependências reproduz. Entrevistámos ainda Helena Oliveira, Presidente da ASAS



## **EDMUNDO MARTINHO, PROVIDOR DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA**

“Tenho algum receio que, por vezes, nos percamos em territórios que chamamos de inovação e esqueçamos que o que precisamos é de consolidar o que fazemos. E em muitas circunstâncias a inovação tem pouco de novo e pode, em certa medida, esconder desafios centrais do terceiro setor e das organizações, que têm obviamente que se modernizar e que encontrar caminhos novos, mas sem nunca perder de vista que o que têm que fazer é adaptar-se a novas circunstâncias. E isso nem sempre exige inovação nas respostas e soluções. Exige que consolidemos o que temos, que façamos melhor o que temos para fazer e, sobretudo, que entendamos que estas organizações do terceiro setor não podem, em nenhuma circunstância, perder de vista que hoje têm exigências novas e reforçadas. Hoje, os cidadãos são mais exigentes, a sociedade é muito mais exigente para quem presta cuidados e estas exigências colocam as institui-

ções num patamar superior que, em muitas circunstâncias, não é compatível nem com a dimensão que têm nem com as capacidades que têm disponíveis. A diminuição ou ausência de recursos raramente conduz a um repensar da dimensão ou da capacidade de partilha e parceria com outras entidades, mas refletindo-se, isso sim, na qualidade dos serviços prestados. A título de exemplo, todos nós achamos que o apoio domiciliário é a resposta principal, que deveria ser ativada e desenvolvida e, no entanto, continuamos a ter o apoio domiciliário fragmentado. Temos o apoio domiciliário de saúde, a hospitalização ao domicílio, também vamos ter as unidades de apoio domiciliário da rede de cuidados continuados e, depois, o tradicional, muito virado ainda para dimensões de conforto e da vida de cada cidadão. O que temos é que dar um salto em frente e colmatar estas insuficiências. E outro desafio tremendo que as instituições têm pela frente é perceberem igualmente como se contrata e como se vão buscar pessoas para fazerem este tipo de trabalho, um problema atualmente generalizado em toda a UE. Depois, há questões como a salarial, que é relevante ou o enquadramento deste tipo de profissionais. Se quisermos elevar a capacidade de prestar cuidados neste domínio não podemos apenas contratar quem está disponível... voltando à questão da inovação, no nosso setor tem mais que ver com a forma como somos capazes de nos reinventarmos ao abordarmos problemas que hoje assumem uma complexidade diferente. Tomando como exemplo uma estrutura de acolhimento de crianças, percebemos que não progredimos nada no que respeita ao modo como acompanhamos crianças que têm necessidades diferenciadas. Hoje, temos um perfil de crianças que entram no sistema de promoção e proteção muito diferente de há 20 anos atrás, mas as respostas são as mesmas. Não nos adaptámos no sentido da especialização, adaptámo-nos pouco no sentido da complexificação das equipas técnicas e são poucas as que têm pedopsiquiatras



de suporte. A questão da saúde mental nos adolescentes é hoje crítica e que não se resolve com as equipas técnicas tradicionais. É, portanto, neste sentido que precisamos de inovar e de perceber que há um terreno imenso que as instituições devem percorrer. E um dos caminhos é o da escala das instituições. Ganhariam muito se se envolvessem em processos de associação... já não digo de fusão, porque seria ambicioso demais. Pelo país fora, vemos multiplicação de estruturas que poderiam ser partilhadas, instituições com dimensão insuficiente para as exigências que hoje se colocam, até do ponto de vista das equipas técnicas e vivemos um tempo muito desafiante. Tenho receio que muitos dos recursos que temos à disposição, nomeadamente o PRR, não sejam vocacionados para os problemas certos. Por outro lado, há um trabalho a fazer neste domínio do terceiro setor que tem que ver com a questão da sustentabilidade das instituições. Esta sustentabilidade não pode ser apenas vista do ponto de vista financeiro ou esperar-se que seja apenas o estado a resolver os problemas. Tem de ser vista na capacidade das instituições para prestarem os cuidados a que se propuseram. E creio que a ASAS constitui um magnífico exemplo disso, tendo vindo a ser capaz de se reinventar e readaptar num contexto que nem sempre é fácil e que precisaria de uma clareza maior quanto à responsabilidade que o estado tem”.



## FILIPE ALMEIDA, PRESIDENTE DO PORTUGAL INOVAÇÃO SOCIAL

“Com base na experiência e no lugar onde estou, na inovação social há seis anos a coordenar esta política pública, organizo os desafios da economia social em três categorias: desafios relacionados com os recursos, desafios relacionados com a operação propriamente dita e desafios relacionados com o seu contexto. Não são os únicos, mas tenho as minhas prioridades. Relativamente aos desafios relacionados com os recursos, começaria por destacar porventura o mais importante, a necessidade urgente e absoluta de rejuvenescer o setor da economia social. Precisamos de mobilizar jovens e de trazer a juventude para este setor, para que entenda que aqui pode, como em nenhum outro, conciliar um projeto de vida com um projeto de carreira. Vamos a números: os dirigentes de topo da economia social são 87% homens, o que mostra que há pouca diversidade, mais de 50% tem mais de 64 anos... é um setor envelhecido e precisa de mais jovens, que trazem uma visão diferente. Por outro lado, a média salarial deste setor é cerca de 86% da média salarial do resto da economia. Se falarmos do subsector das associações, são mais de 70 mil, esse número baixa para 82% e, se falarmos no universo das misericórdias, a média salarial é de 66% da economia nacional. De facto, não há também incentivos materiais para conseguir atrair a juventude para que perceba que pode aqui desenvolver um projeto de vida e de carreira. Do meu ponto de vista, essa é uma prioridade. Precisamos de recursos humanos ao nível do talento e da juventude, mas para isso é preciso dinheiro para pagar às pessoas.

Então, vamos ao segundo, a dimensão dos recursos, que é o investimento... segundo o mais recente estudo do INE sobre o setor da economia social, do ponto de vista das receitas destas organizações, 29% são transferências e subsídios, 22% são de prestações de serviços, 19% são empréstimos e apenas 5% são donativos. Por outro lado, o capital disponível para investimento de impacto era, no mundo inteiro, 114 biliões de dólares em 2017. Em 2020, já era de 715 biliões e, atualmente, já ultrapassou um trilião de dólares. Há um movimento no mundo inteiro e cada vez mais capital disponível para este tipo de investimento em projetos com impacto social. Por outro lado, as organizações da economia social em Portugal aproveitam muito pouco esse capital disponível. Portanto, há capital disponível, não há capacidade para atrair esse capital, então falta fazer aqui uma ligação. E aumentar o capital disponível significa aumentar condições de atratividade, também para os jovens. Mas não basta pagar mais aos jovens, nesta geração razoavelmente desmaterializada e que procura quase desesperadamente um sentido para a sua vida, através do impacto que se tem nos outros. Os jovens já trocam, com alguma facilidade, um emprego onde ganham mais por outro onde ganham menos, mas que tem um propósito com o qual conseguem identificar-se. É preciso que chegue aos jovens a ideia de que este é um setor onde podem realizar-se do ponto de vista pessoal e conciliar o tal projeto de vida com o de carreira.

E aqui chegamos aos desafios de operação. Para que algo mude na forma como este setor opera, para se conseguir mobilizar mais dinheiro e rejuvenescê-lo. Aqui identifico seis desafios concretos: profissionalizar a gestão, ponderando a possibilidade de criar uma direção executiva; digitalizar as operações, reforçar competências digitais nas equipas, tornar as operações mais eficientes, ágeis e capazes de gerar informação. Há financiamento; colaborar – é um setor que tem pouca tradição de alianças e parcerias estratégicas para acesso conjunto a recursos, fundos e financiamentos, para alargamento do impacto territorial da operação de cada organização, para a capacidade de partilharem recursos comuns e assim baixarem o custo da operação. Entre a concorrência entre estas organizações há vidas que se perdem; avaliar: 93% das organizações da economia social reconhecem que não fazem qualquer diligência para avaliar ou medir o impacto social das operações que têm. E, no entanto, são as que porventura têm mais impacto social neste país. Estão a perder um enorme potencial de comunicação com o mundo em geral, com os governos, com os financiadores e investidores e com os jovens; depois de avaliar, comunicar: um setor que faz bem, mas comunica mal fica a meio caminho do seu potencial como agente de transformação da sociedade; inovar: nas respostas e nos métodos. É necessário criar rotinas de melhoria contínua.

Por fim, os desafios de contexto, que têm a ver com o perímetro que existe neste setor. Há aqui uma oportunidade extraordinária para fortalecer a economia social se o setor aceitar e perceber que o seu perímetro pode ser mais largo e abranger experiências diferentes que transcendem o que é o coração da economia social. Estou a falar do próprio setor, percebendo que é tão amplo, que inclui também as empresas sociais e que os jovens ou não jovens que criam empresas que têm como único propósito tentar dar uma resposta inovadora a um problema social, essa iniciativa está dentro do perímetro geral da economia social. E isso traz para dentro desse perímetro uma série de parceiros e colaboradores que ainda não estão aqui. No outro lado do espetro temos as iniciativas de inovação cidadã, os laboratórios comunitários de cidadania participativa que já se vão multiplicando, de iniciativas inorgânicas, das comunidades que se juntam para tentar encontrar soluções para os seus problemas. Não são organizações formais, mas essas iniciativas estão dentro do que é o espírito da economia social. Temos aqui uma possibilidade de alargamento do setor, para incluir uma tal diversidade, que o fortalece como nenhum outro”.



## HELENA OLIVEIRA, PRESIDENTE DA ASAS

**Falou-se hoje em desafios para a sustentabilidade da economia social...quais são os desafios para o futuro da ASAS?**

**Helena Oliveira** – Olhe, são esses mesmos, todos os que foram aqui identificados, mais os que não de vir, porque este é um setor muito imprevisível. Trata das pessoas, do seu bem-estar, cuida, trata de situações que dependem da humanidade e da sua evolução, portanto, por muito que tentemos antecipar e prever para que as respostas sejam rápidas na medida do possível face à evolução da sociedade, acabamos sempre por perder terreno. A evolução é demasiado rápida no mundo em que estamos e diria que os desafios são estes todos que ouvimos aqui.

**Sabemos hoje que a esperança de vida aumentou, mas também que a qualidade de vida, sobretudo nos últimos anos, diminuiu... será este outro desafio para estas instituições?**

**Helena Oliveira** – Sim, sobretudo quando pensamos em qualidade. Preocupa-me muito que os serviços percam qualidade, sobretudo numa altura em que escasseia a mão-de-obra qualificada. Não conse-

guimos qualificar e menos ainda reter talentos. Temos formado pessoas que depois se vão embora para outros voos e a qualidade, naturalmente, diminui com a falta de profissionalização.

**Ainda sente algum tipo de discriminação face à forma como a sociedade perspetiva a economia social?**

**Helena Oliveira** – Ainda se nota... talvez esteja a diluir um pouco, até porque o setor empresarial está a mudar a sua posição relativamente à forma de participar e envolver-se na responsabilidade social, o que contribui para a diluição dessa menorização do terceiro setor... Mas ainda se nota...

**Embora aquela antiga máxima da caridade e do mero assistencialismo já nada tenham a ver com o verdadeiro core do setor, a verdade é que essa perspetiva muito se deve a algumas instituições que teimam em não se adaptar e inovar...**

**Helena Oliveira** – Sim, é verdade que ainda persistem algumas práticas que assentam meramente na dádiva, na caridadezinha, e isso não se compadece com um sistema igualitário em que pretendemos tratar toda a gente da mesma forma, oferecendo oportunidades iguais, independentemente da condição ou estrato social. Esse dar tem que ser estrutural para que a pessoa cresça. Que a família desenvolva e a sociedade avance.

**Qual é afinal o caminho para a sustentabilidade social?**

**Helena Oliveira** – Creio que temos vindo a fazer um caminho de que nos podemos orgulhar. Para além dos financiamentos que temos do estado, temos feito uma diversificação e um envolvimento da sociedade em geral, de diversos agentes e personalidades e do meio empresarial circundante que nos orgulha. Creio que a dinâmica tem que ser maior, precisamente neste sentido do envolvimento de toda a sociedade. É o futuro de todos, em especial de quem mais precisa, que está em causa.



# CUALQUIER CANTIDAD DE ALCOHOL EN EL EMBARAZO PUEDE PRODUCIR ALTERACIONES FÍSICAS, MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO EN EL/LA FUTURO/A HIJO/A

Cada 9 de septiembre se celebra el Día Mundial de los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF). Los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) están producidos por el consumo de alcohol durante el embarazo. Casi 5.000 niños nacen en España cada año con este trastorno. A pesar de no ser infrecuente, se trata de un trastorno invisible que causa mucho sufrimiento tanto al que lo padece, como también a las familias que ven como sus hijos e hijas presentan conductas cada vez más alejadas de sus edades cronológicas (p.e. no pueden aprender la hora, tienen movimientos estereotipados, ...) y que les lleva a recurrir a múltiples profesionales tratando de encontrar una razón a todo ello. Además, hay que sumar la falta de comprensión y poca empatía por parte de la sociedad hacia los niños y las niñas TEAF y sus familias.

El principal problema del alcohol es que es una droga muy normalizada socialmente y que goza de una gran aceptación social. Cuando una mujer está embarazada, muchas personas de su entorno y ella misma no son conscientes del riesgo de algún consumo puntual de alcohol.

A pesar del desconocimiento social, existe evidencia científica sobre la capacidad del alcohol para interrumpir o alterar el desarrollo del embrión o feto. En el primer trimestre puede causar anomalías estructurales: faciales, cerebrales; en el segundo hay más riesgo de aborto espontáneo y en el tercero suele apreciarse un retraso en el crecimiento intrauterino tanto en el peso, longitud como en el crecimiento cerebral. El alcohol atraviesa la placenta, por lo que los niveles del etanol en sangre fetal y líquido amniótico son equivalentes a los de la embarazada. No se conoce ninguna cantidad segura de ingesta de alcohol durante el embarazo, no hay un trimestre seguro para beber alcohol, por lo que se recomienda la abstinencia total.

Cada año, la sociedad científica Socidrogalcohol, se une a las asociaciones de afectados (Visual TEAF y la Confederación de Alcohólicos, Adictos en Rehabilitación y Familiares de España) para acompañarles en un día que sigue siendo necesario para la visibilización de este grave problema de salud, que es 100% prevenible.

Desde Socidrogalcohol, los profesionales de las adicciones, reclaman actuaciones a diferentes niveles para paliar el gran coste sanitario, social y económico que supone el TEAF. Tal como reconoce/afirma Maite Cortés, vicepresidenta de Socidrogalcohol se requiere de una actuación multidimensional para ser efectiva.

Por una parte, es necesario incrementar el nivel de sensibilización social, no solo de las mujeres embarazadas (intervenciones pre-gestacionales y gestacionales), sino también de su entorno más cercano (campañas publicitarias, información en medios de comunicación...). La sustancia con mayor arraigo en nuestra sociedad es el alcohol, tal como lo demuestra el elevado porcentaje de menores y mayores de edad que consumen esta sustancia en nuestro país. Además, la incorporación cada vez mayor de mujeres adolescentes consumidoras prevé un futuro poco esperanzador respecto al TEAF. Es por ello fundamental que la sociedad conozca qué efectos se producen sobre una potencial embarazada y posteriormente sobre su feto. Hay mucha investigación al respecto que avala los daños tanto de estructura como de funcionamiento en diferentes órganos.



Por otra parte, es necesario reforzar la formación de los profesionales que intervienen en su diagnóstico. En estos momentos, son escasas las unidades especializadas dotadas con equipos multidisciplinares entrenados en realizar la evaluación diagnóstica del TEAF. La carencia de estas unidades lleva implícito mínimamente dos cuestiones. Por un lado, que estos niños y niñas queden ocultos, en el mejor de los casos, tras etiquetas de otros trastornos del desarrollo neurológico en los que no acaban de encajar y en los que se les proponen tratamientos que no se ajustan a sus necesidades. Por otro lado, lleva aparejado que muchas familias, dependiendo de la zona en la que vivan, inviertan muchos años de profesional en profesional buscando una explicación que no llega y lo que es peor, reduciendo de esta manera la posibilidad de poner en funcionamiento recursos esenciales como una buena estimulación temprana o una adaptación escolar o rehabilitación neuropsicológica, entre otros aspectos.

Si a nivel sanitario se requiere de este reciclaje y formación especializada, a nivel educativo no podemos quedarnos atrás. Estamos ante un trastorno en el que se requiere de una adaptación importante de las técnicas psicopedagógicas. EL TEAF es muy heterogéneo pudiendo abarcar desde una leve disfunción cognitiva, hasta el SAF, que se caracteriza por presentar anomalías faciales características, retraso en el crecimiento y trastornos del neurodesarrollo más acentuados. Los profesionales de la educación necesitan conocer todas las caras del trastorno para poder ajustarse a las necesidades de estos menores y adolescentes. Esta falta de conocimiento lleva de la mano mucho sufrimiento para los menores y por supuesto para sus familias y para los propios profesionales que no entienden por qué no funcionan sus procedimientos.

Desde Visual TEAF, aseguran que "Cada vez más personas saben de los efectos teratogénicos del alcohol, pero todavía no hay suficiente concienciación, la exposición prenatal al alcohol se produce por desconocimiento o por enfermedad, ninguna madre bebe durante el embarazo con el propósito de dañar a su hijo".

Sin embargo, desde la asociación se preguntan: "¿Qué ocurre cuando nace un niño o niña con TEAF?" Puede permanecer con su familia biológica o puede pasar a ser tutelado por la administración competente, puede asignarse a una familia de acogida o puede ser adoptado, en cualquier caso, los poderes públicos tienen la obligación de garantizar la protección social, económica y jurídica de la familia y el diagnóstico y la atención es su derecho, y no se está cumpliendo.

Un día como el 9 de septiembre nos permite fijar nuestra atención ante un trastorno que afecta a personas de todas las clases socio-económicas, de cualquier nivel educativo u origen étnico. No es una cuestión de niños adoptados o biológicos. El único denominador común en todos los casos es haber consumido alguna cantidad de alcohol durante la gestación. Por esto es una cuestión de todos y todas darle respuesta, cada uno desde su lugar.

Mireia Pascual

# USO SAUDÁVEL DA NET E JOGO

A equipa de prevenção do CRI Lisboa ocidental composta pela assistente Social Luísa Pereira, e pela Psicóloga Carla Andrade, desenvolveram um programa de prevenção da Utilização Problemática da Internet e do Jogo: o “#What’sUP\_TuDecides – Influencer Saudável da Net e Jogo” para jovens do 2º, 3º ciclo e secundário, e o “What’sUP\_NetEducando” destinado aos encarregados de educação, com as equipas de prevenção das equipas de coordenação da DICAD.

Nas últimas décadas, podemos dizer que a internet se tem tornado um fenómeno “viral”, estando a sua utilização cada vez mais impregnada no nosso dia-a-dia. Por um lado, facilita e promove a comunicação global, o acesso, praticamente em tempo real, à informação e entretenimento. Por outro, tem crescido o conhecimento científico e clínico relativo à dimensão da sua utilização problemática, nomeadamente a adição online e perturbação do jogo (gaming e gambling).

Esta dimensão assume particular relevância na fase da adolescência (12-17 anos) e nos jovens adultos (18-29 anos) por serem a população-alvo com maior uso de internet (e.g., PEW Research Center, 2019; INE, 2019). E, por conseguinte, apresentarem maior risco para o seu uso problemático e consequências negativas ao nível da interferência no funcionamento geral, relacionamentos interpessoais, bem-estar emocional e saúde mental (Akin, 2012).

Em Portugal, os resultados mais recentes do Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e outros Comportamentos Aditivos e Dependências (ECATD-2019, SICAD), realizado com alunos entre os 13 e os 18 anos, concluem que, a nível nacional, são os jovens da região de Lisboa que mais tempo passam nas redes sociais e a jogar jogos eletrónicos (diariamente 4 horas ou mais). Sugerem também que sensivelmente 20% destes jovens estão incluídos na dimensão problemática associada à participação em redes sociais, ao jogo eletrónico (online e/ou offline) e ao jogo a dinheiro. Outros resultados do estudo EuKids Online

Portugal (2019) relativos ao uso, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e adolescentes, entre os 9 e os 17 anos, revelam que quanto ao uso excessivo da internet, 60% destacam que algumas vezes ficam aborrecidos por não poderem estar online, 46% usam a internet sem um propósito definido, e 11% respondem que com muita frequência deixaram de estudar e passaram menos tempo com a família e com os amigos por causa da internet.

No final de 2019, a Equipa de Prevenção do CRI Lisboa Ocidental da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências da ARSLVT começou a receber as primeiras solicitações por parte das Escolas para intervenções orientadas à Prevenção dos Comportamentos Aditivos sem Substâncias, nomeadamente adição online e jogos. As preocupações centravam-se na utilização excessiva dos telemóveis em contexto escolar, o tempo passado a jogar jogos eletrónicos, e as aparentes consequências desta utilização mais frequente, especificamente maior isolamento ou menor interação social nos recreios, diminuição do interesse e desempenho escolar, alterações a nível cognitivo (nomeadamente, atenção e concentração) e, por vezes, evidente sonolência.

Em resposta a estas necessidades de intervenção, reportadas pela investigação e pelos contextos educativos, iniciámos o desenvolvimento de Programas de Prevenção da Utilização Problemática da Internet e do Jogo. Criámos o “#What’sUP\_TuDecides – Influencer Saudável da Net e Jogo” para jovens do 2º, 3º ciclo e secundário, e, em seguida, juntamente com a Área de Prevenção da Equipa de Coordenação da DICAD, o “What’sUP\_NetEducando” destinado aos encarregados de educação.

Ambos os programas podem ser utilizados nos diferentes níveis de prevenção, isto é, universal e seletiva, e enquadram-se nos princípios gerais da promoção da literacia para a saúde e prevenção de doença.



O “#What’sUp\_TuDecides – Influencer Saudável da Net e Jogo” visa:

- promover informação válida e empiricamente sustentada sobre o que é a utilização saudável/problemática da internet e do jogo;
- promover o pensamento crítico e diminuir as expectativas de resultados irrealistas relativos à sua utilização;
- desmistificar mitos;
- fornecer conhecimento sobre a segurança online.

O “What’sUP\_NetEducando” visa:

- aumentar a literacia digital dos encarregados de educação - benefícios e riscos do estar online;
- aumentar competências de comunicação com os educand@s relativamente à internet, segurança digital e à utilização problemática da internet, de forma a promover um diálogo aberto sobre oportunidades e riscos relacionados ao uso da Internet;
- aumentar competências para estar atento a sinais de alerta junto dos educand@s face à utilização problemática da internet e jogo.

No ano letivo 2021/2022, com o regresso dos alunos à escola ainda no rescaldo da Pandemia Covid-19, tivemos uma crescente solicitação, por parte das escolas, nomeadamente do concelho da Amadora, para a prevenção dos comportamentos aditivos sem substâncias.

O programa “#What’sUp\_TuDecides – Influencer Saudável da Net e Jogo” foi aplicado a 358 alunos de 22 turmas do 2º ciclo, em 3 Agrupamentos de Escolas do Conselho da Amadora.

A avaliação da intervenção, aplicada a alunos e professores, revelou:

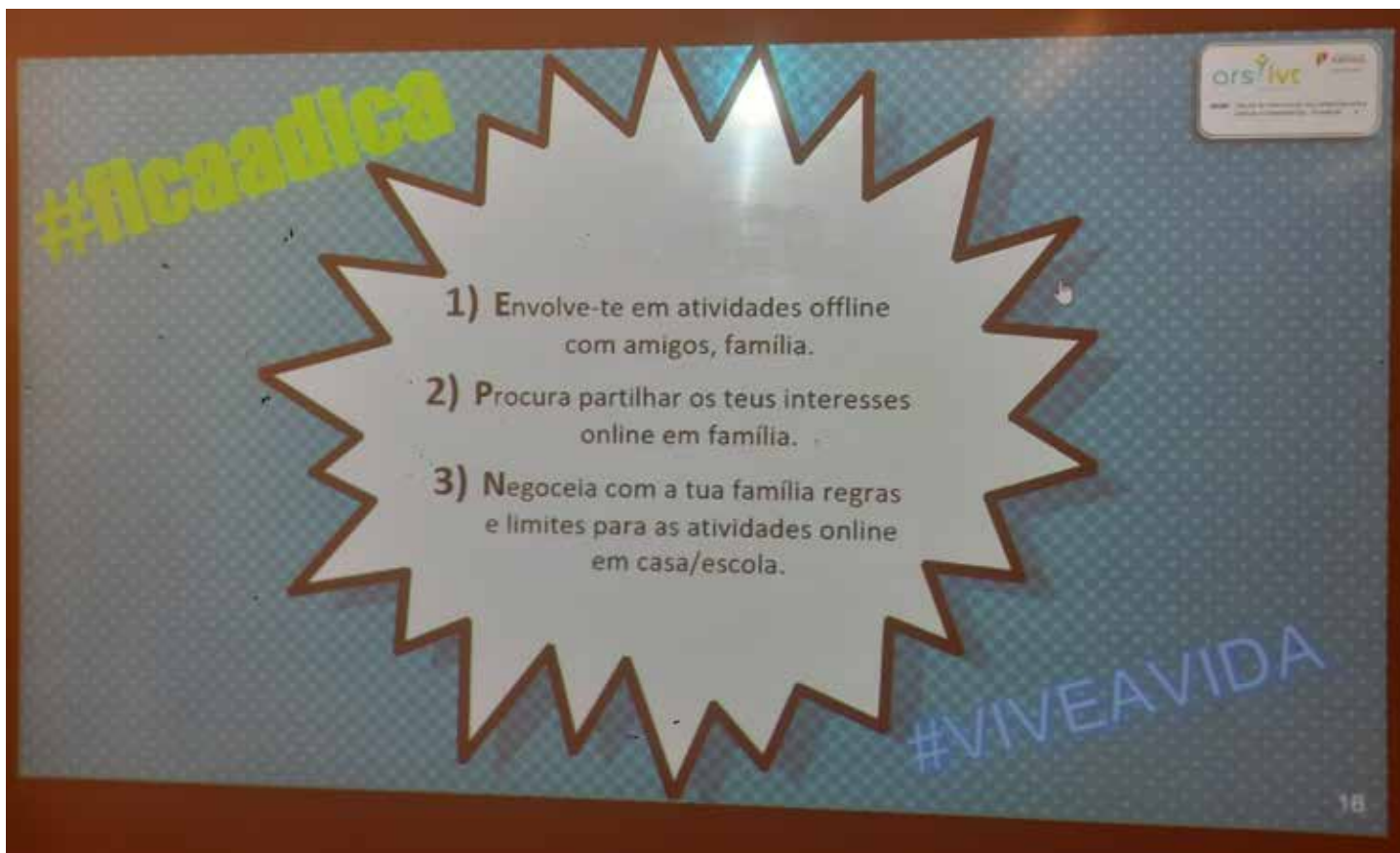
1) uma excelente satisfação, dos alunos e professores, com a participação no programa, os conteúdos dinamizados, e a importância em participar nestas atividades;

2) potencialidade do programa no fortalecimento e desenvolvimento da resiliência digital dos jovens, permitindo-lhe mais conhecimento e informação sobre a identificação de riscos online, regras e limites de utilização, capacidade para comunicar sobre as suas experiências e estratégias de resolução de problemas, e estimulação do pensamento crítico para uma utilização mais saudável e positiva da internet e jogos.



Criámos também um flyer com o reforço de dicas e hashtags de boas práticas para uma utilização mais saudável da internet e jogo, bem como informação relativa às consultas especializadas para adolescentes/jovens com risco de Comportamentos Aditivos e Dependência, que foi facultado aos diretores das turmas, para ser enviado aos alunos e pais. O Agrupamento de Escolas Almeida Garret divulgou-o também, a toda a comunidade escolar, via digital (num ecrã na entrada principal da escola e página online oficial da escola), durante a semana que assinalou o Dia da Internet Mais Segura.

Nesta Era Digital, pretendemos continuar a tornar mais robustos e constantemente atualizados estes Programas de Prevenção da Utilização Problemática da Internet e Jogo, potenciando uma maior resiliência digital através da sua aplicação junto dos jovens e educadores. Para tal, destacamos a importância do trabalho em parceria, contínuo e continuado, reforçando de que a família e a escola são contexto preferenciais para a prevenção dos riscos e a promoção de competências de vida offline e online.



## DIRETOR-GERAL DO SICAD EM SESSÃO TEMÁTICA DA COMISSÃO DE ESTUPEFACIENTES DAS NAÇÕES UNIDAS



### JOÃO GOULÃO DESTACA EQUILÍBRIO DA POLÍTICA PORTUGUESA E RESPEITO PELOS DIREITOS HUMANOS

João Goulão, diretor-geral do SICAD, participou no painel de peritos intervenientes na sessão temática da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas, subordinada ao tema “Respostas não conformes com as Três Convenções Internacionais sobre Drogas e não conformes com as obrigações internacionais em matéria de Direitos Humanos”, que representam um desafio à implementação dos compromissos internacionais assumidos, designadamente na Declaração Ministerial adotada em 2019 pelos Estados Membros das Nações Unidas.

Neste evento, que decorreu a 21 e 22 de setembro em formato híbrido, João Goulão apresentou a abordagem abrangente e equilibrada da política portuguesa em matéria de comportamentos aditivos e as respostas implementadas, que têm permitido assegurar um elevado nível de proteção da saúde, estabilidade social e segurança, seguindo os princípios e orientações internacionais, na promoção da saúde pública e ancorada no respeito pelos direitos humanos.

Na sua intervenção, reiterou o empenho de Portugal “na implementação dos compromissos cristalizados na UNGASS (United Nations General Assembly), documento final de 2016, no qual os Estados Membros reconheceram a necessidade de promover e implementar uma abordagem de saúde pública para as drogas, baseada em evidências científicas e direitos humanos”, a condenação veemente, por parte do nosso país, da “aplicação da pena capital nos casos de crimes relacionados com o uso de drogas” e a oposição de Portugal à pena de morte “em todas as circunstâncias”.

Considerando que Portugal está no caminho certo, João Goulão, salientou o facto de o nível de consumo de droga em Portugal se manter, geralmente, abaixo da média europeia, salientou a diminuição do consumo de droga entre adolescentes, a redução significativa no número de utilizadores problemáticos, de 100.000 em 1998 para 33.200 em 2021, das infeções por HIV entre os consumidores de droga injetada, e das overdoses, de 350 em 1998 para 63 em 2021.

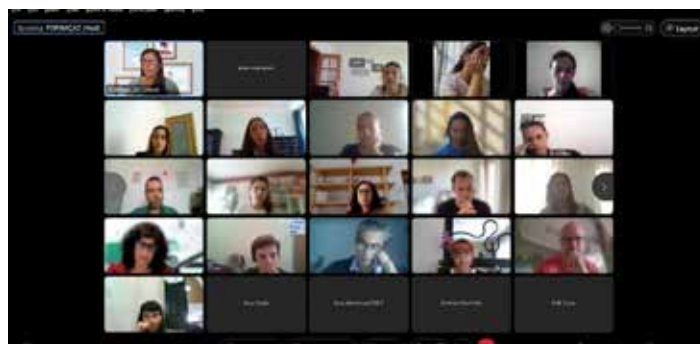
A presidência portuguesa do Grupo Pompidou, do Conselho da Europa, cujo mandato terminará no final de 2022 e onde o foco foi a colocação dos direitos humanos em primeiro plano nas políticas de drogas mereceu, igualmente, referência na intervenção do diretor-geral do SICAD.

## FORMAÇÃO SICAD: QUESTÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM CONTEXTO NOTURNO



Teve lugar, entre 15 e 21 de setembro, a ação formativa “Questões de consumo de álcool em contexto noturno”, com foco nos impactos do álcool no organismo, regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas, identificação de diferentes contextos noturnos e suas situações problemáticas e estratégias de intervenção em redução de riscos associadas ao consumo excessivo em contextos noturnos. A formação foi dirigida a profissionais de intervenção em contextos de consumo de álcool, da indústria do álcool e de lazer noturno.

Enquadrada numa das atribuições do SICAD que visa promover a formação no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, teve como formadores Cristiana Vale Pires, investigadora integrada na FEP da Universidade Católica Portuguesa, membro-fundador da Associação Kosmicare, licenciada em Psicologia, mestre e doutorada em Antropologia, e João Marques, médico psiquiatra, e presidente da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, tendo contado com a presença de 32 participantes.



Capacitar os profissionais da área dos CAD de conhecimentos teórico-práticos em matéria do consumo de álcool em contextos noturnos, desenvolver competências para uma atuação rápida em situações de risco de consumo excessivo de álcool, e tomar as melhores decisões em situações problemáticas de consumo de álcool nestes contextos, foram os objetivos desta formação em formato *online*.

## SICAD PRESENTE NA 6ª CONFERÊNCIA EUROPEIA SOBRE A SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL



O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, na qualidade de parceiro e coorganizador, esteve representado no workshop “Políticas e Práticas para combater a síndrome alcoólica fetal”, do Projeto europeu FAR SEAS, realizado na semana passada, na Noruega. Os resultados do FAR SEAS serão apresentados durante a Conferência Final do AIHaMBRA Project, que terá lugar, como evento paralelo da Lisbon Addictions 2022, a 21 e 22 de novembro. O projeto europeu FAR SEAS (Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS), financiado pelo Programa de Saúde da UE 2014-2020, visa desenvolver, acompanhar e avaliar uma boa prática baseada em evidências, a nível regional, para reduzir o risco de transtornos do Espectro Alcoólico Fetal (FASD) e danos relacionados com o álcool em mulheres grávidas e mulheres em idade fértil.

## SICAD CONTRIBUI PARA A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO CICLO DE VIDA



Realizada primeira reunião com a DGS

Realizou-se, no dia 09 de setembro, a primeira reunião de colaboração interinstitucional entre o SICAD e a DGS, no âmbito do Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida.

Este é um projeto que visa o fortalecimento do trabalho intrasectorial, através do estabelecimento de mecanismos de cooperação na abordagem em situações de violência (crianças e jovens em risco, violência interpessoal e violência no setor da saúde) e o reforço da capacitação de pro-

fissionais de saúde, entre outros objetivos. O SICAD já procedeu à designação de ponto focal para articulação com a DGS, no sentido de facilitar a colaboração a ser prestada.

O Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, tem como principal objetivo reforçar, no âmbito dos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal, nomeadamente em matéria de maus-tratos em crianças e jovens, violência contra as mulheres, violência doméstica e em populações de vulnerabilidade acrescida. Integra as seguintes áreas de atuação: Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, e o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde.

## PORTARIA N.º 232/2022 ATUALIZA LISTA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PROIBIDAS



LEGISLAÇÃO  
SOBRE DROGAS



Óxido nítrico, ou protóxido de azoto, também conhecido como gás hilariante, incluído.

A Portaria n.º232/2022, em vigor desde 8 de setembro, atualizou uma outra de 2013 (nº154, de 17 de abril), através da inclusão de novas substâncias psicoativas que “representam um perigo concreto para a saúde pública, na medida em que existe um nexo de causalidade entre o seu consumo, ingestão, por inalação, por aspiração, por aplicação sobre a pele ou por quaisquer outras vias de absorção humana e distúrbios psiquiátricos, incluindo episódios psicóticos, com distúrbios neurológicos e com complicações cardíacas graves”, no âmbito do regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio das novas substâncias psicoativas.

Entre as novas substâncias psicoativas incluídas encontra-se o óxido nítrico, “cujo consumo tem vindo a ser identificado em contexto recreativo pelos seus efeitos euforizantes, analgésicos e ansiolíticos, acompanhados por uma alteração sensorial da perceção de espaço e tempo e distúrbio da coordenação motora, podendo o seu uso continuado provocar, a longo prazo, sérios danos no sistema imunitário, alterações na memória, entre outros danos neurológicos”.

A lista completa de novas substâncias psicoativas, inclui feniletilaminas e derivados, triptaminas e derivados, piperazinas e derivados, derivados da catinona, canabinóides sintéticos, derivados/análogos da cocaína, plantas e respetivos constituintes ativos.

Leia a portaria, em <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/232-2022-200734331>



## “COMUNICAÇÃO EM SAÚDE” NO RECOMEÇO DAS VIDEOCONFERÊNCIAS SICAD



“Comunicação em Saúde” foi o tema que serviu de mote para o recomeço das videoconferências SICAD, após uma pausa de dois meses.

O evento, realizado no dia 8 de setembro, contou com 157 participantes e teve como oradores convidados Beatriz Casais, professora doutorada em Ciências Empresariais e especializada em Marketing e Estratégia, e Alexandra Almeida Pinto, técnica superior na Direção de Planeamento e Intervenção do SICAD e Secretária executiva do Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS). A moderação esteve a cargo de Manuel Cardoso, subdiretor-geral do SICAD.

Beatriz Casais defendeu que o propósito da comunicação em saúde deve ser a promoção da mudança e enfatizou que comunicar com sucesso em saúde requer um planeamento estratégico assente em diferentes abordagens - legal, tecnológica, económica, informativa e relacional.

Alexandra Almeida Pinto forneceu ferramentas básicas para uma comunicação eficaz em saúde e salientou a importância de se conhecer bem o público-alvo da mensagem que se pretende transmitir. Segundo a convidada, quanto mais definido estiver o público-alvo, mais facilmente a mensagem passará e consequentemente uma mudança de comportamento será mais provável.

Manuel Cardoso, na qualidade de moderador, ressaltou a importância do marketing social na Saúde como motor de transformação de culturas e de comportamentos menos saudáveis para saudáveis.

A necessidade de criar equipas interdisciplinares foi apontada como o principal desafio.

Veja a videoconferência na íntegra aqui: <https://www.youtube.com/watch?v=MfEhFp-yfZs>

## ARTIGO SOBRE INTERVENÇÃO EM CAD, CONTEXTO LABORAL PUBLICADO NA PLATAFORMA BARÓMETRO SOCIAL

Instituto de Sociologia da Universidade do Porto



Uma opção para evitar a publicidade

Um site independente de divulgação das Formas de Saúde, Educação e Consciência

**Os comportamentos aditivos e as dependências em contexto laboral, prevenir e intervir hoje**

publicado em 12.08.2022 às 09:21:07 - 4028

**Dissertação analítica:** Saúde e Condições e Estilos de vida

**Título do artigo:** Os comportamentos aditivos e as dependências em contexto laboral, prevenir e intervir hoje

**Autor:** Carlos Ramos Cleto

Publicar

Caracterização

- Apoio Institucional
- Número de visualizações
- Comentários
- Resumos de artigos
- Publicações da Sociedade
- Notícias

Divulgação de Artigos

- 08 - 08/2022 - 148
- 12/2022 - 08/2022 - 148

“Os comportamentos aditivos e as dependências em contexto laboral, prevenir e intervir hoje” é o nome do artigo sobre a intervenção em CAD, em contexto laboral, na Plataforma Barómetro Social, redigido a convite do Instituto de Sociologia da Universidade do Porto.

Produzido por Carlos Cleto, técnico do SICAD, trata-se de um artigo de opinião que foca os aspetos relativos a desafios e boas práticas de promoção da saúde e intervenção sobre consumos de substâncias psicoativas, no local de trabalho, em Portugal.

A Plataforma Barómetro Social, da Universidade do Porto, publica periodicamente um conjunto de artigos de opinião sobre diferentes temáticas relativamente às dinâmicas da sociedade portuguesa.

O artigo está disponível gratuitamente em <https://www.barometro.com.pt/2022/08/01/os-comportamentos-aditivos-e-as-dependencias-em-contexto-laboral-prevenir-e-intervir-hoje/>

## RELATÓRIO ECATD/CAD 2019 – JOGO A DINHEIRO JOVENS DO SEXO MASCULINO JOGAM MAIS DO QUE AS JOVENS DO SEXO FEMININO



O relatório ECATD-CAD 2019 Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019 - Jogo a Dinheiro, acaba de ser divulgado. A população alvo do estudo foram alunos do ensino público, com idades entre os 13 e os 18 anos.

O documento traça um perfil dos alunos que revelam ter ou já ter tido uma dimensão problemática associada ao jogo a dinheiro. Os tipos de jogos preferidos, a frequência com que os jogam e a modalidade utilizada (online/offline), são outros aspetos abordados.

Os dados revelam que o jogo a dinheiro é uma prática predominantemente masculina, que aumenta na razão direta da idade, constatando-se que quanto maior é a perceção do controlo parental e da facilidade de acesso ao dinheiro dos pais mais elevada é a prevalência desta prática. Entre os tipos de jogo mais jogados encontram-se as apostas desportivas, opção maioritariamente masculina e das regiões norte e de Lisboa, e as lotarias, opção maioritariamente feminina e das regiões do Algarve e de Lisboa.

Em termos futuros, este relatório alerta para o quanto há ainda a fazer do lado da oferta no que ao controlo social diz respeito e, também, no plano familiar e no controlo parental.

Relatório completo, em ECATD2019 Jogo a Dinheiro.pdf

# ANGOLA E MOÇAMBIQUE NA LISTA DE ALIANÇA GLOBAL PARA ACABAR COM SIDA INFANTIL



Unicef/Karin Schermbrucke  
Somente cerca de metade das crianças com VIH recebem antirretrovirais

OMS, Unids e Unicef divulgaram mais 10 nações da fase inaugural do projeto internacional que também contempla mães e adolescentes; iniciativa apresentada na Conferência Internacional sobre a Aids prevê ações para beneficiar grupo nesta década. Agências da ONU anunciaram, nesta terça-feira, a Aliança Global para Acabar com a Sida em Crianças. Angola e Moçambique estão na etapa inicial da iniciativa que deve promover o acesso ao tratamento até 2030. A apresentação feita na Conferência Internacional da Sida, em Montreal, Canadá.

## Pilares

Na primeira fase, 12 nações acolhem a implementação que junta a Organização Mundial da Saúde, OMS, o Programa da ONU sobre VIH/Sida, Unids, e o Fundo da ONU para a Infância, Unicef. Os 12 países são, os Camarões, Cote d'Ivoire ou Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Quênia, Nigéria, África do Sul, Uganda, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.



Unicef/Giacomo Pirozzi  
Parceiros da aliança incluem movimentos da sociedade civil

Estima-se que 52% das crianças soropositivas recebam tratamento antirretrovirais, ao contrário dos 76% entre adultos. Para melhorar este quadro, a fase de consultas apontou a prioridade do fechamento da lacuna de tratamento para meninas adolescentes, mulheres gestantes e lactantes vivendo com VIH. Outra aposta é otimizar a continuidade do tratamento. Entre as medidas que precisam ser adotadas estão a prevenção e detecção de novas infecções por VIH em mulheres adolescentes, grávidas e que amamentam.

## Igualdade

Outro foco da iniciativa será aumentar o acesso à testagem, melhorar o tratamento e o cuidado completo a bebês, crianças e adolescentes expos-

tos e vivendo com o vírus. Por último, serão abordados os "direitos, a igualdade de gênero e as barreiras sociais e estruturais que dificultam o acesso aos serviços".



Foto: © UNICEF/Albert Gonzalez Farran  
Enfermeira faz teste de VIH em hospital em Wau, Sudão do Sul.

Para o diretor-geral da OMS, Tedros Ghebreyesus, o fato de metade das crianças com VIH receberem antirretrovirais é um "escândalo e uma mancha" para a consciência coletiva. Ele disse que a aliança é uma oportunidade para renovar o compromisso com as crianças e suas famílias de unir, falar e agir com propósito e solidariedade com mães, crianças e adolescentes. Já a diretora executiva do Unids, Winnie Byanyima, afirma que a grande lacuna na cobertura de tratamento entre crianças e adultos é uma ofensa. A expectativa é que por meio da iniciativa, haja união e seja promovida a ação ligando medicamentos novos e melhorados, o compromisso político renovado e o ativismo determinado das comunidades que promoverão a geração que acabará com a Aids nas crianças.

## Sociedade civil

A diretora executiva do Unicef, Catherine Russell, disse que apesar dos progressos observados para baixar a transmissão vertical, aumentar os testes, o tratamento e o acesso à informação, as crianças em todo o mundo ainda têm muito menos probabilidade de acesso a remédios em relação aos adultos para a prevenção, os cuidados e o tratamento do vírus. Entre os parceiros da aliança estão movimentos da sociedade civil, como a Rede Global de Pessoas vivendo com VIH, o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da Sida, PEPFAR, e o Fundo Global.



UNAIDS  
Em todo o mundo, duas em cada cinco crianças vivendo com VIH não sabem de seu diagnóstico

# 6000 CRIANÇAS MORRERAM NAS ESTRADAS DA UE EM DEZ ANOS



## CONSELHO EUROPEU PARA A SEGURANÇA DOS TRANSPORTES

Todos os dias, na União Europeia, mais de dezoito crianças ficam gravemente feridas e uma morre em colisões de trânsito. Mais de 6.000 morreram na última década.

O impacto dessas mortes e lesões que mudam a vida das famílias e comunidades é imensurável. Mas também carregam um custo econômico, que desvia recursos que poderiam ter sido utilizados para a educação, melhorando a saúde ou outros bens sociais. As crianças são particularmente vulneráveis usuários de estradas. Eles não têm experiência e são menos visíveis para outros usuários da estrada devido à sua baixa estatura. As crianças também muitas vezes desconhecem os riscos que assumem sem querer, e mais facilmente se tornam vítimas inocentes em colisões.

Estes números de mortes e ferimentos não são inevitáveis. De facto, a mortalidade no trânsito infantil (o número de mortes no trânsito por milhão de pessoas) diminuiu na última década, e a uma taxa mais rápida do que a mortalidade rodoviária do resto da população.

Melhorar a segurança viária para as crianças pode ser alcançado por meio de um conjunto combinado de medidas para enfrentar o comportamento de todos os usuários das estradas: melhorar o ambiente rodoviário, projetar veículos que protejam melhor seus ocupantes e aqueles fora do veículo, aplicando as leis de trânsito, promovendo o uso correto de sistemas adequados de contenção infantil, melhorando a educação no trânsito e a conscientização. Um foco político na segurança das crianças, resultando em medidas reais de segurança, também pode levar a uma melhoria geral na segurança viária para todos os usuários das estradas.

A parte I deste relatório examina os dados mais recentes sobre mortes em crianças em estradas de toda a UE e de outros países que fazem parte do programa ETSC Road Safety Performance Index (PIN). Além de mostrar as diferenças que ainda existem entre os países, dá exemplos de políticas que levaram a um progresso mais rápido e áreas de melhoria.

A Parte II analisa as principais medidas para reduzir os riscos para as crianças, incluindo políticas de mobilidade e melhoria da infraestrutura, sistemas de retenção infantil, segurança veicular, uso de capacetes, cuidados pré-hospitalares e licenciamento de jovens motoristas que, em alguns países, são capazes de andar de ciclomotor ou patinete aos 14 anos.

Recomendações para os formuladores de políticas nacionais e da UE são feitas em todo o mundo, e uma lista mais curta de medidas prioritárias é dada no final do resumo executivo.

**António Avenoso, Diretor Executivo do Conselho Europeu de Segurança dos Transportes, comentou:**



*"Perder um filho numa colisão rodoviária é uma tragédia que nenhuma família deve ter de experimentar. Enquanto zero mortes nas estradas de crianças na maioria dos anos se está a tornar uma realidade em algumas partes da Europa, há um longo caminho a percorrer.*

*"Muitos dos ganhos de segurança dos últimos anos passaram por carros mais seguros, mas manter as crianças seguras ao alistá-las em gaiolas de metal é uma vitória pírrica.*

*"Tornar as cidades seguras para as crianças começa com coisas simples, como velocidades mais baixas e ruas escolares. Mas se queremos mesmo reduzir as centenas de mortes de crianças que ocorrem tragicamente todos os anos, precisamos também de redesenhar os nossos espaços urbanos para manter as crianças separadas dos veículos em movimento rápido e dar-lhes espaço para brincarem e se deslocarem."*

# REDUCING CHILD DEATHS ON EUROPEAN ROADS

**6000** CHILDREN

HAVE BEEN KILLED ON EU ROADS OVER THE LAST TEN YEARS



**9** OUT OF **10**

CHILD MOTORCYCLE RIDERS KILLED ARE BOYS



**HALF**

OF CHILDREN AGED 0-13 KILLED ON EUROPEAN ROADS ARE PASSENGERS



**ONE THIRD**

OF CHILDREN AGED 0-13 KILLED ON EUROPEAN ROADS ARE PEDESTRIANS



**11%**

OF CHILDREN AGED 0-13 KILLED ON EUROPEAN ROADS ARE CYCLISTS

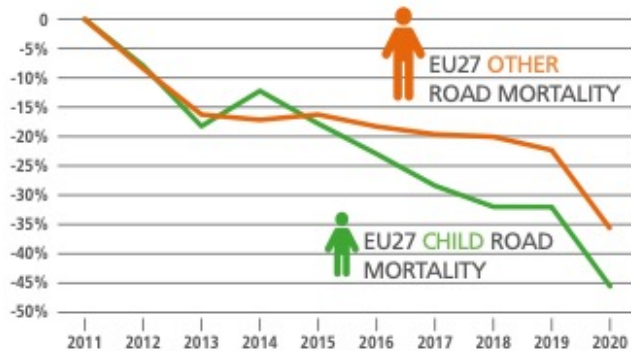


**1** IN EVERY **15**

CHILD DEATHS IS THE RESULT OF A ROAD COLLISION

## REDUCTION

IN ROAD MORTALITY OF CHILDREN



## TECHNOLOGIES

THAT CAN IMPROVE ROAD SAFETY FOR CHILDREN



INTELLIGENT SPEED ASSISTANCE



AUTOMATED EMERGENCY BRAKING  
(with pedestrian and cyclist detection)



CORRECTLY FITTED AND APPROPRIATE CHILD RESTRAINT SYSTEMS



## ETSC RECOMMENDS

PROPERLY-ENFORCED

**30 KM/H ZONES**

IN AREAS WITH LARGE NUMBERS OF PEDESTRIANS AND CYCLISTS AND NEAR CHILDCARE FACILITIES

# A CADA 2 SEGUNDOS, UMA PESSOA ABAIXO DOS 70 ANOS, MORRE DE DOENÇAS CRÔNICAS



Unicef/Karin Schermbrücke  
Fatores como tabagismo provocam mais de 8 milhões de mortes em cada ano

**Mortes por diabetes, cancro e complicações cardíacas superam as de doenças infecciosas; OMS e organização Bloomberg Philanthropies apontam falta de ação devido à baixa compreensão de impactos em áreas como saúde, equidade e economia.**

A cada dois segundos no mundo, uma pessoa com menos de 70 anos perde a vida para uma doença crônica. A maioria dos óbitos, ou 86%, ocorre em países de baixo e médio rendimentos. E muitas dessas mortes poderiam ser evitadas.

Um novo relatório da Organização Mundial da Saúde, sublinha os efeitos de doenças cardíacas e condições como cancro, diabetes e problemas respiratórios. O total das vítimas fatais já supera o das doenças infecciosas como as "maiores causas de morte em todo o mundo".

## Prevenção

A publicação "Números invisíveis: a verdadeira extensão das doenças crônicas" foi lançada à margem da 77ª. Assembleia Geral da ONU, em Nova Iorque. O documento destaca que a maioria das mortes em economias de baixo e médio rendimentos poderia ser evitada ou postergada se houvesse mais acesso à prevenção, ao tratamento e aos cuidados.

As doenças crônicas representam atualmente um dos maiores desafios de saúde por ficarem "esquecidas e subfinanciadas".



Fatores de risco e nível de implementação de políticas de 194 países constam de um novo portal de dados globais

A OMS ressalta que "mesmo que as pessoas entendam, instintivamente, a importância deste tipo de enfermidades para indivíduos e famílias, a compreensão não se traduz em ação adequada, seja em nível nacional ou global."

O relatório em parceria com a Bloomberg Philanthropies destaca que a falta de ação se deve, em parte, a uma falha em entender a dimensão causada na saúde, na igualdade e nas economias.

## Hipertensão e cancro

As doenças cardiovasculares matam mais do que qualquer outra respondendo por um em cada três óbitos por ano ou quase 18 milhões de mortes.

Dois terços das pessoas com hipertensão vivem em economias de baixo ou médio rendimentos, mas quase metade convive com hipertensão sem saber que está nessa situação.



Diabetes: um teste de glicose no sangue é usado para verificar o nível de açúcar no sangue

Cerca de uma em cada seis mortes é por cancro. Uma em cada 13 pessoas sofre de doenças respiratórias crônicas e uma em cada 28 vive com diabetes.

## Risco

Fatores como tabagismo provocam mais de 8 milhões de mortes a cada ano, um número similar ao de pessoas com dieta pouco saudável.

Outras situações que aumentam a probabilidade de adoecer são o uso nocivo de álcool e sedentarismo.

Os fatores de risco e o nível de implementação de políticas de 194 países constam de um novo portal de dados globais lançado juntamente com o relatório.