

# dependências



CM Matosinhos:  
Incubadora de boas  
práticas em acção  
social

Azevedos:  
Medicamentos  
portugueses  
conquistam  
o mundo

Presidente do Parlamento  
Europeu em exclusivo  
a Dependências:  
“Cortes no  
orçamento do  
EMCDDA são  
contraproducentes”

# Tudo ao contrário



O menino do contra queria tudo ao contrário: deitava os fatos na cama e dormia no armário. Das cascas dos ovos fazia uma omelete; Para tomar banho, usava a retrete. Andava, corria, de pernas para o ar, se estava contente, punha-se a chorar. Molhava-se ao sol, secava-se na chuva; E em cada pé usava uma luva. Escrevia no lápis com um papel; Achava salgado o sabor do mel. No dia de aniversário, recebeu dois presentes: um pente com velas e um bolo com dentes.

Surgiu-me esta analogia quando, recentemente, fui convidado a reflectir sobre o que aprendemos nos últimos anos acerca do fenómeno das dependências, um dos temas a abordar no I Congresso de Comportamentos Aditivos e Saúde Mental, organizado pela Clínica do Outeiro. Confesso que, a jusante do que mais interessa, ou seja, da evolução do conhecimento sustentada em políticas, estratégias, programas, práticas e intervenções cada vez mais baseadas em evidência, me inquieta um certo tipo de activismo do contra, sempre patente em alturas de mudança ou de reorganizações, ainda que muitas tenham resultado.

Lembro-me dos mais embrionários capítulos da intervenção em toxicode-

pendências em Portugal. Recordo, numa fase inicial e intermédia, uma certa “psiquiatrização” da coisa, assim como recordo os tempos em que a elite da saúde mental empurrava os toxicodependentes para outras “quintas”, argumentando que os mesmos não “encaixavam” nas suas... Mais tarde, face à inclinação de recursos, voltou a fazer todo o sentido a integração das toxicodependências na saúde mental...

Recordo intransigências e verborreias mentais em torno da administração de metadona e de outras ferramentas de baixo limiar, da defesa ao estilo ultra-nazi do tratamento livre de “drogas”, da implementação de projectos de redução de riscos, da realização de inquéritos em meio escolar, da constituição de equipas e nomeação de chefias, da atribuição de financiamentos, da realização de diagnósticos...

Também me recordo da constituição do IDT... Finalmente, eram concentradas num só organismo as principais competências e eixos de intervenção nesta temática. “Lá está o poder político, o governo ou a tutela a querer monopolizar a decisão e intervenção, que deve caber à sociedade civil”, diziam muitos... As políticas inovadoras, que rompiam com o conservadorismo reinante, que potenciavam a aproximação dos serviços ao utente e deste aos cuidados sociais e sanitários começavam a fazer-se sentir no terreno. Surgia uma lógica concursal, assente em cadernos de encargos com que o IDT apelava à capacidade de empreendedorismo da sociedade civil, delegando e financiando serviços e projectos mas, obviamente, também responsabilizando e pedindo “contas”. “Não temos tempo para mais nada: só relatórios e mais

relatórios, concursos para tudo, eles é que definem os territórios e eixos prioritários...”, continuavam os queixumes...

Pelo meio, também na intervenção em alcoologia surgiram novidades. A integração desta valência no IDT não significou, como muitos temiam, perda de identidade ou de recursos. Pelo contrário, a rede alargou-se face à extensão da abordagem por parte dos técnicos do, então, IDT. Ter-se-ão perdido, eventualmente, algumas regalias... Mas até no seio do IDT a decisão não foi assim tão bem acolhida, uma vez que a acumulação de novas e exigentes competências não significou reforço de recursos.

Claro que, pelo meio desta história, que não seria capaz de resumir numa página, houve muitos aspectos negativos e que poderiam ter sido decididos de forma mais consensual... Existiram, por exemplo, lacunas na articulação entre diferentes entidades, nomeadamente no cruzamento de políticas ou programas de áreas transversais às dependências, como o VIH/sida, as hepatites, a saúde pública e os cuidados de saúde primários, e até com as próprias ONG em determinados serviços e alturas... Felizmente, existe hoje um manual para a referenciação... Mas, relembro, quem não voltaria cinco anos atrás, desde as ONG que interpretam no terreno a intervenção, de acordo com uma prévia definição de matrizes, àqueles que, no sector público, trabalham nas diferentes valências que hoje constituem a intervenção em dependências? A questão urge: o que preferem: o tal Estado que terá querido apropriar-se indevidamente da direcção da intervenção nas dependências ou o que, hoje, não consegue assegurar o financiamento da grande maioria das boas práticas preconizadas na sociedade civil, anteriormente implementadas e devidamente avaliadas?

Sérgio Oliveira, director

dependências

SÓ PARA PROFISSIONAIS

## FICHA TÉCNICA

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

Presidente do Parlamento Europeu, em entrevista exclusiva a Dependências:

# Martin Schulz considera cortes no orçamento do EMCDDA “contraproducentes”



*O recém reeleito Presidente do Parlamento Europeu, Martin Schulz, visitou a agência da UE de informação sobre droga (EMCDDA) e a agência europeia de segurança marítima (EMSA), ambas sediadas em Lisboa, no dia 23 de setembro.*

A visita surgiu na sequência de uma primeira deslocação de Martin Schulz às agências da UE, realizada no dia 20 de junho de 2013 quando, acompanhado pelo Presidente da CML, António Costa, e pelos Diretores das duas agências, procedeu à inauguração da Praça Europa, onde as mesmas estão sediadas. A inauguração seguiu-se a uma cerimónia que decorreu na Câmara Municipal de Lisboa na qual o Schulz recebeu as chaves da cidade.

Após uma reunião com o primeiro-ministro português e representantes de diferentes quadros políticos nacionais, a visita iniciou-se com a deslocação a cada uma das agências da UE, seguida de uma reunião com o Diretor do EMCDDA, Wolfgang Götz e com o Diretor da EMSA, Markku Mylly. Martin Schulz privou igualmente com funcionários dos dois organismos para se inteirar dos projetos e desafios em curso. A visita terminou com uma conferência de imprensa, acompanhada por Dependências.

O EMCDDA e a EMSA foram criados em 1993 e 2002, respetivamente, e desde 2009 que estão instalados num local comum em Lisboa. Esta situação resulta da assinatura em 2004 de um Memorando de Entendimento entre o Governo Português e as duas agências europeias sobre o estabelecimento das suas sedes na cidade. O Memorando tem em consideração o princípio defendido pelo Parlamento Europeu, segundo o qual ‘os Estados mem-

bro que acolhem mais de uma agência europeia numa cidade do seu território deverão desenvolver todos os esforços para encontrar espaços de utilização comum e assim introduzir práticas de boa administração financeira reduzindo custos de manutenção’.

Este mês, a Comissão Europeia elogiou o EMCDDA e a EMSA pelo esforço conjunto no reforço da cooperação, na minimização de custos, e sempre que possível, na partilha de serviços. Reconhece ainda a Comissão Europeia que os dois organismos são pioneiros nesta área, servindo de exemplo a outras agências da UE. Esta colaboração está em linha com os últimos relatórios do Parlamento Europeu de quitação pela execução dos orçamentos das agências e enquadra-se no contexto de recursos financeiros e humanos cada vez mais limitados.

Martin Schulz foi eleito Presidente do Parlamento Europeu em 17 de janeiro de 2012 para um mandato de dois anos e meio. Em 1 de julho de 2014, tornou-se o primeiro presidente na história da instituição a ser reeleito para um segundo mandato. O Sr. Schulz é membro do Grupo da Aliança Progressista dos Socialistas e Democratas no Parlamento Europeu.

Dependências acompanhou Martin Schulz neste périplo, obtendo no final um exclusivo do Presidente do Parlamento Europeu.

## **Mr. Schultz, gostaria de saber quais as principais conclusões por si obtidas a partir das reuniões com o Primeiro-ministro português e o Diretor da EMCDDA?**

**Martin Schulz (MS)** – Com o Primeiro-Ministro português falou-se da situação geral, da situação económica da União Europeia, sobre os programas aqui em Portugal e da situação económica e política no país. Falou-se ainda do mercado das drogas e das agências, o EMCDDA e a EMSA... Fiquei deveras impressionado com a qualidade das agências e, por outro lado, com o crescente aumento de drogas e seu consumo. E o que constatei hoje





## **“Creio que nunca teremos, assim como ainda não tivemos, uma única política europeia de drogas.”**

é que não faz sentido nenhum cortar com os fundos para as agências. Penso que o que vemos aqui em Lisboa é uma cooperação eficaz entre duas agências que lidam com diferentes domínios, mas situadas no mesmo lugar, partilhando as mesmas instalações e reduzindo os custos, o que é muito eficaz. A propósito, sinto um pouco de inveja, este é um dos locais mais bonitos e agradáveis da Europa onde eles estão a trabalhar, mas merecem todo o apoio. Por outro lado, o número relativo à identificação de novas drogas vindas de todo o mundo preocupa-me bastante.

### **Até que ponto constitui a adição de drogas um fator preocupante para a União Europeia e o Parlamento Europeu?**

**MS** – É um problema. É um problema para a nossa sociedade, é um problema também para os estados-membros europeus como um todo, no mercado livre, na área do movimento livre e nas relações económicas e comerciais que temos com outras partes do mundo inteiro os riscos estão a aumentar. Isto é absolutamente claro. Logo os riscos com abuso de drogas, consumo de drogas e importação de drogas estão a aumentar, pelo que faz sentido termos uma Agência como a EMCDDA e apoiá-la.

### **Este é verdadeiramente um assunto presente na agenda do Parlamento?**

**MS** – Sim. O Parlamento Europeu é regulado em diversas regulações por um comité de Assuntos Internos. Eu próprio, há vinte anos atrás, quando fui eleito pela primeira vez para o Parlamento Europeu, enquanto coordenador do meu grupo parlamentar nesse comité, fui um dos que decidiram a favor da Agência e da sua instalação em Lisboa. Isto é um item definitivo para muitos dos membros do Parlamento Europeu, mas devo admitir que nos últimos anos temos tido frequentemente muitos debates polémicos sobre fundos e recursos e esta tendência na União Europeia para cortar o orçamento europeu de um modo geral conduziu a cortes também para as agências, como o EMCDDA e a EMSA. No caso particular da agência de drogas, uma das conclusões das minhas visitas é que tal se torna completamente contraproducente.

### **Como se sabe Portugal é um “case study” no que concerne à concepção de estratégias e políticas sobre adições e drogas. Fomos o primeiro país a descriminalizar o uso e**

**posse para consumo e, provavelmente, a estruturar uma rede baseada no humanismo e pragmatismo que esta problemática requer. Como é que o Parlamento encara esta abordagem política por parte de Portugal?**

**MS** – Veja... esta é uma das questões mais difíceis que me pode colocar. E se me permite volto ao que anteriormente referi quando falei sobre o meu primeiro mandado no Parlamento Europeu. Nessa altura, tivemos um debate acerca da política de drogas na Holanda e na Suécia, duas monarquias mais ou menos protestantes, com uma enorme tradição de estados prósperos, mas duas conclusões completamente divergentes sobre política de drogas. Por isso, comentar sobre políticas europeias é mais ou menos impossível e a razão prende-se com a variedade de tradições assim como sistemas e diferentes percepções públicas do problema com base nas diferentes culturas e tradições. Por conseguinte, não lhe posso responder se vejo positivamente ou negativamente, pois na minha instituição da qual sou presidente, de um modo geral, existem diferentes opiniões.

Portanto, creio que nunca teremos, assim como ainda não tivemos, uma única política europeia de drogas. Tudo o resto não seria verdade. Por tal, Portugal deverá chegar às suas próprias conclusões com base nas experiências que estão a ter aqui.

### **Como analisa a situação de Portugal pós Troika?**

**MS** – Não é fácil, para mim, fazer uma análise do país pós programa. A avaliação carece de algum tempo mas uma conclusão parece-me clara: aqueles que dizem apenas os cortes na despesa pública conduzem a um acréscimo da confiança por parte dos investidores não estão certos. Claro que é necessário implementar disciplina orçamental e reduzir o défice mas, a longo prazo, estas medidas, por si só, não traduzirão, a par de orçamentos mais estáveis, crescimento ou fomentarão emprego. A verdade é que temos centrado muito o discurso em torno da estabilidade mas nunca será possível de alcançar uma estabilidade sustentável sem crescimento. Não tecerei comentários acerca do programa adoptado em Portugal mas parece-me que, a exemplo de outros países, o que precisam é de investimentos. Não só públicos mas igualmente privados. Precisam de uma estratégia e espero que o anúncio destes 300 milhões de investimento para atrair investimentos na economia real se traduza em sucesso, pois esse é um dos nossos maiores desafios. Existe muito capital privado a fluir, assim como existe outra parte muito significativa que não flui porque é destinada a mercados especulativos. Potenciar uma maior atratividade aos investimentos realizados na economia real é, pois, um dos principais objectivos que teremos de alcançar, tanto em Portugal como nos demais países da UE.

# Fraude económico–financeira e droga



Carlos Pimenta



A empresa teve a sua carteira de clientes devassada por uma intrusão informática. Muito do peixe que comemos resulta de capturas ilegais. Através da criação de várias empresas-fantasma e a manipulação dos preços de produção grandes empresas não pagam impostos, quer por evasão fiscal quer por aproveitamento de utilização dos paraísos fiscais e judiciários. Outros criam mecanismos para receberem IVA, em vez de pagarem. Os bancos utilizam o nosso dinheiro para operações de alto risco e cruzamento de operações entre empresas do mesmo grupo. Os consumidores são enganados quanto à qualidade dos produtos que consomem. A corrupção permite conhecer previamente os cadernos de encargos dos grandes concursos públicos e facilitar uma decisão vantajosa. Outras vezes, de uma forma mais abrangente, a corrupção assume-se como financiamento às campanhas políticas (legal e informal). Os segurados falsificam declarações de sinistro para obterem indemnizações a que não têm direito. A contabilidade da empresa foi manipulada para revelar resultados inexistentes. O projecto ur-

banístico foi “ajustado” de forma a violar imperceptivelmente os planos aprovados. Mortos recebem salários que certamente vão para a conta de um vivo. Vírus informáticos e emails não solicitados captam informações que permitem o acesso electrónico às contas bancárias de outrem. Os clubes de futebol servem para compras e vendas que deixam benesses nos bolsos do clube e alheios. O fisco sabe que algumas das suas regras não estão a ser cumpridas pelo Estado mas fazem de conta. O médico que integra uma clínica recebe directamente o que deveria ser da clínica. Um jogo de golfe permitiu informação privilegiada de uma decisão futura que vai valorizar repentinamente terrenos hoje quase sem preço.

E nesta lista quase interminável, umas são pequenas fraudes, outras grandes, outras muito grandes. Umhas são pontuais, outras sistemáticas. Fraude contra as empresas, contra os consumidores, contra o Estado; contra os funcionários da instituição e contra os cidadãos. Algumas praticam-se num ambiente de culpabilização social do defraudador, gerando um círculo virtuoso, outras são uma forma eficaz e duradoira de vencer a concorrência. As fraudes, que explodiram nos últimos trinta anos de forma sistemática e globalizada, criaram uma espiral de aumento da sua própria realização: porque os defraudadores têm maior capacidade de vencer a concorrência dos honestos, porque se gera um efeito de imitação e de impunidade, porque há uma degenerescência das relações éticas na sociedade, porque se quebram laços de confiança fundamentais à vida social e ao funcionamento das instituições.

Na leitura espontânea destes acontecimentos pode pensar-se que são de acontecimentos isolados, mas na realidade são processos em que cada acto faz parte de um todo, segue-se a acontecimentos anteriores e exige uma continuidade. São considerados actos criminosos ou socialmente reprováveis e despreza-se a sua inevitável articulação com os mais pequenos gestos da vida das comunidades humanas: a educação e as referências éticas e estéticas inculcadas; a informação e a sua assimilação cultural e de valores; as práticas dos negócios nas dinâmicas estrutural e conjunturais; as formas como a sociedade se estrutura e as relações interpessoais se manifestam; a percepção do passado e do futuro moldando os nossos quotidianos. Na leitura espontânea pode pensar-se que são exclusi-

***“As fraudes, que explodiram nos últimos trinta anos de forma sistemática e globalizada, criaram uma espiral de aumento da sua própria realização”***

***“Não é possível compreender a fraude e o tráfico de droga sem a percepção da sua existência.”***



vamente actos individuais, mas na realidade cada homem é parte das relações interpessoais, institucionais e sociais; da sua família, comunidade, país e mundo; da sua classe e grupos sociais, estruturados com uma leitura do mundo condicionada pela sua experiência e consciência possível enquanto projecto.

A fraude económico-financeira é todo o acto intencional de pessoas, individuais ou colectivas, perpetrado com logro, e que provoca, efectiva ou potencialmente, dano a cidadãos e instituições, violando as boas práticas ou a lei. A fraude contem o mundo e este engloba a fraude. Uma relação entre o todo e a parte que mudou profundamente a partir dos anos oitenta do século passado, com o processo que podemos designar de globalização. Mudança que gerou uma sistematicidade e intensidade da fraude desconhecida desde os primórdios da sociedade capitalista brotada da Revolução Industrial.

Produção e comercialização das drogas e fraudes económico-financeiras, incluindo nesta a corrupção, fazem parte do mesmo mundo. Não são realidades que se limitam a coexistir e a frequentarem os mesmos espaços: as contas bancárias em paraísos fiscais e de segredo, as empresas fantasma, as ruas e os gabinetes do poder político. Não se limitam a usar os mesmos procedimentos: violar a ética e a lei aproveitando os interstícios permissivos desta, recorrer a processos de aparente legitimação dos recursos financeiros através do branqueamento de capitais, financiar informalmente campanhas eleitorais, contribuir para uma difusão ideológica castradora da honra e da dignidade. Hoje, as interpenetrações entre a fraude económico-financeira e o tráfico de droga são mais orgânicas.

A fraude, nomeadamente a perpetrada por quem tem elevado estatuto social e político, que atinge valores capazes de estremecer o mundo, é crescentemente parte da actividade do crime organizado. Hoje floresce um crime económico organizado “de colarinho branco”. Os seus tentáculos estendem-se para negócios mui-

to diversificados: da corrupção aos negócios de guerra, da manipulação financeira à contrafacção, do “tratamento” do lixo tóxico aos sistemas paralelos de crédito. Enfim, nenhum negócio é subestimado desde que permita obtenção de lucro, alheando-se totalmente das consequências sociais e individuais que tal possa acarretar a terceiros. E desta unidade de objectivos entre o crime organizado e a organização capitalista, cimentado pelas ideologias individualistas e neoliberais, que nasce uma interligação entre o mundo do crime e as actividades legais. Uma interligação ora consciente e deliberada, ora espontânea e involuntária; ora violando a lei, ora aproveitando os espaços de liberdade do capital politicamente construídos, ora ainda utilizando a imaginação e a contabilidade criativa; ora estrutural e sistemática, ora aproveitando as conjunturas e as dificuldades normais das empresas, como acontece no longo período de crise e depressão que actualmente vivemos. Uma interligação facilitada pela brutal centralização do rendimento e da riqueza às escalas nacional e internacional, pela liberdade de circulação dos capitais, pela institucionalização dos offshore, pelas políticas de descriminalização, desregulação e ausência de fiscalização.

A criminalidade económico-financeira internacional assume hoje um papel fundamental nas sociedades contemporâneas. Não é possível compreender a fraude e o tráfico de droga sem a percepção da sua existência. E nesta indissolubilidade do todo, perpetrada no aparente livre arbítrio de cada um, a droga assume-se como o actual pilar fundamental do “mundo cinzento”, pois é financeiramente estruturante da criminalidade económica internacional.

Fraude e droga, partes do mesmo mundo. De um mundo que urge modificar radicalmente se queremos que as palavras “ética” e “lei” tenham algum significado positivo, e dignificador, para as futuras gerações.



***“A droga assume-se como o actual pilar fundamental do “mundo cinzento”, pois é financeiramente estruturante da criminalidade económica internacional”***

Grupo Azevedos:

# Medicamentos portugueses conquistam o mundo

*A edificação da botica Azevedo, no longínquo ano de 1775, dificilmente faria adivinhar o nascimento das raízes que hoje sustentam a existência de uma das mais bem sucedidas empresas portuguesas no domínio da saúde.*

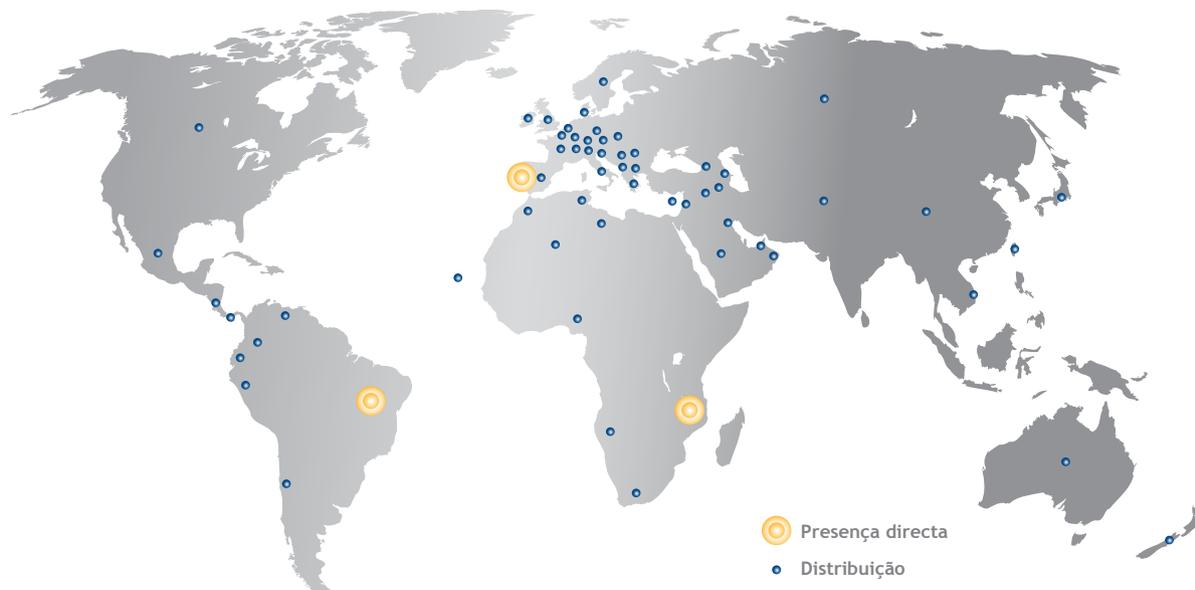
*O Grupo Azevedos pode mesmo orgulhar-se de ter inscrito na sua história a produção do primeiro medicamento em Portugal e a participação no prémio Nobel da medicina, atribuído ao Professor Egas Moniz.*

Durante mais de dois séculos, aquele que é hoje um dos mais sólidos grupos farmacêuticos nacionais, desenvolveu a sua actividade ao serviço da medicina, sempre na vanguarda do desenvolvimento farmacêutico. Atualmente, produz mais de 50 milhões de unidades por ano, com 18 empresas especializadas, emprega perto de 600 colaboradores em todo o mundo (27% com formação superior) e exporta para mais de 40 países.

Ser uma referência entre as empresas de produtos farmacêuticos é a missão incorporada no Grupo Azevedos, atualmente presente nos cinco continentes, de forma directa ou alicerçada na celebração de parcerias de comercialização.

Os Laboratórios Azevedos são a empresa mãe do grupo e está a seu cargo a estratégia das diferentes áreas de negócio, na concretização da missão estabelecida. Os Laboratórios Azevedos, enquanto estrutura, podem orgulhar-se de, neste momento, estarem em completo contra ciclo face ao mercado farmacêutico nacional. Segundo dados de Agosto de 2014, o mercado farmacêutico estava a cair 2.9%, enquanto os Laboratórios Azevedos crescem 13.3% no mesmo período e 16,8%, em acumulado.

Em entrevista a Dependências, Thebar Miranda, Presidente do Conselho de Administração do Grupo Azevedos, assegura: “Conquistamos segmentos, criamos e lançamos produtos, construímos marcas. Procuramos o sucesso com os nossos produtos e as nossas parcerias, atingindo posições de liderança e notoriedade com produtos inovadores, desenvolvendo negócios nas áreas dos medicamentos de prescrição, hospitalar, OTC e medicamentos Genéricos”.



## Uma referência na produção de medicamentos em Portugal

Inaugurada em 1994, a Sofarimex, uma das empresas do grupo, é uma referência na produção de medicamentos em Portugal. Com 100% do capital social pertencente ao grupo farmacêutico português Azevedos e um portefólio superior a 650 produtos, a Sofarimex exporta 75% da sua produção para os cinco continentes.

De um nível tecnológico avançado, respeitando escrupulosamente as normas farmacêuticas, a Sofarimex é especialista na produção farmacêutica de pequenas e médias séries à escala europeia. A unidade de produção possui grande flexibilidade produtiva, fabricando várias formas farmacêuticas, nomeadamente sólidos, líquidos, pastosos, estéreis e liofilizados.

A Unidade de Liofilizados, a mais recente aposta do Grupo Azevedos, realizada na Sofarimex em 2009, representa uma referência à escala global. Com um investimento de 8 milhões de euros e totalmente em conformidade com as novas especificações regulamentares europeias, a nova unidade de produção tem capacidade de 9 milhões de unidades, sendo uma das maiores unidades de produção de Liofilizados da Europa.

## 75% da exportação tem como destino mercados externos.



### Áreas de atuação Sofarimex:

*Produção e embalagem de produtos farmacêuticos*  
*Aprovisionamento*  
*Desenvolvimento de embalagens*  
*Desenvolvimento de fórmulas e processos*  
*Ensaio de estabilidade*  
*Desenvolvimento e validação de métodos analíticos*  
*Apoio regulamentar*

### Capacidade instalada (76 milhões unidades):

*2 000 000 000 comprimidos*  
*350 000 000 cápsulas*  
*110 000 000 blisters*  
*7 000 000 frascos I cx 20*  
*12 000 000 unidades de líquidos*  
*5 000 000 unidades de cremes e pomadas*  
*9 000 000 unidades de liofilizados*  
*3 000 000 pastas orais de uso veterinário*



### Principais indicadores:

*Área de produção de 28 240m<sup>2</sup>*  
*Área coberta de 18 570m<sup>2</sup>*  
*275 formulações*  
*45 milhões de unidades*  
*650 apresentações*  
*50 clientes directos em 30 países*  
*227 colaboradores*



### Principais clientes:

*Sanofi, Mepha, GSK, Novartis, Pharmascience, Midas, Virbac, Helm, A.E. Tiefenbacher, Tecnimed, Acino, Polpharma.*



### **Thebar Miranda, Presidente do Conselho de Administração do Grupo Azevedos**

**Falar hoje no Grupo Azevedos, um dos mais sólidos players portugueses da indústria farmacêutica, implica revisitar uma história que assume contornos ímpares...**

**TM** – A instituição, enquanto grupo empresarial, é relativamente recente. No entanto, transportámos um passado e uma experiência acumulada, através dos medicamentos Azevedos, cuja origem remonta há 240 anos atrás. A génese encontramos numa farmácia, que ainda hoje existe, construída no Rossio após o terramoto de 1755.

O nome Azevedos surge da fusão de duas farmácias da altura que apenas aliavam uma denominação comum, o sobrenome Azevedo, e resultou da evolução da própria actividade farmacêutica e do medicamento. Ao longo deste período, a marca Azevedos foi-se afirmando através de soluções terapêuticas inovadoras e com uma forte contribuição para a melhoria do sistema de saúde público. Hoje, focalizamo-nos numa actividade centrada na evolução do medicamento e nas novas soluções terapêuticas, procurando sistematicamente disponibilizar à saúde pública mais e melhores medicamentos.

**Um Grupo que alia essas raízes e capital nacional à internacionalização, uma realidade hoje consumada...**

**TM** – O Grupo Azevedos é uma holding multinacional, de capital 100% nacional, com os centros de decisão sediados em Portugal. Directamente, temos empresas em três continentes – África, América Latina e Europa – e vendemos os nossos produtos nos cinco continentes.

**Presumo que, no seio dessa estratégia de internacionalização, a presença nas Comunidades de Países de Língua Oficial Portuguesa constitua um alicerce que sustenta também o sucesso evidenciado nos mercados em que o Grupo se posiciona...**

**TM** – Sempre foi um prioridade. Desde a afirmação do nosso processo de internacionalização, no final dos anos 80, e por razões evidentes, apesar de termos muito orgulho em sermos portugueses, a dimensão do mercado nacional é muito reduzida.

Daí que tenhamos apostado na diversificação dos mercados e na internacionalização, logo desde a constituição do Grupo. A prioridade foi canalizada para os países de língua oficial portuguesa, desde logo sustentada nas afinidades histórico-culturais. A nossa presença estende-se muito para além da posição que ocupamos no mercado. O próprio relacionamento e intercâmbio com os nossos parceiros profissionais de saúde desses países é muito mais próximo e vai bastante além da mera venda do medicamento. Fomentamos o intercâmbio de formação, apoiamos a formação de quadros dos países de língua oficial portuguesa, quer com acções nos próprios países, quer em Portugal. Os aspectos do relacionamento humano têm particular incidência nesta nossa relação com os PALOP.

### **O que representa para o Grupo o vector estratégico I&D?**

**TM** – A aposta na Investigação e Desenvolvimento constitui um vector fundamental no desempenho da actividade da empresa. O que se reflecte no desenvolvimento de novos medicamentos mas, sobretudo, na base da investigação incremental, trabalhando em prol da melhoria de moléculas ou em novas combinações de moléculas conhecidas. Trata-se de uma base fundamental para podermos oferecer uma oferta diferenciada e actualizada de medicamentos aos vários sistemas e serviços de saúde nos países onde estamos. Por norma, as nossas opções ao nível do desenvolvimento visam medicamentos que tenham uma perspectiva de interesse global e não apenas nacional.

### **O medicamento genérico**

**“São medicamentos iguais aos outros. Hoje em dia, na Europa, onde existem sistemas do medicamento mais credíveis e regulamentação adequada, o medicamento genérico oferece exactamente a mesma qualidade, segurança e eficácia que um medicamento de marca. A vertente industrial do Grupo Azevedos é muito forte. Temos uma actividade que vai muito além do fabrico de produtos próprios. Temos uma fábrica em Portugal e outra no Brasil que produzem, não só os medicamentos Azevedos, mas igualmente para uma série de outras companhias nacionais e multinacionais. Posso garantir que não existe qualquer distinção entre medicamento genérico e de marca. Sob o ponto de vista técnico farmacêutico, só podemos utilizar princípios activos que tenham exactamente os mesmos parâmetros e especificações dos medicamentos originais. É o que está regulamentado e o que cumprimos irrepreensivelmente”.**

### **Vantagens inerentes à utilização do medicamento genérico**

**“Estando perante o mesmo padrão de qualidade, segurança e eficácia, diria que existe uma única vantagem: o preço. Os genéricos são mais acessíveis e, de alguma forma, democratizam o direito à saúde. A quota de mercado dos genéricos em Portugal levou algum tempo a crescer mas, atualmente, é muito significativa. Nos chamados grupos homogêneos, a quota é muito satisfatória, ultrapassando nalguns casos os 50%”.**

### O futuro do Grupo Azevedos

*“O passado é de enorme importância. Orgulhamo-nos do que construímos e sentimos o peso dessa responsabilidade. Somos um grupo empresarial e, como tal, devemos desenvolver-nos obedecendo a uma lógica económica. Mas diria que, enquanto conseguimos continuar a desempenhar um contributo importante para a melhoria da saúde pública, através dos medicamentos que vamos disponibilizando, e mantivermos a postura permanente de procura de qualidade do produto e seriedade de actuação, a lógica económica será certamente assegurada”.*

O desenvolvimento de novos produtos é muito mais oneroso do que se possa pensar. Fazer esse investimento, extremamente significativo, apenas com base no mercado nacional, torna muito difícil a necessária obtenção do equilíbrio de retorno.

Uma vez que operamos nos mercados internacionais, esse tipo de investimento adquire viabilização para o Grupo Azevedos. Não obstante o facto de o mercado português representar, para nós, uma grande importância enquanto referência para as outras geografias em que operamos. O medicamento é um bem muito específico, sujeito a uma regulamentação muitíssimo apertada e a autorizações de comercialização. Nesse sentido, Portugal torna-se muito importante para os registos e autorizações do medicamento, o que nos permite depois extrapolar essa base para os outros mercados.

### Que retorno sente em termos de reconhecimento por parte dos parceiros internacionais do Grupo?

**TM** – O nosso processo de internacionalização está muito baseado na procura e desenvolvimento de boas parcerias. Nos mercados em que não possuímos empresas próprias, privilegiamos a atuação através de parceiros locais, que colaboram connosco na comercialização. O reconhecimento resulta da própria actividade que desenvolvemos. Se conseguimos fazer negócios noutros mercados, através de parceiros, é porque estes reconhecem interesse no nosso trabalho e oferta.



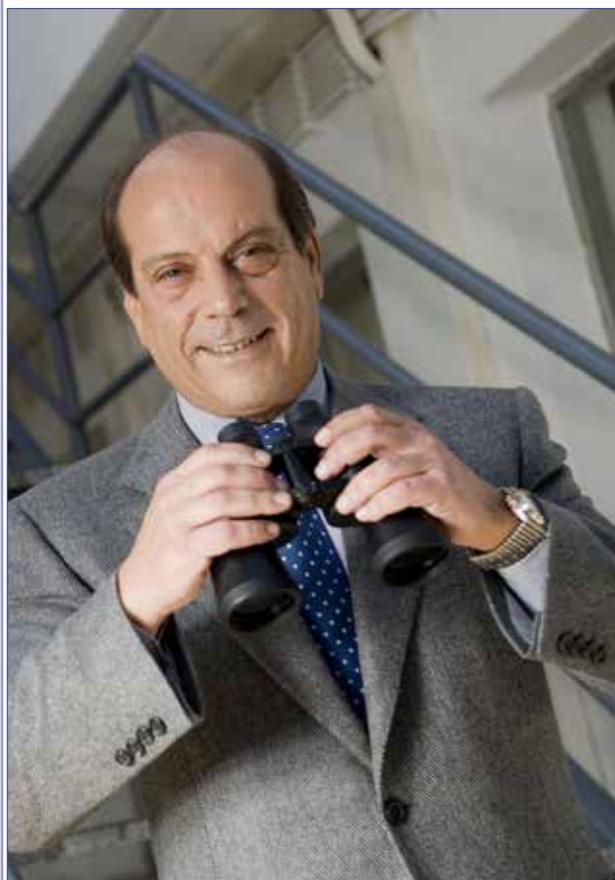
### Um compromisso com os doentes

*“O nosso compromisso é sempre com os doentes. Trabalhamos com um bem muito especial, que interfere no bem-estar ou mal-estar dos doentes, que tem a ver com a vida e com a morte e temos que eleger sempre como presente o contributo para que o sofrimento ou a dor seja mais facilmente resolvida. O nosso grande contributo tem que ser subordinado à oferta de uma melhor e mais prolongada qualidade de vida. Enquanto conseguirmos, como empresa, contribuir para esse incremento da qualidade de vida e para uma maior longevidade, estamos a desempenhar o nosso papel”.*

### Em síntese, como descreve o portefólio dos medicamentos Azevedos?

**TM** – No seio do Grupo Azevedos, temos um portefólio bastante diversificado. Estamos em várias áreas terapêuticas, com medicamentos de prescrição médica obrigatória, medicamentos sem prescrição médica obrigatória, medicamentos de uso hospitalar, suplementos alimentares e medicamentos Genéricos. Somos muito criteriosos no que diz respeito à presença dos nossos produtos nas áreas terapêuticas. Em Portugal, entre outras, estamos com destaque em áreas terapêuticas como a Osteo-articular, Pediatria, Dermatologia, Ginecologia e o Sistema Nervoso Central.

“Um líder de olhos postos no futuro”



# Metadona – conclusão da revisão da segurança

O Comité de Avaliação do Risco em Farmacovigilância (PRAC) da Agência Europeia do Medicamento (EMA) concluiu a revisão da segurança dos medicamentos, para administração oral, contendo metadona e povidona como excipiente. Decorrente desta avaliação, o PRAC recomendou a suspensão da comercialização das soluções orais de metadona que contêm povidona de elevado peso molecular.

Conforme referido na Circular Informativa N.º 096/CD/8.1.7. de 11/04/2014, os medicamentos contendo metadona são utilizados para prevenir ou reduzir os sintomas de abstinência em doentes dependentes de opióides, tais como a heroína, para prevenir a ocorrência de recaídas.

Em Portugal, a utilização dos medicamentos contendo metadona é feita através de uma autorização de utilização excepcional (AUE).

Algumas formulações orais de metadona contêm como excipiente a povidona de elevado peso molecular. Apesar de esta substância não ter riscos quando utilizada por via oral, quando é injetada, não é facilmente eliminada pelo organismo, acumulando-se em órgãos vitais, como o rim, o que pode causar danos graves.

O PRAC verificou a existência de risco associado à má utilização destes medicamentos por parte da população alvo e os danos potenciais decorrentes da injeção destas soluções orais.

O PRAC concluiu que a má utilização por injeção de tais soluções não poderia ser adequadamente evitada com medidas de minimização do risco, pelo que recomendou que a co-

mercialização destes medicamentos seja suspensa até à reformulação da sua composição.

Adicionalmente, o PRAC recomendou algumas medidas para reduzir o risco de má utilização dos comprimidos de metadona contendo povidona de baixo peso molecular. A povidona de baixo peso molecular não se acumula no interior das células da mesma maneira que a povidona de elevado peso molecular, por esta razão, para estes medicamentos, o PRAC recomendou alterações ao resumo das características do medicamento (RCM) e folheto informativo (FI) para harmonizar e reforçar a mensagem de que os comprimidos são apenas para administração oral e não devem ser administrados de nenhuma outra forma.

Estas recomendações resultaram da revisão que o PRAC fez de todos os casos de reações adversas graves disponíveis e dados da literatura. O PRAC consultou também um grupo de especialistas sobre a forma como os medicamentos contendo metadona são utilizados e sobre a sua efetividade e segurança na prática clínica. Os especialistas consideraram que a disponibilização de informações sobre os riscos associados à má utilização de medicamentos orais de metadona seria importante, mas não suficiente para gerir o risco nesta população de doentes, e que a povidona de elevado peso molecular deveria ser retirada dos medicamentos que contêm metadona.

A recomendação do PRAC será tida em conta pelo Grupo de Coordenação (CMDh), que emitirá uma posição.

O Infarmed continuará a acompanhar e a divulgar todas as informações pertinentes relativas a este assunto.



**23**  
**ANOS**  
**1991-2014**

## Velhas Rotas Novos Horizontes: Clínica do Outeiro dá o mote para debate científico

*A Clínica do Outeiro organizará, nos dias 6 e 7 de Novembro o I Congresso de Comportamentos Aditivos e Saúde Mental, um encontro de cariz técnico científico, com inscrição gratuita, e que decorrerá no Auditório da Associação Comercial e Industrial de Gondomar. Os promotores do evento elegeram como tema Velhas Rotas Novos Horizontes, propondo um formato composto por mesas, duas conferências – subordinadas ao debate em torno do passado e do futuro em dependências e comportamentos aditivos - e uma tertúlia, que antecederá a sessão de encerramento. Temáticas como Percursos Paralelos: o Álcool e o Indivíduo, Sociedade, Subcultura e Substâncias, Saúde Mental e Comportamentos Aditivos, Neurociências e Comportamentos Aditivos e Alternativas Terapêuticas na Conduta Aditiva serão abordadas num formato de mesa, em que participarão especialistas de vários domínios da saúde, das ciências, incluindo sociais, e do meio académico.*

De realçar que esta é uma iniciativa de uma entidade privada, que alia assim aos serviços que presta no domínio do tratamento a quadros clínicos compatíveis com dependência de substâncias psicoactivas, com ou sem psicopatologia associada, a vertente da formação e do debate e partilha técnica e científica.

Na antecâmara do evento, Dependências entrevistou José Manuel Ramos, director técnico da Clínica do Outeiro.

**A Clínica do Outeiro organizará, nos dias 6 e 7 de Novembro, o I Congresso de Comportamentos Aditivos e Saúde Mental. Que significâncias estarão por detrás de um evento subordinado ao tema “Velhas Rotas Novos Horizontes”?**

**José Manuel Ramos (JMR)** – A Clínica do Outeiro providencia tratamento a quadros clínicos compatíveis com dependência de substâncias psicoactivas, com ou sem psicopatologia associada há 23 anos. Ao longo da nossa existência contribuímos para a recuperação psicoterapêutica de centenas de pessoas e famílias e consideramos que chegou a hora de darmos o passo e contribuímos para o debate científico principalmente numa fase de enormes indefinições relativamente ao panorama das dependências. Quando falo em indefinições refiro-me essencialmente a indicadores que nos dizem que apesar do consumo de heroína na Europa estar a diminuir, em Portugal parece ter estagnado, os pedidos de ajuda para consumidores de Cannabinóides têm aumenta-



*José Manuel Ramos, director técnico da Clínica do Outeiro*

do significativamente, os padrões de consumo de bebidas alcoólicas tem-se alterado substancialmente e associado a tudo isto chegam às Comunidades Terapêuticas indivíduos cada vez mais novos e mais desorganizados do ponto de vista neurocognitivo. Paralelamente a estas alterações surgem a uma velocidade estonteante novas substâncias de abuso, logo torna-se necessário que as equipas terapêuticas estejam informadas e qualificadas a dar resposta a estas novas realidades. Para além de tudo isto, e no que toca às Comunidades Terapêuticas considero que há uma necessidade constante de actualização científica, há que qualificar as equipas terapêuticas pois só dessa forma conseguimos dar respostas eficientes e eficazes e trabalhar em prol das reais necessidades do utente tendo em vista a sua reabilitação. É neste contexto que surge o tema deste congresso “Velhas Rotas, Novos Horizontes”. Ou seja, de onde vimos e para onde vamos, de que forma perspectivamos as novas abordagens terapêuticas, como lidamos com as novas dependências e com os casos, cada vez mais frequentes, de psicopatologia major que são antecedentes ou precedentes aos consumos.

**“Propomos alternativas terapêuticas que possam contribuir para uma melhor conceptualização teórica desta temática.”**

*Fez no dia 2 de Outubro, 23 anos que a Clínica do Outeiro nasceu e continua (agora na idade adulta) a sua missão de forma mais apaixonada que nunca e também mais responsável, mais competente, mais profissional e constituída pela maior e mais habilitada equipa técnica (em Comunidade Terapêutica) de Portugal - Uma Equipa jovem, altamente motivada, especializada e fantástica!!!*



**A que objectivos estará subordinado este congresso e de que modo poderemos contar com inovação do ponto de vista temático e formal?**

**JMR** – Como referi anteriormente, os objectivos associados a este congresso prendem-se essencialmente com o contributo que a Clínica do Outeiro, enquanto entidade organizadora deste congresso, pode dar ao debate científico na área das dependências e dos comportamentos aditivos. Em concreto, o intuito deste evento foca-se na introdução de novas premissas no panorama nacional no que diz respeito à compreensão das adições, incidindo um foco particular nos processos subjacentes à dinâmica deste mesmo fenómeno. Pretendemos trazer a debate novas dimensões no que concerne à problemática em si mesma, através da introdução de novas substâncias e comportamentos aditivos, na sua contextualização no âmbito social e académico em permanente actualização, e finalmente no âmbito da experiência do próprio indivíduo. Este encontro privilegia a presença de figuras incontornáveis no acompanhamento e tratamento no âmbito das dependências, promovendo o debate com a assembleia através da troca de ideias e reflexões críticas tendo em vista a emergência de novos prismas de compreensão.

***“Torna-se necessário que as equipas terapêuticas estejam informadas e qualificadas a dar resposta a estas novas realidades.”***

No programa, sobressaem temas como “Percurso Paralelos: O Álcool e o Indivíduo”, “Sociedade, Subcultura e Substâncias”, Saúde Mental e Comportamentos Aditivos”, “Neurociências e Comportamentos Aditivos” e “Alternativas Terapêuticas nas Condutas Adictivas”... Em que medida traduzem estas opções temáticas reflexos de realidades ou preocupações advindas dos territórios?

**JMR** – As temáticas escolhidas para o I Congresso de Comportamentos Aditivos e Saúde Mental da Clínica do Outeiro pretendem abordar tópicos transversais aos fenómenos das dependências. No entanto, em cada uma das mesas de debate pretendemos obter perspectivas que marquem a forma como podemos, em conjunto, conduzir processos psicoterapêuticos no futuro. Esta é uma preocupação comum a todas as mesas, uma vez que, por um lado, os Problemas Ligados ao Álcool assumiram novos contornos dando o consumo tradicional lugar ao Binge Drinking e por outro, o consumo das substâncias ilícitas mantém-se quase inalterado associando-se as novas substâncias psicoactivas em expansão. Como sabemos, estes consumos, principalmente centrados nas novas substâncias podem conduzir à rápida degradação da saúde mental, tornando-se pois necessário conhecer os perfis e quadros clínicos maioritariamente associados a estes consumos. É assente na premissa de que só podemos enfrentar e combater o que conhecemos, que contamos com os contributos das neurociências, área em franca expansão, e que nos podem explicar muitas das alterações, outrora quase imperceptíveis, e desta forma ajudar a projectar os processos de recuperação destes utentes. Assim, aproveitando a actualização científica constante e o que de novo a ciência nos diz, propomos alternativas terapêuticas que possam contribuir para uma melhor conceptualização teórica desta temática. Pretendemos assim, que estas alternativas tenham implicações práticas na abordagem, forma e conteúdo de como se intervém na dependência e comportamentos aditivos.

**Simultaneamente, constam do programa duas conferências subordinadas aos temas “Do Passado ao Presente, Projectando o Futuro das Dependências” e “Novas Substâncias Psicoactivas, Novos Consumos e Novos Contextos”. Em que medida traduzem estas orientações para o futuro uma preocupação institucional no seio da Clínica do Outeiro?**

**JMR** – Estas duas conferências não foram escolhidas de forma aleatória, antes pelo contrário. Foram pensadas no sentido de reflectirmos todos em conjunto sobre a adição e os comportamentos aditivos. Estas duas conferências partem de um tema único, ou seja, de onde vimos e para vamos. Claro que se decidíssemos abordar este tema na sua base original poderíamos facilmente tornar a conferência genérica e inespecífica e não é de todo aquilo que nós, Clínica do Outeiro, pretendemos proporcionar. Nesse sentido, decidimos subdividir este grande tema em dois momen-



tos. Obviamente que o nosso futuro constrói-se com base no nosso passado e não pode de todo ignorar-se essa experiência, principalmente quando esse legado é enriquecedor a todos os níveis, senão vejamos a forma como transformou-se a abordagem portuguesa ao fenómeno das dependências um caso de sucesso e estudo a nível internacional. Como é reconhecido por todos os intervenientes o fenómeno das dependências e dos comportamentos aditivos não é estático, antes pelo contrário, surgem com uma frequência avassaladora novas substâncias de abuso com propriedades aditivas crescentes, novas formas e contextos de consumo, por isso é imperativo saber para onde vamos. Neste sentido, aquilo que é esperado dos profissionais de saúde é que se preparem para esta nova realidade com o objectivo de assegurarem os melhores cuidados possíveis aos seus utentes. Esta é uma preocupação da equipa terapêutica da Clínica do Outeiro e esforçamo-nos para tentar encontrar respostas terapêuticamente adaptadas a esta realidade, personalizando ao máximo o processo terapêutico a cada indivíduo.

**Estamos perante de uma organização privada, que revela a preocupação da partilha científica e coesão comunitária em prol de uma área que não será hoje tão visível no seio das prioridades políticas como o foi bem recentemente em Portugal. Como analisa o estado actual do país em matéria de dependências (diagnóstico) e o papel social do Estado face a esta problemática?**

**JMR** – Ao longo dos últimos anos ocorreu uma reestruturação de fundo no funcionamento organizativo das dependências, nomeadamente, a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência, a inclusão desta problemática sob alçada das Administrações Regionais de Saúde e a fundação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências. Em virtude de toda a reestruturação, conjugando os dados estatísticos disponibilizados, podemos concluir que se não conseguirmos acautelar a ajuda em tempo útil a quem dela necessita, poderá estar latente um desinvestimento na área das dependências que no futuro poderá implicar um retrocesso significativo na reabilitação psicossocial, implicando perdas significativas a todos os níveis. São sem dúvidas tempos difíceis e de incerteza, mas que nos deverão motivar a fazer mais com menos. Ainda em consequência das reorganizações recentes, e no que toca propriamente ao processo de referenciação e encaminhamento para as Comunidades Terapêuticas, considero as alterações ocorridas benéficas na sua maioria, a bem do bom funcionamento e da transparência. No entanto, há situações que na minha perspectiva deveriam seguir critérios comuns às diversas Administrações Regionais de Saúde, uma vez que a unifor-

## **“Os Problemas Ligados ao Álcool assumiram novos contornos dando o consumo tradicional lugar ao Binge Drinking.”**

mização contribuiria para uma resposta mais célere para quem realmente necessita de ajuda. Relativamente ao diagnóstico do fenómeno das dependências em Portugal, o mesmo encontra-se a um nível de excelência. Os dados disponibilizados quer pelo Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) quer pelo relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), com a periodicidade anual, facilita a contextualização do fenómeno de forma actualizada, o que torna possível aos decisores delinear estratégias interventivas perfeitamente adaptadas às reais necessidades.

**Sinteticamente, como procura a Clínica do Outeiro, no seio de tão diversificadas valências, tal como o são os públicos que serve, oferecer uma qualidade diferenciada e, simultaneamente, alicerçada em evidência?**

**JMR** – A Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro, em Dezembro de 2012, iniciou um debate interno profundo relativamente à forma como deveria adaptar-se às exigências que se começavam a fazer sentir no panorama das dependências em Portugal. Após algumas semanas de debate e introspecção concluiu-se que só com uma equipa terapêutica altamente qualificada e com a reestruturação das metodologias aplicadas poderia continuar a assumir-se como uma referência. É com base nestes critérios que se operacionalizam as estratégias delineadas, nomeadamente, para poder integrar a equipa terapêutica da Clínica do Outeiro os técnicos terão obrigatoriamente que apresentar estudos superiores (no mínimo licenciatura). O segundo marco importante foi a especialização das comunidades terapêuticas, ou seja, a Unidade Quinta Bianchi encontra-se especializada no apoio psicoterapêutico a indivíduos com doença mental grave concomitante, ao passo que a Unidade de Valbom se especializou no tratamento a dependentes de álcool e substâncias ilícitas sem psicopatologia major. Em ambas as unidades os processos psicoterapêuticos são personalizados às reais necessidades dos utentes e com uma elevada carga psicoterapêutica. Uma outra meta alcançada foi o desenvolvimento de um departamento de investigação que nos permite contribuir para a sociedade científica com a publicação de artigos científicos, participação em congressos e conferências e apresentação de posters.

Terminado este processo de reestruturação decidimos escrever um documento, onde sustentamos do ponto de vista teórico todas as intervenções psicoterapêuticas aplicadas (o que fazemos, como fazemos e porque o fazemos). Associado a todos estes desenvolvimentos contamos com a total e inequívoca colaboração da administração da Clínica do Outeiro para a actualização científica, quer através do patrocínio para a frequência das referidas actualizações por parte da equipa terapêutica, quer pela disponibilidade horária para o concretizar, pois acreditamos que só desta forma poderemos desenvolver as melhores estratégias adaptadas a cada indivíduo e às suas reais necessidades.

# I CONGRESSO DE COMPORTAMENTOS ADITIVOS E SAÚDE MENTAL

VELHAS ROTAS, NOVOS HORIZONTES

6 E 7  
NOVEM  
BRO

INSCRIÇÃO  
GRATUITA

AUDITÓRIO DA ASSOCIAÇÃO  
COMERCIAL E INDUSTRIAL  
DE GONDOMAR  
(JUNTO À ET DE GONDOMAR)

RUA PADRE AUGUSTO MAIA 58/68. 4420-245 GONDOMAR

COMISSÃO  
ORGANIZADORA:



PRINCIPAL  
PATROCINADOR:



# PROGRAMA

## 06 DE NOVEMBRO DE 2014 (QUINTA FEIRA)

**09:00h Abertura do Secretariado**

**10:00h Mesa 1 – Percursos Paralelos: O Álcool e o Indivíduo**

Moderador Dr. Rui Augusto Moreira (Sociedade Portuguesa de Alcoologia)

Prelector Dr. José Manuel Ramos (Sociedade Portuguesa de Alcoologia, Director Técnico da Clínica do Outeiro)

**Interação Familiar e Sofrimento Psicológico em Dependentes Alcoólicos**

Prelector Prof. Doutor Alberto Crego (Universidade do Minho)

**Binge Drinking**

Prelector Dr. Jorge Topa (Unidade de Alcoologia do Porto, Sociedade Portuguesa de Alcoologia)

Reinserção Psicossocial do Dependente Alcoólico

**11:30h Coffee Break**

**12:00h Sessão de Honra**

António Ribeiro (Administrador da Clínica do Outeiro)

Dra. Elisa Ferraz (Presidente da Câmara Municipal de Vila do Conde)

Dr. Marco Martins (Presidente da Câmara Municipal de Gondomar)

Graciano Martinho (Presidente da Associação Comercial e Industrial de Gondomar)

Dr. Manuel Cardoso (Subdirector Geral do SICAD)

Dr. Adelino Vale Ferreira (Coordenador Regional do DICAD ARS-Norte)

**13:00h Pausa Para Almoço**

**14:30h Conferência Do Passado ao Presente, Projectando o Futuro das Dependências**

Moderador Dr. João Curto (Presidente da Associação Portuguesa de Adictologia)

Prelector Prof. Doutor Jesus Cartelle Fernandez (Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço das Toxicodependências na Riveira, Coruña, Director Clínico da Clínica do Outeiro)

**16:00h Coffee Break**

**16:30h Mesa 2 – Sociedade, Subcultura e Substâncias**

Moderador Dr. Santos Silva (Director Clínico do DICAD ARS-Norte)

Prelector Prof. Doutor Jorge Negreiros (Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto)

Transmissão Intergeracional de Padrões de Consumo

Prelector Prof. Doutora Olga Cruz (Instituto Superior da Maia)

Delinear os Novos Contornos do Consumo (Não)Problemático

Prelector Prof. Doutor Luis Fernandes (Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto)

Processo de Construção do Estigma Social Associado aos Consumos de Substâncias Psicoactivas

**18:00h Encerramento dos Trabalhos**

## 07 DE NOVEMBRO DE 2014 (SEXTA FEIRA)

**09:30h Mesa 3 – Saúde Mental e Comportamentos Aditivos**

Moderador Dr. António Leuschner (Presidente do Conselho de Administração do Hospital Magalhães Lemos EPE)

Prelector Dr. Manuel Cardoso (Sub-director Geral do SICAD)

Tema a Designar pelo Prelector

Prelector Dr. Licínio Santos e Dra. Ana Camacho (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira)

**Perfil e Quadro Clínico de Utentes Consumidores de Mefedrona e Similares**

Prelector Dr. João Marques (C.H. São João, EPE, Clínica do Outeiro)

**Sexualidade e Drogas**

**11:00h Coffee Break**

**11:30h Conferência Novas Substâncias Psicoactivas, Novos Consumos, Novos Contextos**

Moderador Prof. Doutor Manuel Esteves (C.H. São João EPE, Fac. de Medicina da Universidade do Porto)

Prelector Prof. Doutora Zélia Macedo Teixeira (Universidade Fernando Pessoa)

**13:00h Pausa Para Almoço**

**14:30h Mesa 4 – Neurociências e Comportamentos Aditivos**

Moderador Prof. Doutor Agostinho Almeida (Instituto Superior da Maia)

Prelector Prof. Doutora Augusta Coelho (C.H. São João, EPE, Fac. de Medicina da Universidade do Porto)

**Alvos Moleculares das Drogas**

Prelector Prof. Doutor Pedro Monteiro (Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto)

**Neurobiologia da Adição**

Dra. Teresa Velasquez (Investigadora Convidada da Universidade do Minho, Clínica do Outeiro)

**Avaliação Neurocognitiva do Dependente de Substâncias Psicoactivas**

**16:00h Coffee Break**

**16:30h Mesa 5 – Alternativas Terapêuticas na Conduta Adictiva**

Moderador Dra. Sofia Guedes (Directora da Unidade Quinta Bianchi da Clínica do Outeiro)

Prelector Dra. Ana Guimarães (Clínica do Outeiro)

**Processo de Tratamento em Comunidade Terapêutica**

Prelector Prof. Doutora Fátima Guedes (Unidade de Alcoologia do Porto, Universidade Fernando Pessoa)

**Modelo de FRAMES**

Prelector Dra. Margarida Soliz (Unidade de Alcoologia do Porto) Modelo de Intervenções Breves

**18:00h Tertúlia – O que Aprendemos nos Últimos Anos Acerca do Fenómeno das Dependências**

Dr. Álvaro Pereira (Unidade de Desabilitação do Algarve)

Dr. João Curto (Presidente da Associação Portuguesa de Adictologia)

Prof. Doutor Jesus Cartelle Fernandez (Chefe de Serviço das Toxicodependências na Riveira, Coruña, Director Clínico da Clínica do Outeiro)

Sérgio Oliveira (Director da Revista Dependências)

**18:30h Sessão de Encerramento**

Graciano Martinho (Presidente da Associação Comercial e Industrial de Gondomar)

António Ribeiro (Administrador da Clínica do Outeiro)

# O Processo Aditivo na Dependência Opiácea e o Tratamento com Opióides de Ação Prolongada



*Manuela Fraga, médica psiquiatra coordenadora da ET do CRI de Coimbra: fraga.manuela@gmail.com*

*Maria João Pinheiro, médica de clínica geral coordenadora da ET do CRI de Aveiro: mjvpinheiro@gmail.com*

## Introdução

O artigo decorre da experiência clínica das autoras, da reflexão sobre o tema e a intenção da partilha de saberes. A atualidade desta comunicação prende-se com a reorganização dos serviços ligados às dependências e a vulnerabilidade que dessa situação decorre.

O senso comum pretende formar opinião e, empiricamente, formula “conhecimento”; mesmo a sociedade médica não instruída nesta especificidade, opina e intervém nem sempre de acordo com as boas práticas que os especialistas nesta área preconizam.

Há sucesso terapêutico nas intervenções em toxicodependência. Da compreensão abrangente da patologia aditiva, observada de uma perspetiva sistémica, deve resultar uma intervenção terapêutica, farmacológica e não farmacológica, adequada e eficaz.

## Binómio dependência/ tratamento

### 1-Dependência

“As raízes comuns da dependência de uma série de substâncias e a alta prevalência de dependência múltipla indicam também que a dependência de substâncias deve ser considerada como um distúrbio mental complexo, com possível base no funcionamento do cérebro”(Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001)

A adição a substâncias psicoativas (SPAs) é uma doença cerebral, mental, crónica, recidivante que desequilibra profundamente o indivíduo, reduzindo acentuadamente o seu potencial de saúde, para além de se revelar como problemática sistémica associada às con-

cidas repercussões devastadoras nos equilíbrios familiar, social e de saúde pública.

Mas, é no encontro da pessoa com o produto num determinado contexto que podemos descortinar a génese da doença aditiva.

Deste encontro, aquela pessoa (genes, jeito de se relacionar, estilo de coping, vulnerabilidades/potencial..), naquele lugar (pátio, bairro, escola..), aquela substância (fármaco, droga lícita ou ilícita), naquele momento particular (emoções, odores, imagens..) e naquele contexto (festa, encontro especial,..), se regularmente repetido e desenvolvendo-se naquelas situações contextuais criticamente importantes, resulta alterações no funcionamento dos neurónios, dos circuitos nervosos da atividade metabólica, dos recetores e da expressão génica, desenvolvendo-se, frequentemente, a doença cerebral crónica, Adição a S.P.A(s).

Essa experiência e as outras que com ela coexistem são memorizadas em circuitos neuronais que adquirem um padrão de descarga particular, constituindo memórias toxicodependentes (que são emoções no corpo...) gravadas pela história relacional indivíduo – droga e, provavelmente, não “desgraváveis”. A relação do indivíduo com a S.P.A. é realmente uma relação que modifica o design cerebral.

De entre os múltiplos sistemas de regulação interna salientam-se 2 circuitos neuronais que estão na base dos equilíbrios e da regulação dos comportamentos e das experiências -o Sistema da Recompensa ou Apetência e o Sistema Aversivo- Estes sistemas constituem importante substrato neurobiológico para as regulações biológicas que visam a sobrevivência; com efeito, desempenham um papel essencial na génese dos atributos afetivos da experiência sensorial, na integração das experiências socio-afetivas e na reação comportamental concomitante e visam a cobertura das necessidades básicas.

Este é também o substrato neurológico (o Sistema da Recompensa ou Apetência e o Sistema Aversivo) onde as S.P.A.(s) desencadeiam os seus principais efeitos.

A dependência a S.P.A.(s) é resultado da interação complexa dos efeitos fisiológicos das drogas nas áreas do cérebro associadas à motivação, incentivo e recompensa, aprendizagem, respostas ao stress e humor(lugar das regulações biológicas para a sobrevivência).

A dependência, nos seus aspetos físico e psíquico (2 vertentes do mesmo estado) seria resultante da memorização e da sobre-regulação biológica e o que é memorizado não é só o estado fisiológico induzido pelo produto mas também o estado afetivo e os elementos do contexto do momento.

Do exposto podemos afirmar que:

– a toxicodependência modifica o design cerebral,

- o comportamento de consumir drogas e os estímulos associados são registados e memorizados no cérebro (num processo que mimetiza o da aprendizagem)
- o substrato neurobiológico comprometido é o lugar das relações biológicas criticamente importantes para a sobrevivência (Sell et al., 2000)
- este substrato neurobiológico é também o que está ativamente mobilizado no período da Vinculação Precoce.

Constata-se efetivamente que as vivências do indivíduo sob o efeito das SPA(s) denunciam uma relação vinculativa, invasiva, que impõe ritmos, orienta a organização do espaço e do tempo, manipulando a espontaneidade e a subjetividade do indivíduo; por outro lado, limitadas as experiências (território, referências, narrativas, ritmos relacionais,..) sem conflito, sem stresse, o toxicodependente consubstancia a sua volatilidade no esgotamento físico, na diminuição da atividade mental e no estreitamento da consciência.

Do anteriormente exposto se depreende que, independentemente do que o indivíduo foi antes do seu encontro com a droga, é um facto que esta nova relação o vincula profundamente e o modifica; os toxicodependentes, apresentando à partida uma grande variedade de estruturas de personalidade, desenvolvem cognições, emoções e comportamentos alterados, por influência do consumo continuado de drogas, regredindo para um ponto comum, que talvez possamos apelidar de “Traço” Toxicodependente.

“Do uso ao abuso de substâncias psicoativas e à dependência, encetam-se uma série de novas interações: – ao nível do processo biológico, do processo de aprendizagem e condicionamento, das expressões psicodinâmicas, das constelações psicopatológicas, das dinâmicas familiares e sociais” (citando Isabel Prado e Castro em workshop no CAT de Aveiro, em 1998).

Em resumo e extrapolando para compreender e fundamentar a intervenção terapêutica:

Se o substrato neurológico comprometido na adição é o que subjaz ao da vinculação precoce e, se a relação com as SAPs tem “significância vinculativa”, então e nesta perspetiva, ao trabalho de prevenção e de recuperação de um comportamento aditivo, deverá importar a compreensão da cronicidade do problema e sua complexidade, estabilizar os circuitos neurológicos definitivamente comprometidos e oferecer settings terapêuticos que visem oportunidades para vinculações alternativas sanígenas.

## 2- Tratamento – dependência de opiáceos

Para o tratamento da Dependência de drogas nada menos deve ser providenciado do que uma abordagem qualificada, como aquela que a comunidade científica se compromete e se esforça por desenvolver para compreender e tratar/ controlar outras doenças crónicas e epidemias, consideradas fatais há algumas décadas. (QPCN)

O tratamento da dependência não se resume na Redução de Danos, que tem em conta as preocupações de saúde pública e segurança; o tratamento da dependência, concretamente da opióide-dependência visa, antes de tudo, favorecer uma mudança na dinâmica pessoal, no modo de apreensão do mundo e a relação com ele sob todos os registos, o que não se pode realizar sem o suporte de uma relação empática e sem partir da situação concreta do indivíduo.

As dinâmicas da adição psicoafectiva, social, corporal e pulsional, alimentando interdependências, determinam uma abordagem em conjunto.

O modelo do trabalho clínico deve, em consequência, ser transdisciplinar, organizar um diálogo interdisciplinar permanente e permi-



tir a teorização das práticas” (Isabel Prado e Castro em workshop no CAT de Aveiro, 1998).

É na aliança terapêutica com cada pessoa toxicodependente, que se determinam os eixos e modalidades do Tratamento e este é longo e multifásico

Porque a dependência de opiáceos é, como já sobejamente reforçado, uma doença mental, crónica, recidivante, todos os modelos de intervenção terapêutica incluem o apoio psico-social, a farmacoterapia e o consentimento do doente, em contexto de cuidados de saúde continuados e especializados, adequados às características da problemática.

A farmacoterapia estabilizando a fisiologia dos doentes, diminui os riscos de doença social, física e mental.

Os Toxicodependentes utilizam uma grande variedade de produtos opióides, ilícitos ou prescritos; os seus efeitos são semelhantes sendo as suas especificidades da responsabilidade das respetivas diferenças farmacocinéticas:

- 1- flash/ flooding (sensação prazerosa provocada pela S.P.A., relacionada com uma perceção de alteração subjetiva e dependente do tempo de invasão, rapidez de ação..)
- 2- afinidade desigual para os diferentes recetores
- 3- diferentes velocidades de metabolização e excreção

## Opções de tratamento farmacológico

Tratamentos complementares para alívio sintomático

Agonistas alfa-2 adrenérgicos

Antagonistas opiáceos

Agonistas opiáceos total e parcial

Muitos estudos têm documentado, relativamente aos tratamentos com opióides de ação prolongada, como a Metadona e a buprenorfina/ Buprenorfina-Naloxona, segurança, eficácia e efectividade. (QPCN).

O tratamento de manutenção com agonistas opióide de ação prolongada demonstrou ser eficaz na redução da incidência de infeções por VIH y Hepatite e a taxa de criminalidade, com melhoria da qualidade de vida. (QPCN)

Por possuírem ação prolongada os tratamentos de manutenção com agonista opióides (Metadona, Buprenorfina e Buprenorfina/naloxona) evitam flutuações pronunciadas na bioquímica dos recetores e

as sensações subjetivas resultantes. Extintas as flutuações, com o bloqueio total dos recetores opióides, atinge-se um estado de equilíbrio, e, portanto, a dose terapêutica.

A prolongada ausência de uma experiência gratificante intensa pode contribuir para a extinção do comportamento condicionado, do comportamento aditivo.

O tratamento de manutenção com opióides de ação prolongada normalizando as funções fisiológicas, interrompidas pelo uso crónico de heroína, interrompe o circuito compulsivo e extingue o comportamento condicionado; se utilizados sob a orientação médica competente e com cumprimento rigoroso da prescrição, os opióides de ação prolongada podem, por si só, contribuir significativamente para o controlo da dependência opióide, garantido abstinência, conforto e prevenindo a recaída, por longos períodos de tempo.

## Opióides – Agonistas e Antagonistas

Os opióides não só agem directamente através da sua particular acção nos receptores opióides mas também por via indirecta, modulando o sistema dopaminérgico mesolímbico; os opióides promovem a libertação da Dopamina no Nc.Accubens através de neurónios com receptores  $\mu$ , mediante a inibição de interneurónios GABA (trata-se da inibição de uma inibição).

Os diferentes opióides unem-se com mais ou menos “força” aos diferentes receptores opióides:  $\mu$  (1 e 2)  $\delta$  (1 e 2) e K (1, 2 e 3).

$\mu$ (cortex e tálamo)- analgesia supra-espinhal e libertação de prolactina( $\mu 1$ ); euforia, miose, depressão respiratória, sedação, obstipação, bradicardia, dependência, analgesia espinhal( $\mu 2$ )

$\delta$ (cortex frontal, s.límbico, bolbo olfativo, medula)- euforia, analgesia espinhal e supra-espinhal, depressão respiratória, dependência

K(medula espinhal): sedação fraca, analgesia espinhal, disforia, alucinações, taquicardia, hipertensão, estimulação vasomotora e respiratória

A AIR, actividade intrínseca relativa, define a capacidade dos ligandos para produzir um efeito em determinado receptor.

Os antagonistas (naltrexona, naloxona), com afinidade  $\mu$  mas sem actividade intrínseca, bloqueiam o efeito dos agonistas a nível dos receptores  $\mu$  quando administrados em simultâneo, o que precipita a privação em indivíduos dependentes.

## Medicamentos opióides de ação prolongada usados em tratamento de manutenção opióide

### Agonista total

Metadona: sintética, semi-vida 24-36h; com biodisponibilidade oral 75-95% é lipófila e une-se largamente às proteínas do sangue e tecidos, pelo que penetra lentamente no SNC e tem uma semi-vida longa; há risco de acumulação e toxicidade; degrada-se no fígado é hidrolizada pelos P450-citocromo CYP2D6, CYP1A2 e CYP3A4- (variadas interações medicamentosas) em seguida é glicuronoconjugada e excretada através do rim.

### Agonistas parciais (Buprenorfina, Buprenorfina/naloxona)

Semi-sintética, derivado da tebaína; tem actividade intrínseca parcial  $\mu$ , é antagonista K, elevada afinidade  $\mu$  (efeito de patamar: o aumento de dose atinge um patamar e um limite para os efeitos depressores respiratórios), o que justifica o bom perfil de segurança e a possibilidade de abstinência precipitada; dissocia-se lentamente dos

receptores (o que contribui para um baixo grau de dependência e ligeiros sintomas de privação), tem longa semi-vida (apenas uma administração dia) e rápido início de acção; a administração via sub-lingual (pico 60-90') tem boa biodisponibilidade(70%); se administrada via oral, metaboliza-se de forma importante a nível do intestino delgado e fígado(metabolismo de 1ª passagem) resultando fraca biodisponibilidade.

A buprenorfina é aprovada, em Portugal em Outubro de 2002, para o tratamento da dependência de opiáceos.

*Nota: O termo opiáceo refere-se à origem da substância; são aquelas que se extraem da papoila ou são produtos químicos derivados da morfina.*

*O termo opióide serve para designar as substâncias endógenas ou exógenas que têm um efeito análogo à morfina- são ligandos dos receptores opióides e têm actividade intrínseca.*

As boas práticas terapêuticas e as estratégias de minimização dos riscos associados ao tratamento da dependência opiácea (como o controlo do desvio/ mau uso dos opióides de ação prolongada prescritos), são essenciais para a sucesso terapêutico.

### Vantagens dos tratamentos com opióides parciais:

- baixo grau de dependência
- menor toxicidade
- inibição da acção de outros agonistas(no consumo simultâneo não ocorre a euforia adicional), o que dissuade o seu consumo
- efeito antidepressivo

### A efetividade do tratamento de manutenção opióide depende ainda de:

**Boa avaliação clínica** (avaliação objectiva da estabilidade; toma correcta dos medicamentos; comportamentos e atitudes, satisfação; discussão em equipa; )

### Forte aliança terapêutica

**Monitorização** (rastreio de metabolitos na urina, sinais de mau uso/ desvio; contagem de comprimidos, contacto com farmácia e rede de apoio,..)

### Dose correcta

Dose terapêutica (que corresponde ao bloqueio opióide e à estabilização fisiológica) é a necessária para facilitar a consecução dos objetivos terapêuticos, que na maioria dos pacientes, são:

- Eliminar os sintomas de abstinência
- Suprimir ou eliminar o desejo compulsivo/craving
- Eliminar o consumo de heroína e outras SPAs
- Evitar os efeitos secundários (por medicação excessiva ou insuficiente)

Atingir sensação de conforto e sono satisfatório

Grande parte dos pacientes consegue-o com, 8-24 mg por dia de buprenorfina ou Bup/Naloxona e com 60-120 mg por dia de Metadona numa só toma dia. (QPCN)

A consecução destes objetivos terapêuticos conseguida a toma da dose terapêutica, requer decisivamente a utilização da via de administração adequada, numa só uma toma/ dia (só excepcionalmente se subdivide a dose) preferencialmente de manhã e de mudanças psicossociais.

O tratamento abrangente combina Farmacoterapia e Tratamento psicossocial por longos períodos de tempo; esta condição:

- Melhora os resultados
- Diminui os riscos
- Estabiliza a fisiologia dos pacientes

- Ajuda a mudar comportamentos e respostas a estímulos para a recaída (QPCN)

“A qualidade do tratamento para a dependência de drogas é o resultado de uma combinação de fatores que incluem, entre outros, boa infraestrutura, um número suficiente de pessoal competente, uma atuação em equipa, tempo adequado dedicado a cada paciente, regras clínicas e legislação clara em relação às drogas, uma variedade de métodos de tratamento oferecidos, recursos disponíveis e gerenciamento de casos. Programas de tratamento de qualidade disponibilizam um serviço que é atraente e acolhedor para os pacientes em potencial.” (UNODC. Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas E crimes,2009).

Com a introdução em Portugal do fármaco buprenorfina/naloxona, comercializado com o nome Suboxone houve uma melhoria significativa no paradigma do tratamento do doente toxicodependente. O que resultou desta inovação foi a redução do mau uso da buprenorfina que se verificava cada vez mais entre os usuários de drogas ilícitas. A associação de naloxona, só atuante por via endovenosa, dissuade o mau uso/ desvio do Buprenorfina porque:

produz menos gratificação se injectada;

precipita sintomas de abstinência se tiver havido consumo recente de agonista total e porque,

também pelas anteriores razões, tem um valor de transação baixo no mercado negro.

Um trabalho de investigação realizado recentemente na Galiza, (-Carrera.I.,Sanchez.L.,Pereiro.E.,Flórez.G.,Conde.M.,Pino.C.,Serrana.M.,Casado.M.A.,Grupo TSO Galicia, 2014), que avaliou o grau de satisfação dos utentes em programa de substituição com metadona ou buprenorfina/naloxona, concluiu que os doentes medicados com buprenorfina/naloxona consideraram este o tratamento que melhor cumpria os objectivos a que se propunha.

No tratamento da dependência opióide a recaída é inerente ao ciclo de tratamento, sendo essencial reter:

Estabelecer um plano de prevenção de recaída é fundamental para o sucesso da intervenção terapêutica

A recaída é uma consequência da natureza crónica e recidivante da dependência de opiáceo e não deve ser vista como uma falha do tratamento ou um sinal de “fraqueza” do adicto.

O tratamento de manutenção a longo prazo reduz o risco de recaída.

O tratamento em equipa é condição de sucesso terapêutico.

## Mitos e Preconceitos ligados ao tratamento de manutenção com opióides de ação prolongada

1. A dose deve ser o mais baixa possível, para viciar menos.
2. A duração do tratamento pretende-se muito curta para acabar com a dependência.
3. A dose de Buprenorfina tem mais “efeito” quando repartida.
4. Heroína e substitutos são a mesma “droga”.

1. É fundamental que o médico assuma a importância da dose terapêutica e partilhe esse conhecimento com o doente; por definição dose terapêutica é a quantidade de substancia medicamentosa administrada ao doente, a fim de produzir o efeito terapêutico, e pressupõe o ajuste individual da dose. O distúrbio aditivo alterou definitivamente o substrato neurológico comprometido e portanto o opióide prescrito não agrava esta situação; pelo contrário, estabilizará estas zonas que se adaptaram para funcionar com” mais quantidade de

opióide”,e que funcionarão, por períodos de tempo longos, pior se não for suprida a necessidade opióide.

2. A duração do tratamento deverá ser aquela que representa um benefício para o doente e porque se trata de uma doença crónica recidivante, na maioria dos casos, obriga a um tratamento farmacológico de manutenção por períodos longos de tempo.

Devemos deixar os recetores opióides bloqueados com os opióides de ação prolongada o tempo que for necessário para que as relações tomem os seus lugares e desafiem e cuidem do Toxicodependente em recuperação e novas descargas neuronais serão memorizadas, um cérebro novo, a esperança

3. Acontece, sobretudo, se o individuo não experimentou conforto, não atingiu a dose terapêutica e vai tentando formas para atingir bem-estar; também pode ser opção do doente que quer manter as flutuações para continuar a experimentar o efeito subjetivo da recompensa opióide.

As tomas repartidas são causa muito frequente de desequilíbrio, emagrecimento, perturbações do sono, consumo de SPA(s) lícitas, prescritas ou não, e ilícitas, favorecendo a recaída.

A subdivisão da dose “transforma”, por assim dizer, o opióide de ação prolongada num de ação curta: a dose sub-terapêutica tomada de manhã, deixando recetores opióides não bloqueados, instaura as flutuações subjetivas rítmicas habituais da opióide dependência; a dose da tarde e/ou da noite promove reforço e compromete o sono; o desequilíbrio instala-se e reinicia-se o circuito compulsivo e o comportamento condicionado; frequentemente o toxicodependente perde peso, dorme mal e pode iniciar consumo de benzodiazepinas e outras SPA(s), lícitas ou ilícitas, para fazer frente ao seu desconforto.

4.Opióides são substâncias que atuam ligando-se aos recetores opióides;

As diferenças entre eles são devidas não tanto a diferenças no seu efeito neuroquímico, que é sobretudo da farmacocinética apenas, mas por atributos sociais e mentais que se lhes associam.

A designação “tratamento de substituição” utiliza-se comumente na situação em que doentes dependentes de heroína são inscritos num programa de medicação com um agonista opióide. Na nossa opinião não é uma designação feliz pois induz e reforça alguns dos mitos e preconceitos associados a estes tratamentos que frequentemente comprometem o sucesso terapêutico.

“Uma das primeiras atitudes a valorizar para tratar a pessoa doente, com que se possa falar, é ajudá-la a compreender a sua doença e o que é o tratamento adequado à sua condição” (Patrício, L. 2013).

O tratamento da dependência opióide deve então ser abrangente, contínuo e há benefícios inequívocos no uso medicamentos opióides de ação prolongada, em tratamentos de manutenção, realçando as vantagens inerentes dos agonistas parciais em especial da Buprenorfina/naloxona.



# Reflexões sobre a Reinserção Social de Pessoas Toxicodependentes na Covilhã

*José Pinto é Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, com formação e experiência nas áreas da Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos, associadas aos comportamentos de risco*

*Henrique Pereira é Professor na Universidade da Beira Interior e Investigador na Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde - UIPES/ISPA-IU*

*Marta Vilarinho é Assistente Social, Mestre em Famílias e Sistemas Sociais, Terapeuta Familiar e coordenadora da Reinserção Social do CRI de Castelo Branco*

*Natália Pacheco é Especialista no estágio da carreira dos Técnicos Superiores de Saúde e Doutoranda em Psicologia Clínica*



*José António Pinto, e-mail: joseantoniopinto@outlook.pt*

## 1. A dinâmica da Autonomia e do Empowerment Psicológico na Reinserção Social da Pessoa Toxicodependente

Ao nível mais global, cronossistémico, a pessoa toxicodependente passa, geralmente, pela conhecida situação de exclusão social, com a gradual adesão a um padrão sociocultural específico, orientado para a exclusiva procura, oferta e consumo de drogas (Ló, 2011).

A pessoa toxicodependente apresenta, ao nível psicológico, baixos índices de competências pessoais (como a autorrealização, enquanto capacidade de conceber objetivos a longo-prazo) e sociais, a que está associado, frequentemente, o diagnóstico de ansiedade, depressão e/ou traços psicóticos (Felizardo, 2005; Matos, 2002; Simões, Matos & Baptista-Foguet, 2006; Torres, 2003). Ao nível microssistémico, os índices de suporte social estão negativamente correlacionados com o isolamento e o sentimento de rejeição social (Levitas, Pantazis, Fahmy, Gordon, Lloyd & Patsios, 2007; Silver, 2007). O facto de estar desempregado despoleta, não só um

vasto conjunto de indicadores de psicopatologia na pessoa, que tendem a agravar-se com o tempo e a imutabilidade da situação, mas representa também uma perda na rede social – domínio do segundo contexto ecológico (Costa, Baptista, Perista & Carrilho, 2008; Moorhouse & Caltabiano, 2007; Paul & Moser, 2009).

A relação direta do toxicodependente com as instituições sociais – mesossistema – revela-se geradora de mal-estar, uma vez que o estigma social do “drogado” materializa-se, p.e., na falta de plenitude no usufruto dos serviços de certas instituições sociais de lazer na Covilhã, bem como nas dificuldades de relação no trabalho: “Mandou-me mostrar os braços...o patrão! Pa ver se eu tinha picadelas.” (Pereira & Pires, 2004). Dentro do contexto exossistémico toma-se os mass media como veículo pouco informativo, em termos científicos e humanitários, da realidade da pessoa dependente e, por conseguinte, pouco influente no que concerne à sua reinserção social (Popper & Condry, 1995). Já ao nível do impacto da comunidade em questão nos padrões culturais locais e nacionais – macrosistema – denota-se falta de participação real da comunidade no sistema de poder (especialmente económico e social) e nos processos de tomada de decisão institucional (“(...) isso acontece muita vez, mesmo que [o patrão] teja mal, ele é que manda e tem que se fazer à maneira dele.”) (Levitas et al., 2007).

As lacunas acima referidas surgem como entraves ao pleno exercício da cidadania da pessoa toxicodependente, tendo um impacto constritor na autonomia individual – autorregulação da escolha independente, manifestada num comportamento coerente com o sistema de valores e princípios adotado – e no empowerment psicológico – percepção de controlo nas escolhas de vida (Ballou, 1998; Deci & Ryan, 2000; Zimmerman, 1995; Zimmerman & Rappaport, 1988). Como resultado, o sentimento de autodeterminação pessoal torna-se frágil, influenciando negativamente a capacidade de a comunidade em questão poder assegurar os recursos sociais que

potenciem mudanças biopsicológicas internas e, em espe-  
lho, se reflitam na influência da trajetória social, com vista ao  
bem-estar comum – empowerment comunitário (Little, Ha-  
wley, Henrich & Marsland, 2004; Silver, 2007; Wehmeyer &  
Schalock, 2001).

O desenvolvimento da autonomia – uma das três necessida-  
des psicológicas inatas à natureza humana (Deci & Ryan,  
2000) –, assim como do empowerment psicológico, expande  
o sentimento de autodeterminação pessoal, o que, por meio  
dos auto-ecorrelacionamentos (Fernandes, 2000), possibilita  
uma percepção mais clara de mudança positiva na vida social  
exercida pela comunidade, i.e., empowerment comunitário  
(Bossé, 2003; Branco, 2009; Dayama, 2012; Rodrigues &  
Teixeira, 2010; Sheppard, 2006).

Por um lado, a teoria da autodeterminação de Deci e Ryan  
(2000) põe em evidência a indissociabilidade da autonomia  
com as outras duas necessidades de relacionamento e de  
competência. Por outro, o empowering é um processo que  
envolve o sentimento de eficiência em relação às competên-  
cias adaptativas – intrapessoais, interpessoais e profissio-  
nais (Franco & Jardim, 2008; Jardim, 2007) –, onde algumas  
das quais incrementam, também, a autonomia (Fernandes,  
2000; Ninacs, 2003; Rodrigues & Teixeira, 2010; Zimmerman  
& Rappaport, 1988). Veja-se a figura 1, explicativa da asso-  
ciação entre as duas variáveis estudadas e do impacto pes-  
soal e social que ambas potenciam.

Este artigo permite, não só, oferecer um vislumbre do traba-  
lho que tem sido levado a cabo em instituições da Covilhã,  
mas também avaliar e compreender a preparação da pessoa  
toxicodependente para a procura de emprego e/ou de inte-  
gração em projetos educativos/formativos, enquanto porta-  
das mestras para a vida na sociedade atual, cada vez mais  
competitiva. Prover elucidacões sobre os resultados obtidos  
numa formação para a inclusão promovida por uma associa-  
ção de desenvolvimento rural da Covilhã viabiliza caminhos  
de reflexão e desenvolvimento de estratégias educacionais  
mais eficazes na recuperação da toxicodependência, área  
que em Portugal evidencia, segundo Pereira e Pires (2004),  
uma vincada carência de estruturas e programas de apoio.  
Realça-se o estudo de variáveis psicológicas afetas ao de-  
senvolvimento humano, pouco comum em programas de in-  
clusão como o referido.

Assim, o problema que norteia a operacionalização da inves-  
tigação é: qual a relação entre o desenvolvimento de compe-  
tências de vida e a reinserção social da(s) pessoa(s) com to-

xicodependência, traduzida em sentimento de autodetermi-  
nação e de empowerment comunitário?

Os objetivos propostos para o estudo são: (a) comparar os  
valores das variáveis em estudo obtidos pelo grupo experi-  
mental com os apurados no grupo de controlo, e (b) compa-  
rar os índices de competências de vida e empowerment psi-  
cológico pré e pós-formação para a inclusão.

## 2. Método

A amostra da investigação é composta pelo grupo experi-  
mental, seis toxicodependentes em recuperação que fre-  
quentaram o Programa de Formação para a Inclusão na Co-  
vilhã, de 2 de dezembro de 2011 a 16 de março de 2012, e  
pelo grupo de controlo, cinco dependentes em tratamento no  
C.R.I. de Castelo Branco, serviço local da Covilhã.

Todos os participantes se encontram sem emprego e apre-  
sentam um estatuto socioeconómico baixo ou médio-baixo (à  
exceção de um que se situa no escalão médio).

A recolha de informação é mista, aliando o Questionário de  
Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais  
(Q.C.I.I.P.) de Jardim e Pereira (Jardim, 2007; Franco & Jar-  
dim, 2008) e uma entrevista semiestruturada, cujo guião foi  
criado com o intuito de aprofundar o conhecimento que cada  
elemento tem do empowerment psicológico, relativamente a  
quatro tópicos: (1) consciência crítica das competências que  
possibilitam a adaptação aos contextos de vida, (2) postura  
pró-ativa, (3) percepção de controlo pessoal nos contextos, e  
(4) participação ativa num grupo ou comunidade, com vista  
ao bem-estar.

Quanto ao Q.C.I.I.P., este é um questionário tipo Likert, com  
5 pontos que oscilam entre Nunca (1) e Sempre (5), sendo  
constituído por 73 itens dispersos em seis dimensões: coo-  
peração (20 itens), autorrealização (12 itens), autoestima (14  
itens), suporte social (12 itens), assertividade (8 itens) e em-  
patia (7 itens) (Franco & Jardim, 2008). O resultado final é  
extraído da soma dos valores brutos dos itens que dizem  
respeito a cada escala do questionário e a média global do  
questionário é 307,56 valores pontuais, com um desvio-pa-  
drão de 31,03 (Amaral, 2008; Jardim, 2007).

A recolha de dados pré-formação junto do grupo experi-  
mental aconteceu em janeiro de 2012, após uma sessão de pré-  
teste da entrevista, e a primeira colheita junto do grupo de  
controlo foi realizada em agosto de 2012. A segunda recolha  
junto de ambos os grupos foi feita em setembro de 2012.

## 3. Resultados

### 3.1. Grupo Experimental vs Grupo de Controlo

As mudanças observadas em ambos os grupos (tabela 1)  
não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), avaliando  
pelo Teste do Qui-quadrado.



	Grupo experimental		Grupo de controlo	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
cooperação	86,8 (SD = 7,5)	78,3 (SD = 13,6)	73,8 (SD = 21,5)	81 (SD = 5,4)
autorrealização	48,0 (SD = 8,1)	41,7 (SD = 8,5)	38,2 (SD = 8,9)	45,5 (SD = 6,7)
autoestima	55,3 (SD = 8,0)	48,7 (SD = 6,4)	41,8 (SD = 9,9)	53,3 (SD = 4,5)
suporte social	46,7 (SD = 7,7)	39,0 (SD = 7,0)	33,2 (SD = 6,9)	44,3 (SD = 3,6)
assertividade	34,8 (SD = 3,3)	29,7 (SD = 2,1)	26,6 (SD = 9,3)	32,5 (SD = 4,0)
empatia	28,2 (SD = 4,5)	23,7 (SD = 4,6)	23,2 (SD = 7,7)	27,3 (SD = 3,8)
TOTAL	299,8 (SD = 34,9)	261,0 (SD = 38,2)	236,8 (SD = 56,7)	283,8 (SD = 16,8)

Tabela 1 – Comparação da média e desvio-padrão das competências de vida entre o grupo experimental e o grupo de controlo

	Grupo experimental		Grupo de controlo	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
consciência de si e do contexto sociopolítico	11 (50,0%)	24 (55,8%)	20 (57,2%)	32 (69,6%)
postura pró-ativa	8 (36,4%)	10 (23,3%)	7 (20,0%)	6 (13,0%)
controlo pessoal	3 (13,6%)	5 (11,6%)	4 (11,4%)	4 (8,7%)
participação ativa	0 (0,0%)	4 (9,3%)	4 (11,4%)	4 (8,7%)
TOTAL	22 (100%)	43 (100%)	35 (100%)	46 (100%)

Tabela 2 - Comparação da frequência absoluta e relativa (em %) das componentes do Empowerment Psicológico no grupo experimental e no grupo de controlo

No grupo experimental assiste-se a um decréscimo da média total de competências entre os dois momentos de recolha, nomeadamente da autorrealização e do suporte social, para

pontuações abaixo da média padronizada; quanto ao empowerment individual (tabela 2) os elementos evidenciam um incremento de consciência de si e do contexto sociopolítico e participação ativa, ao contrário da postura pró-ativa, que enfraquece entre os dois momentos da colheita.

No grupo de controlo obtém-se uma subida, para a média padronizada, da pontuação total no Q.C.I.I.P., particularmente da autorrealização, autoestima e suporte social; em termos de empowerment (tabela 2), por seu turno, a subida da consciência de si e do contexto sociopolítico é acompanhada de uma descida na postura pró-ativa.

### 3.2. Pré vs Pós-formação no Grupo Experimental

	p.2E		p.4E		p.5E	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
cooperação	73	64	89	91	89	80
autorrealização	43	42	54	50	34	33
autoestima	44	45	61	56	46	45
suporte social	37	36	49	47	37	34
assertividade	33	29	35	32	30	28
empatia	24	21	27	29	22	21
TOTAL	254	237	315	305	258	241

Tabela 3 - Soma dos valores brutos das escalas de Competências de Vida de cada participante, pré e pós-formação. Observa-se na tabela 3 que p.4E é o único elemento do grupo que mantém pontuações médias nos dois momentos de recolha, registando inclusive um desenvolvimento da empatia acima da média, ao passo que p.2E obteve um resultado



abaixo do esperado na cooperação, autorrealização e suporte social e p.5E nas escalas de autorrealização e suporte social.

	p.2E		p.4E		p.5E	
	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
consciência de si e do contexto sociopolítico	2 (66,7%)	3 (33,3%)	3 (75,0%)	11 (57,9%)	4 (57,1%)	10 (66,6%)
postura pró-ativa	1 (33,3%)	3 (33,3%)	0	4 (21,1%)	2 (28,6%)	3 (20%)
controlo pessoal	0 (0,0%)	2 (22,2%)	1 (25,0%)	2 (10,5%)	1 (14,2%)	1 (6,7%)
participação ativa	0 (0,0%)	1 (11,2%)	0 (0,0%)	2 (10,5%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)
TOTAL	3 (100%)	9 (100%)	4 (100%)	19 (100%)	7 (100%)	15 (100%)

Tabela 4 - Frequência absoluta e relativa (em %, arredondada às décimas) das referências de cada participante a cada componente do empowerment psicológico, pré e pós- formação

Não obstante todos os participantes terem mostrado sinais de maior consciência pessoal e do meio sociopolítico pós- formação, as componentes referentes às decisões práticas – controlo pessoal e participação ativa – saíram fragilizadas, como se pode ver na tabela 4. Contudo, no momento pós- formação houve escolhas verbalizadas que ecoam o desejo de influir positivamente no tecido sociopolítico. P.4E é protagonista da única subida, em pontos percentuais, da postura pró-ativa, ao passo que p.2E é o único a evidenciar uma percentagem pós- formação mais volumosa de controlo pessoal.

## 4. Discussão

### 4.1. Pré vs Pós- formação no Grupo Experimental

Quanto a p.2E, reflete-se na possibilidade de um acompanhamento técnico mais extenso temporalmente ser benéfico em termos de autonomia, uma vez que os condicionalismos da sua história de vida parecem pesar bastante, de tal forma que este participante apresenta linguagem sintomatológica de duas psicopatologias (Torres, 2003). Ao nível do empowerment psicológico, o equilíbrio entre a consciência de si e do contexto e a postura pró-ativa, aliado a um controlo pessoal vincado entre o grupo, podem representar uma fonte motivacional devido ao início (à data) próximo de um curso de formação.

Já p.4E pode ter beneficiado da formação para a inclusão em termos do desenvolvimento da empatia, uma das competências promovidas ao longo das sessões. Ademais, a sólida relação terapêutica que estabeleceu em psicoterapia com uma das profissionais do C.R.I., serviço da Covilhã, junto com as aprendizagens pessoais ao longo da vida, parecem catalisadores de estabilização e reforço da autonomia (Pereira & Pires, 2004). Quanto ao empowerment, o incremento pós- formação da postura pró-ativa e participação ativa são comprovadas pela procura atual de emprego e pela conceção e construção de um projeto, de forma cooperativa.

p.5E apresenta sinais de falta de satisfação com as suas escolhas e desresponsabilização em relação às mesmas. Coloca-se, assim, a hipótese de este elemento ter valorizado o



ganho financeiro imediato, proveniente da formação, em detrimento do desenvolvimento de competências para a autonomia. Relativamente ao empowerment, a baixa percentagem de controlo pessoal e participação ativa, aliada à consciência de si e do contexto mais proeminente no grupo, parece remeter para motivação extrínseca ou amotivação, que refletem processos de decisão pessoal pouco autodeterminados e pouco influentes socialmente (Deci & Ryan, 2000; Little et al., 2004; Sheppard, 2006; Wehmeyer & Schalock, 2001).

### 4.2. Grupo Experimental vs Grupo de Controlo

Os participantes de ambos os grupos encontram-se sujeitos a constrangimentos contextuais, tais como a crescente taxa de desemprego, as políticas de redistribuição de recursos às instituições de educação/formação e o estigma social (Jardim, 2007; Pereira & Pires, 2004).

Porém, no grupo experimental parecem ter influenciado de forma relevante a baixa escolaridade (Ló, 2011), o insucesso contínuo na procura de emprego (Moorhouse & Caltabiano, 2007; Paul & Moser, 2009) e a presença de metade dos inquiridos convocados inicialmente. Reflete-se, também, na necessidade de um acompanhamento mais prolongado dos formandos – de forma a sedimentar a autonomia preconizada pelo programa de inclusão –, e o envolvimento mais regular de um técnico psicólogo, assegurando uma aprendizagem mais personalizada. Contudo, ressalta-se o possível sucesso do módulo formativo Cidadania e Igualdade, pois pode ter contribuído para percentagens pós- formação mais equilibradas entre as componentes do empowerment individual. Ainda assim, a componente mais volátil é a que diz respeito à mudança sociopolítica através da decisão pessoal, o que espelha a perpetuação de uma “voz” inaudível da comunidade dos toxicodependentes (Levitas et al., 2007; Little et al., 2004; Rappaport, 1987; Silver, 2007; Wehmeyer & Schalock, 2001; Zimmerman, 1995; Zimmerman & Rappaport, 1988).

Quanto ao grupo de controlo, trajetórias de vida menos problemáticas (Fernandes, 2000), um grau de escolaridade mais avançado e maior confiança dos elementos entre si parecem ter sido variáveis que potenciaram os resultados evidenciados.

Salienta-se a necessidade de um estudo longitudinal para o futuro, com o objetivo de clarificar os mecanismos e fatores facilitadores do desenvolvimento de competências de vida, fortalecendo a recuperação da pessoa com toxicodependência e devolvendo-a à sociedade e suas dependências mais construtivas...

# Um guarda-chuva com muitas varas abriga mais gente

*Dependências visitou um território que, ao longo dos últimos anos, se tem destacado não apenas pelo desenvolvimento que tem ostentado ao nível do ambiente e urbanismo, traduzido num significativo incremento da qualidade de vida dos munícipes que alberga, mas igualmente pela adopção de políticas, programas e acções pioneiras no domínio social. Falamos de Matosinhos, um concelho umbilicalmente ligado ao mar, às pescas e à indústria das conservas, que soube converter-se quer no plano económico como no social, minimizando potenciais danos e potenciando a afirmação de novas identidades. Uma delas reside na criatividade. A autarquia pretende afirmar-se hoje neste eixo e apresentou mesmo uma candidatura à UNESCO, pretendendo ser reconhecida como Cidade Criativa. Um dos argumentos passa pela adopção do conceito nos diferentes pelouros da Câmara Municipal. Dependências foi testemunhar esse desígnio no pelouro da Acção Social, entrevistando a vereadora Lurdes Queirós.*



**Matosinhos é um concelho que patentou, nos últimos anos, um significativo crescimento, o que representará responsabilidades acrescidas em matéria de acção social autárquica...**

**Lurdes Queirós (LQ)** – Matosinhos mudou um pouco o paradigma. E isso está bem presente no discurso do presidente da Câmara que, apesar de reconhecer a importância da associação do concelho ao mar e ao peixe, pretende que Matosinhos seja reconhecido como uma Cidade Criativa. Nesse sentido, iremos promover uma candidatura a Cidade Criativa da Unesco, algo que vai de encontro à forma como hoje encaramos a cidade. No que concerne às questões sociais, creio que a mudança não terá sido assim tão significativa porque se há algo que sempre diferenciou positivamente Matosinhos foi essa preocupação pelas questões sociais e não só agora em que todos gritam pelo social. Entendo que devemos ter realmente orgulho pelo concelho que temos pois fomos pioneiros em muitos domínios. Há trabalho feito na área social desde há muitos anos e este é um dos pelouros em que é concentrada a maior parte do capital e gasta mais energia, materializada em muitos projectos pioneiros e boas práticas que estão hoje a ser replicados em muitos outros territórios. Em suma, esta questão do social esteve sempre presente, vai mudando de roupagem consoante as necessidades que, obviamente, também se vão alterando. Como tal, a autarquia também se vai mantendo atenta.

**Há quem reclame uma bandeira pela acção social, limitando-se a replicar boas práticas evidenciadas noutros territórios; outros inovam em diversos domínios e, a partir de situações noutros tempos consideradas problemáticas, até são acreditados com bandeiras azuis...**

**LQ** – Nós não podemos ver esta questão por gavetas. A boa gestão de uma autarquia tem que resultar do consenso e conciliação de todas as áreas. Não valeria de muito termos 10 bandeiras azuis e, a nível social, não trabalharmos com as instituições ou não articularmos no terreno. Temos diferentes áreas e cada uma tem que ser gerida da melhor forma possível. Se me disser que as questões ambientais estão actualmente na ordem do dia porque constituem uma maior preocupação não andarão longe da verdade. E também nesse domínio temos estado atentos e marcado a diferença. Numa autarquia temos que ter especial enfoque nas diferentes áreas que contribuem para o bem-estar das pessoas, promovendo um equilíbrio entre as mesmas. E isso consegue-se através de um trabalho integrado entre os diferentes pelouros. Não podem existir pelouros estanques nem circuitos fechados.

**Como classifica a abrangência da área social em Matosinhos e a articulação entre os diferentes serviços e respostas?**

**LQ** – Temos uma divisão de acção social que trabalha e articula com os outros serviços da autarquia. Além disso, trabalhamos em articulação com uma rede social bem montada. Ao nível da autarquia, procuramos essa articulação com as instituições que estão no terreno pois são estas que, no fundo, respondem no imediato, no dia-a-dia, à população. Temos cerca de 150 instituições a trabalhar connosco e, a um nível mais local, contamos com o apoio das comissões sociais de freguesia, em que as instituições desse território estão representadas. Depois, temos alguém que articula connosco para obtermos uma rede mais alargada.

**A vereadora da Acção Social da autarquia é, igualmente, presidente da Adeima, uma instituição do município também reconhecida, aquando da sua constituição, pelo pioneirismo. Ainda faz hoje sentido a existência desta organização?**

**LQ** – A Adeima, constituída em 1992, representa uma espécie de “barço armado” da Câmara Municipal de Matosinhos para as questões sociais. Foi a ferramenta que a Câmara concebeu para responder no terreno, no imediato, ao que não conseguíamos fazer. Na altura, foi criada no sentido de intervir contra a pobreza e outras desigualdades sociais e, hoje em dia, continua a fazer todo o sentido. Ao longo dos tempos, foi-se consciencializando das dificuldades e criando novas respostas. E continua hoje a concorrer a projectos e a ser pioneira nas respostas.

**Como surgiu esse papel desempenhado pela Adeima ao nível da reinserção?**

**LQ** – Surgiu a partir de um trabalho realizado por Lília Pinto e por um colega, o Rui Andrade, no Bairro de Custóias, com um foco muito incidente em jovens com problemas de toxicod dependência. Quando

**Novas Metas para novas respostas**

**LQ** – O Metas intervém mais no eixo da redução de riscos e minimização de danos, ao passo que este Go se destina a pessoas que estão num patamar seguinte. A ideia é trabalhar com pessoas que têm problemas de toxicod dependência, incluindo o álcool, e o que pretendemos é desenvolver um conjunto de actividades que passam por exemplo por workshops de música, pela escrita, pela leitura, expressão dramática, expressão plástica, desporto... No fundo, pretendemos criar a adopção de novos estilos de vida para estas pessoas e possibilitar-lhes a construção de um projecto de vida com uma maior definição. Sabemos que algumas destas pessoas já conseguiram voltar à família, outras nem por isso e a passagem por uma ou duas horas compreendidas por estas actividades, num espaço de construção com os próprios, deverá permitir-lhes reaprenderem algumas capacidades pessoais e sociais e, quem sabe, mais tarde trabalhar para uma reinserção profissional. Gostaríamos muito que um dos produtos finais deste projecto de um espectáculo que englobasse todos estes workshops em que as pessoas estarão envolvidas. A intervenção em acção social no concelho de Matosinhos pauta-se pela criatividade e pelo efeito pedagógico potenciado junto da população. Queremos criar um efeito de emancipação da população que, elevado ao máximo, resultaria no empreendedorismo ou no empoderamento. Claro que algumas destas pessoas ainda vivem com uma autoestima muito baixa e numa situação fragilizada e a ideia consiste em dar-lhes estas competências.

chegaram ao bairro, em 1992, não sabiam muito bem o que deveriam fazer. Começaram os então a articular com o gabinete da Boavista do SPTT e, como os casos eram tantos, um decisor do serviço propôs ao executivo autárquico de Matosinhos a criação de uma extensão de um CAT no concelho. Optámos por instalar o serviço numa estrutura da Junta de Freguesia de São Mamede Infesta e, a partir daí, face à enorme lista de espera que tínhamos, a autarquia aceitou o repto do SPTT e, em rede com outros parceiros, constituiu no ano 2000 o primeiro projecto, o Metas, actual Novas Metas. Também aí inovámos, uma vez que criámos uma resposta até então inexistente, a administração de metadona, oferecendo esta resposta em baixo limiar. Entretanto, alargámos a intervenção, estendendo-a aos contextos festivos. Na carrinha, fazemos os retrovíricos, acompanhamento médico, de enfermagem, psicológico, avançámos para os grupos de desenvolvimento pessoal e social. No fundo, fomos aferindo as necessidades destas pessoas e respondendo. Fazemos ainda a gestão social dos processos de toda a gente inserida neste projecto.

**Perante uma conjuntura de crise como a que atravessamos, como se constroem, no seio de uma autarquia, respostas que devem ser alargadas e imediatas?**

**LQ** – Nesse domínio, constatam-se mais facilmente as mais-valias resultantes do trabalho em rede instituído numa autarquia. Este facto salvaguarda-nos e alerta-nos muitas vezes por antecipação dos problemas. Neste mandato, pretendemos deixar uma marca, materializada na criação da plataforma social, no âmbito da qual assinámos com 36 instituições um protocolo que visa o registo único de pessoas inscritas, outro que consistiu na criação de um banco de bens e um banco de ajudas técnicas. Quando os recursos escasseiam, temos que nos juntar. A política do quintal não funciona. Não é apenas porque o vizinho do lado tem uma piscina que eu também a devo ter. O mesmo se aplica às questões sociais. Se preciso de uma cadeira de rodas e não a tenho não faz sentido comprá-la se a instituição ao lado tiver uma parada... No fundo, estamos a criar uma pla-

**O papel das freguesias e as areias nas engrenagens**

**Lurdes Queirós** – Todas as engrenagens têm que ter uma areia. Por vezes, são essas mesmas areias que nos obrigam a aperfeiçoar, a apelar à criatividade e a fazer diferente. Creio que uma engrenagem sem areias não passa de uma utopia. Falando concretamente das freguesias, devo frisar que cada território constitui um pedaço deste puzzle. E cada um tem especificidades muito próprias. Trabalhamos em estreita ligação com as juntas de freguesia e só faz sentido ser assim. Cada freguesia tem uma parte da rede, traduzida na comissão social de freguesia, onde estão as instituições do território e se estabelecem as diversas pontes com a Câmara, com a saúde e os demais domínios. Após a reorganização administrativa do território, Matosinhos passou a ter apenas quatro freguesias mas, até aí, quisemos fazer diferente: antes, eram 10 e cada freguesia tinha uma comissão social... Falando de um caso que conheço bem, o de Santa Cruz, Perafita e Lavra, entendemos, conjuntamente com os presidentes de junta que, face à diversidade dos territórios, faria sentido cada um manter a sua comissão social. E o presidente deve ser capaz de, com as pessoas que trabalham com ele, promover esta união. A nossa rede social compreende tudo isso. Rompe-se por ser usada mas nós temos a capacidade de a coser, procurar os pontos e estreitar muitas vezes a malha.

taforma onde estão incluídas as diversas respostas sociais, de forma a que as possamos canalizar para onde fazem falta. A questão do protocolo do registo único de pessoas inscritas é igualmente importante porque nos permite fazer uma melhor gestão do território. Faz sentido sabermos quantas pessoas temos inscritas em lar, quantas estão em lista de espera, se será racional construirmos mais lares, centros de dia ou reforçar o apoio domiciliário... No fundo, pretendemos canalizar, rentabilizar e usar onde faz falta. Nesse diagnóstico do território pretendemos concluir onde fará sentido fazer o quê. No fundo, a autarquia representa uma espécie de guarda-chuva mas tem, depois, várias varetas que são as pessoas que compõem esse guarda-chuva, que abriga toda a gente. Este é um trabalho que obriga ao diálogo e a uma construção com as diferentes instituições. Cada instituição é uma peça de puzzle, com os seus factores de diferenciação, que só unidas o completarão. A autarquia intervém essencialmente ao nível da montagem desse puzzle. É um trabalho dinâmico e que nunca estará completo.

**A intervenção em toxicodependência na CM Matosinhos também tem por detrás uma história edificada. De que forma são actualmente adaptadas as respostas a públicos mais clássicos e aos consumos e contextos mais emergentes?**

**LQ** – No âmbito do Novas Metas, temos uma faixa etária de pessoas com alguma idade que, embora tenham diminuído em número, consomem há muitos anos substâncias que não são propriamente aquelas mais consumidas actualmente. Trata-se de um número residual de pessoas e, quando fizemos um diagnóstico sobre esse fenómeno e sobre as pessoas que nos chegavam à unidade móvel, chegámos à conclusão que estávamos a precisar de uma resposta focalizada noutras faixas e contextos. Através da Adeima, fizemos uma candidatura através de um projecto chamado Go, que tendo igualmente a ver com a questão das toxicodependências, assume-se como uma resposta diferenciada. Isso é sinal de que estamos atentos porque temos a percepção de que os consumos e contextos mudaram, a par de constatarmos a necessidade de continuar a oferecer uma resposta aos consumidores mais clássicos e residuais.



## PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIAS

Serviços diversificados no âmbito das toxicodependências que visam a melhoria do bem-estar individual e a minimização de impactos na saúde pública: ações integradas e globais de prevenção, de tratamento e de redução de riscos e minimização de danos dirigidos a pessoas consumidoras de substâncias psicoativas.

Destinados a toxicodependentes.



A Câmara Municipal deu mais um passo para a execução do Plano Gerontológico de Matosinhos, apresentando o Registo Único de Pessoas Inscritas (RUPI).

Com este novo instrumento será possível o diagnóstico de necessidades concelhias em termos de respostas sociais para a infância, terceira idade e pessoas com deficiência, uma necessidade que, de resto, foi reconhecida pela generalidade das entidades parceiras da Rede Social de Matosinhos.

Mensalmente, as entidades vão disponibilizar os dados que dispõem dos pedidos e das admissões e, paralelamente, mantêm atualizada a informação respeitante à capacidade das suas respostas sociais.

Cabe à Autarquia disponibilizar o instrumento para o registo de dados e fazer a gestão da informação, assegurando a confidencialidade da informação que lhe é depositada.

O Presidente da Câmara Municipal de Matosinhos, Dr. Guilherme Pinto, e a Vereadora da Ação Social, Dr.<sup>a</sup> Lurdes Queirós, assinaram ainda, um conjunto de protocolos com três instituições de solidariedade social de apoio às suas atividades e obras de conservação no valor global de 42 mil euros.

“Temos que ser solidários com os cidadãos quando mais precisam. Mas a solidariedade tem um limite. Saber gerir os recursos disponíveis, saber que estamos ajudar quem necessita de ajuda, saber que fazemos o que é efetivamente necessário para não tornarmos este apoio insustentável”. Disse Guilherme Pinto. “Não podemos aceitar que alguém se aproveite da nossa generosidade... Ainda há dias num café ouvia um cidadão a dizer mal da vida, mal da sociedade, mal de tudo, estava amargurado com tudo o que via e ouvia á sua volta, e isto dá que pensar...” Este é um passo muito importante que assenta num compromisso social que sempre tivemos, apoiar as instituições que desenvolvem um trabalho de apoio aqueles que dele tanto necessitam,” disse o edil,...Levamos mais de três anos a desenvolver e a pensar esta ideia que hoje tornamos realidade. Mas deixem que vos diga, que o mais importante não é trabalhar para o prestígio da vossa instituição, mas trabalhar para as pessoas que necessitam da nossa ajuda de uma forma anónima e despejada de preconceitos...

# Projecto “Jogos+Vida”

*O Projeto “Jogos+Vida” é financiado pelo SICAD, no âmbito do PORI (Plano Operacional de Respostas Integradas) e pertence ao PRI (Programa de Respostas Integradas) de Viseu. Insere-se no eixo da prevenção e visa intervir nos factores de risco presentes em jovens dos 15 aos 19 anos. Dirige-se a jovens e pretende contribuir para prevenir os comportamentos de risco através da adoção de estilos de vida saudáveis, aliando atividades da área do desporto com atividades da área da Psicologia. Aposta em programas de treino de competências pessoais e sociais, educação parental e formação de grupos-alvo estratégicos. O “Jogos+Vida” iniciou a 1 de abril de 2014 e tem financiamento aprovado para 2 anos. Dependências foi assistir ao vivo “ao treino de competências num jogo de futebol partilhado de arte e emoções” dirigido por Francisco Neto*



**Normalmente, fala-se muito de problemas associados aos nossos jovens... Afinal, serão eles “bons” ou “maus” no seu comportamento habitual?**

**Francisco Neto (FN)** – Sinceramente, creio que são bons na sua base e índole, revelando habitualmente bons comportamentos. Como é lógico, nós, enquanto Associação de Futebol de Viseu, entendemos que, praticando e estando ligados ao desporto, no nosso caso particular o futebol, ainda conseguimos que eles sejam melhores pessoas. Se conseguirmos “moldá-los” àquilo que é a essência do desporto, teremos certamente melhores jovens. Também por aí passa o nosso objectivo.

**O que motiva um treinador a dedicar-se a esta causa?**

**FN** – Esta não é uma causa de um treinador mas antes de uma instituição e de uma direcção que não olham apenas para a vertente desportiva mas igualmente para a social e da integração. Trata-se de uma visão que entendemos como correcta, que nunca nos deixa ficar mal e, enquanto assim for, só pensamos em replicar este tipo de acções.



**O que espera destes jovens?**

**FN** – Espero que sejam melhores jovens. Através do desporto e das actividades que promovemos, espero que atinjam um rumo nas suas vidas, que poderá passar por serem jogadores, treinadores ou árbitros. Temos uma equipa muito competente e com muita experiência acumulada, que beneficia ainda do apoio das técnicas do CRI de Viseu, sempre presentes e, nesse sentido, sinto que podemos ajudar estes jovens a serem melhores pessoas no futuro. Integrá-los na sociedade é o nosso grande objectivo.

**Enquanto treinador, sabe à partida que não está a formar uma equipa com grandes ambições desportivas em termos de títulos obtidos. O que ganharão então estes jovens no futuro?**

**FN** – Acima de tudo, vão saber estar em comunidade. Vão perceber que uma equipa de futebol é uma espécie de micro sociedade onde existem várias pessoas com as quais há que interagir, que existe um líder, hierarquias mas também uma democracia, onde todos têm a sua voz. No fundo, trata-se de um espelho do que irão encontrar na sociedade global e é nesse sentido que entendemos que os podemos potenciar. Através do desporto, percebem que existem regras, no seio do qual têm o seu espaço de afirmação e que, se conseguirem cumprir todas estas acções, estarão mais integrados na sociedade, melhor preparados para o futuro e, quem sabe, encontrar aqui mesmo carreiras fruto de apetências e motivações pessoais. Uma das grandes motivações da Associação de Futebol de Viseu consiste em promover o futebol, particularmente em comunidades que não beneficiam do acesso a este tipo de estímulo tão facilmente e tentar encaminhá-los positivamente para a construção de uma carreira que poderá passar por este desporto, materializada na profissão de atleta, treinador ou árbitro.



GASC- Grupo de Acção Social Cristã ao Projecto Sorrir:

# “Sorrir em Barcelos”

*No âmbito da aprovação da candidatura efectuada pelo GASC- Grupo de Acção Social Cristã ao Projecto Sorrir – espaço de consulta multidisciplinar a utentes com dependência de substâncias ilícitas e álcool, sob a alçada do SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, informamos que esta consulta está a funcionar em Barcelos desde o dia 02 de Janeiro do ano corrente, com duração aprovada de 24 meses.*

O Projecto Sorrir enquadra-se na óptica do Eixo de Tratamento, integrado no Programa de Respostas Integradas para o território de Barcelos, prevendo a diminuição dos quadros de dependência de álcool e dos consumos de substâncias ilícitas na população barcelense, visto que Portugal surge reiteradamente entre os maiores consumidores de bebidas alcoólicas, a nível Europeu e Mundial, segundo Balsa et al, 2011, bem como se reconhece também um acesso mais precoce às substâncias ilícitas nas camadas mais jovens.

Este Centro de Consultas tem como objetivo dar continuidade aos serviços de proximidade aos utentes já inscritos e referenciados até Dezembro de 2012, ao anterior Projecto, assim como a novos utentes que possam, entretanto, procurar ou ser encaminhados para esta resposta. Paralelamente, no diagnóstico deste território é apontada a existência de 680 doentes com quadros de abuso e dependência de álcool e/ou substâncias ilícitas. Tendo em conta os novos dados relativos o abuso de álcool, o âmbito de intervenção desta nova edição do Projecto não se circunscreverá às zonas centrais de Arcozelo e Barcelos, previstas em sede de Aviso de Abertura de candidatura, de

forma a não se excluir as restantes freguesias do concelho, possibilitando uma coerência maior entre as necessidades diagnosticadas e os objetivos deste Projecto.

É numa perspetiva de intervenção integrada que se justifica e se pretende continuar a envolver uma equipa multidisciplinar que, à semelhança dos anos anteriores, conta com profissionais da área da saúde e intervenção social, nomeadamente Clínicos Gerais, Médico Psiquiatra, Psicólogos, Enfermeiros e Técnico de Serviço Social, alguns destes resultantes do estabelecimento de parcerias com entidades locais, de forma a se promover a melhor sustentabilidade deste Projecto.

Em suma, os principais objetivos do Projecto Sorrir passam, assim, por desenvolver condições facilitadoras do acesso a respostas de Tratamento, numa lógica de proximidade à população com quadros de dependência alcoólica e de substâncias ilícitas, mobilizando recursos e sinergias locais que permitam, junto de cada utente, potenciar um processo de recuperação integral, a partir de múltiplas respostas, condição importante na reconstrução de um novo projeto de vida, longe do contexto circunscrito dos consumos.

O horário de funcionamento do Projecto é de cinco dias por semana (de segunda a sexta feira) das 8:30 às 17:30 horas. O local de funcionamento será o mesmo das anteriores edições, sito: Campo 25 de Abril, n.º 6, 4750-102, Barcelos.

Para mais informações, estamos ao dispor através dos contactos:

Telefone: 253 181 171/93 510 65 21  
email:projectosorrir.gasc@gmail.com



# Envelhecimento

## e Dependências

13 e 14 de Novembro de 2014

Grande Auditório do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE)



### Dia 13

#### 09:30h – 10:00h SESSÃO DE ABERTURA

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

Presidente da ARSLVT, IP – Luís Cunha Ribeiro

Coordenador Técnico da UD/ Centro das Taipas – António Costa

#### 10:00h – 11:00h CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS E ENVELHECIMENTO

Manuela Grazina

Moderador – Miguel Vasconcelos

#### 11:00h – INTERVALO

#### 11:30h – 13:00h SAÚDE MENTAL E FÍSICA NO ENVELHECIMENTO DOS TOXICODEPENDENTES

José Vera, Leonor Madureira e Nuno Goulão

Moderador – João Domingues

#### 13:00h INTERVALO PARA ALMOÇO

#### 14:30h – 16:00h A EVOLUÇÃO DAS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE

Ana Lito, Conceição Almeida, Clara Farinha e Celeste Silva

Moderador – Sandra Pires

#### 16:30h – 17:30h IMPLICAÇÕES DO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO DE UTENTES SOBRE O TRABALHO NAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE

### INTERNAMENTO PROLONGADO

Dulce Vasconcelos

Comentador – Nuno Miguel

### Dia 14

#### 09:30h – 11:00h O ENVELHECIMENTO PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO DEPENDENTE

Lúcia Mendes, Sandra Pires, Sandra Simões e Susana Cintra

Moderador e comentador – Susana Henriques

#### 11:00h – INTERVALO

#### 11:30h – 13:00h O IMAGINÁRIO CRIATIVO E AS DROGAS

António Jorge Gonçalves, Carlos Nobre, Eugénia Vasques, Filipe Faisca, Henrique Blanc e Paulo

João Afonso

Moderador – Rosa Castro

#### 13:00h INTERVALO PARA ALMOÇO

#### 14:30h – 16:00h O CANSAÇO TAMBÉM NOS TOCA?

Alexandra Marques Pinto, João Areosa e Jorge Câmara

Moderador – Nuno Miguel

#### 16:00h SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Diretor Geral do SICAD – João Castel-Branco Goulão

Coordenador da DICAD da ARSLVT, IP – Joaquim Fonseca

Coordenador Técnico da UD/ Centro das Taipas – António

Costa