



# EXIT

Ano 3\_nº 10\_Out/Dez 06

**Tema: 10 Olhares sobre a Toxicodependência**



números a ver a droga  
com **outros olhos...**

- Editorial
- Em Foco Nacional
- Entrevista com...
- Tema de Actualidade
- Dianova Internacional
- Não há droga sem senão...
- Inter-gerações
- Drog@s
- Saídas



Rui Martins

Director de Comunicação

## Toxicodependência: a complexidade de uma realidade multi-dimensional

Para comemorar 10 edições consecutivas da newsletter EXIT, um projecto editorial informativo e pedagógico ante a complexidade da toxicodependência, iniciado em Julho de 2004, reformulámos o design gráfico da EXIT que se apresenta a partir desta 10ª edição com uma nova "cara" a olhar evolutivamente o fenómeno multi-dimensional desta problemática que afecta cerca de 20% da população portuguesa entre os 15 e os 64 anos de idade. Desenvolvida criativamente pela Orange – original communication, a tónica assenta num grafismo mais *clean*, com novos elementos em cada uma das rubricas, e, particularmente, no carácter mutável da capa que irá reflectir a temática a abordar em cada edição através da renovação de imagens.

Sentimos adicionalmente a necessidade de humanizar esta ferramenta de comunicação institucional junto dos nossos distintos stakeholders, incorporando os rostos – elementos da nossa Equipa – que traduzem a mudança que é efectuada quer pelos nossos Utentes, visando promover o desenvolvimento e o crescimento positivo daqueles, quer pela constante adaptação à evolução das necessidades e desafios que os consumos de substâncias psicoactivas colocam aos nossos Profissionais ao longo do tempo... Olhares atentos à realidade da sociedade actual!

E como da 10ª edição se trata, quisemos transpor para este número a multi-dimensionalidade que a problemática da toxicodependência encerra, convidando para o efeito Personalidades e especialistas representativos de cada uma dessas dimensões, emprestando o seu olhar nas vertentes social, sanitária, económica, educativo-pedagógica, jurídico-criminal, socioprofissional, política, laboral e, como não poderíamos deixar de focalizar, da perspectiva vivenciada em primeira mão por dois Utentes que encontraram através da Dianova os recursos para alcançarem o seu desenvolvimento pessoal tendente à integração social.

Dedicada ao tema **10 Olhares sobre a Toxicodependência**, numa perspectiva construtivista, aceitaram este nosso desafio o Dr. João Goulão, Presidente do I.D.T.; a Prof. Doutora Matilde Machado, Professora da Universidade Carlos III Madrid; o Dr. Pedro Faria, Magistrado do Ministério Público; o Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira, Presidente do I.N.M.L.; o Dr. Fernando Negrão, Deputado da Assembleia da República; a Dra. Joana Amaral Dias, Bolseira da F.C.T.; o Comandante Caldeira Santos, Adjunto do Presidente da A.I.P.; a Dra. Cristina Lopes, Directora Técnica da C.T. *Quinta das Lapas*; e 2 Utentes Dianova que por motivos de confidencialidade mantêm anonimato. Colaboraram ainda para o enriquecimento desta edição especial o Dr. Tito Laneiro, Psicólogo e Docente da U.A.L., e o Dr. Miguel Brilhante, Sociólogo e

Quadro Superior do Governo Regional da Madeira. A todos reiteramos o nosso encarecido agradecimento!

Congratulamo-nos ainda pelo facto de termos vindo a conseguir aumentar a tiragem da EXIT, iniciada com 1.500 exemplares e que actualmente ascende aos 2.500, com periodicidade trimestral, face aos inúmeros pedidos que fomos recebendo ao longo dos últimos 3 anos, um investimento que temos colocado sob a égide da nossa estratégia de Responsabilidade Social como organização que tem por missão contribuir para o desenvolvimento social através da educação e da intervenção nas toxicodependências.

Nesta senda por um mundo melhor, acreditamos que, conforme refere Philip Kotler em *Corporate Social Responsibility*, as comunidades necessitam do apoio corporativo e de parcerias materializadas através do reconhecimento e desenvolvimento de oportunidades que tragam benefícios àquelas. E porque somos conscientes de que os indivíduos e os grupos de stakeholders não estão isolados uns dos outros, mas sim entrelaçados em comunidades que comunicam directa ou indirectamente entre si – objecto do livro de Daniel Goleman *"Inteligência Social – a nova ciência do Relacionamento Humano"* que apresentamos como sugestão de leitura na rubrica **Saídas** –, pretendemos continuar a incrementar a sensibilização e a educação para uma problemática que afecta famílias, empresas, comunidades locais e a sociedade civil em geral, alargando o nosso capital social desenvolvido ao longo dos últimos anos, pilar do estabelecimento de relações de confiança mediante a partilha de informações, boas práticas, compromissos enquanto membros da rede assistencial, e facilitando a cooperação e partilha de recursos que criam valor organizacional e societal.

10 números a ver o problema das drogas com outros olhos! ■

## Dianova reabre admissão a Utentes do sexo feminino

Com o reforço da Equipa da Comunidade Terapêutica *Quinta das Lapas*, localizada em Monte Redondo - Torres Vedras, a Dianova reabriu as admissões a Utentes do sexo feminino que tenham a motivação para tratamento em programa residencial com duração média de 12 meses. Adaptando-se às características e necessidades do Utente (M/F), o Programa Dianova de base cognitivo-comportamental com uma abordagem biopsicossocial, de potencialização de factores cognitivos, comportamentais e socialização, orientado à obtenção de conhecimentos, atitudes, valores e habilidades que ajudem os utentes a desenvolver-se autonomamente, tem por **objectivos**: orientar as pessoas à abstinência; reforçar os factores protectores face ao uso de drogas; desenvolver competências pessoais e sociais; facilitar a sua progressão em direcção à integração social.

Implementado por uma Equipa Técnica multi-disciplinar, composta por Psiquiatra, Psicólogos Clínicos, Psicopedagogo, Médico de Clínica Geral, Assistente Social, Educador Social, Animadores Socioculturais, Monitores, Vigilante e Pessoal Auxiliar, o Programa **caracteriza-se** por: existência de um diagnóstico biopsicossocial prévio; tratamento individualizado, dividido em fases e áreas de intervenção - Adaptação, Consolidação e Pré-reinserção; avaliação contínua; trabalho grupal e individual; responsabilização progressiva.

Certificada em Gestão da Qualidade ISO 9001:2000, a C.T. *Quinta das Lapas* possui **40 camas** protocoladas com o Instituto da Droga e da Toxicoddependência, tendo por **critérios de admissão**: demonstração de efectivo interesse e motivação ao internamento e aceitação da proposta de tratamento; entrevista de diagnóstico biopsicossocial prévia; relatório e exames clínicos (hemograma completo, marcadores hepáticos, serologia VDRL e TPHA, serologia HIV, RX torácico e IDR, boletim de vacinas, teste de gravidez) e documentação legal (B.I., Cartão beneficiário Segurança Social, Registo Criminal).

Saliente-se que a Dianova tem as suas áreas de intervenção protocoladas pelo Instituto da Droga e Toxicoddependência [www.drogas.pt](http://www.drogas.pt), Instituto da Segurança Social [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt) e Instituto de Emprego e Formação Profissional [www.iefp.pt](http://www.iefp.pt).

A Dianova dispõe adicionalmente como recurso de reinserção o **Apartamento de Reinserção Social** em Lisboa. Esta unidade residencial temporária protocolada com o I.S.S. - C. D. S. S. Lisboa, com duração máxima de 6 meses e com acompanhamento técnico multi-disciplinar, tem uma capacidade para **5 Utentes** de ambos os sexos, destina-se prioritariamente a pessoas carenciadas socialmente, tendo por **requisitos de admissão**:

- Ter cumprido um programa de tratamento, com credenciação do mesmo
- Demonstração de motivação e vontade própria de adesão
- Aceitação das regras de funcionamento do Apartamento de Reinserção
- Delineação de Projecto Individual de Reinserção
- Manter-se abstinente

Para informações adicionais contacte-nos através do telefone **261 312 300** ou e-mail [secretariado@dianova.pt](mailto:secretariado@dianova.pt). ■







## Entrevista com...



**Dr. João Goulão**

Presidente do Instituto da Droga e Toxicod dependência

### **Dianova: Quais as principais orientações estratégicas do Plano Nacional de Luta Contra a Droga Horizonte 2008?**

**Dr. João Goulão:** As principais orientações para o Plano de Acção contra as Drogas e a Toxicod dependência - Horizonte 2008 foram estabelecidas pelo Plano Nacional contra a Droga e a Toxicod dependência 2005-2012, em consonância com a Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga e respectivo Plano de Acção para 2005-2008. Enquadram-se, em primeiro lugar, no âmbito dos seis objectivos gerais da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga de 1999 que continuam actuais:

1. Contribuir para uma adequada e eficaz estratégia internacional e europeia face ao problema mundial da droga, nas vertentes da redução da procura e da oferta, incluindo o combate ao tráfico ilícito e ao branqueamento de capitais;
2. Assegurar uma melhor informação da sociedade portuguesa sobre o fenómeno da droga e da toxicod dependência e sobre a sua evolução, bem como sobre a perigosidade das diferentes drogas, numa perspectiva de prevenção;
3. Reduzir o consumo de drogas, sobretudo entre os mais jovens;
4. Garantir os meios necessários para o tratamento e a reinserção social dos toxicod dependentes;
5. Defender a saúde pública e a segurança de pessoas e bens;
6. Reprimir o tráfico ilícito de drogas e o branqueamento de capitais.

Especificamente na área da redução da procura, as principais orientações estratégicas do actual Plano Nacional são as seguintes:

a) A **centralidade no cidadão** – A intervenção em toxicod dependências não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias e assumir a centralidade no cidadão e nas suas necessidades objectivas e subjectivas.

b) A **territorialidade** – Para melhor conhecer, intervir e avaliar, tem de ser posto o enfoque numa gestão e planeamento localizado e territorial. Podem-se, assim, concretizar e adequar intervenções de proximidade, evitar a dispersão de respostas e dispositivos e definir o papel e função de cada entidade e/ou actor num território partilhado por outros.

c) A **integração de respostas** – As abordagens e respostas devem construir-se de forma integrada, não clivando a realidade individual e social. Os serviços devem organizar a sua intervenção operacional criando dispositivos de resposta abrangentes e que constituam uma rede de acção coerente e simultaneamente capaz de lidar com a complexidade e transversalidade da problemática da droga e questões conexas.

d) A **procura da melhoria da qualidade das intervenções, a par de uma avaliação regular** – A qualidade é exigível e constitui um processo que deve partir do nível local, tendo em conta as realidades específicas, a "ambição" e as capacidades da sua concretização pelos seus actores. É fundamental que se invista em parâmetros de qualidade que todos devem cumprir. A certificação de práticas ou de Serviços/Unidades Especializadas pode ser uma das formas de investir na melhoria da qualidade, embora represente um esforço que terá de ser desenvolvido mediante a criação de condições que facilitem aos interventores enveredar por este processo, que implica um grande rigor técnico.

### **Dianova: Que actividades concretas estão planeadas para as diferentes áreas de intervenção?**

**Dr. João Goulão:** O Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) é a medida estruturante, ao nível da intervenção integrada, que procura potenciar as sinergias disponíveis no território, com o objectivo de reduzir o consumo de substâncias psicoactivas. Será assim uma medida emblemática deste novo Plano. Este deverá assumir-se, numa base transversal e global, como plano de acção territorial que integra respostas interdisciplinares (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção) e que decorre dos resultados do diagnóstico do território. Materializar-se-á em Programas de Resposta Integrada (PRI), com a participação de parceiros que, localmente, procurarão responder às necessidades detectadas, de acordo com as prioridades.

Especificamente no âmbito da prevenção:

- Foi lançado o Programa de Intervenção Focalizada (PIF), que tem com objectivos desenvolver intervenções preventivas em famílias, crianças e jovens vulneráveis, que promovam competências específicas para lidar com o risco associado ao consumo de substâncias psicoactivas, e ainda intervenções dirigidas a indivíduos com padrões de consumo dessas substâncias em contextos recreativos, com o objectivo de reduzir o uso indevido, o abuso e os problemas associados ao consumo.
- Foram produzidos materiais técnico-pedagógicos para serem utilizados em campanhas de informação e sensibilização relativas aos riscos associados ao consumo de substâncias psicoactivas.
- Estão em execução projectos dirigidos a jovens no âmbito do consumo de álcool.
- Estamos a colaborar como Ministério da Educação procurando articular acções integradas e concertadas no meio escolar.
- Estamos a promover, em colaboração com outras entidades, programas/intervenções específicas em locais de lazer, em jovens em situação de institucionalização e nos meios prisional, laboral e universitário.
- Finalmente contamos lançar dentro de um mês um site infanto-juvenil dando resposta a uma crescente procura de informação por parte de jovens entre os doze e os vinte anos.

Quanto às intervenções nas outras áreas de missão (dissuasão, tratamento, redução de danos e reinserção) pretendemos criar redes que complementem a rede de tratamento e que se concretizem através de respostas integradas às necessidades de cada território. No caso da Redução de Danos envidaremos todos os esforços para que a rede permita dar resposta às necessidades daqueles que ainda ou já não têm forças para procurar os serviços. No caso da reinserção será dado ênfase especial à prevenção da desinserção (intervenção em meio laboral) e ao programa Vida Emprego. Um novo programa, PasitForm, promoverá a intervenção na Formação profissional.

Para além disso, temos procurado dar resposta às necessidades sentidas em áreas transversais como a cooperação (nacional e internacional), a investigação, a formação e a avaliação.

**Dianova: A recente integração dos Centros Regionais de Alcoologia no I.D.T. vem trazer um novo desafio às estruturas de tratamento das toxicodependências. Quais as implicações desta integração tendo em conta os 1.6 milhões de portugueses estimados com problemática de alcoolismo (consumos moderados e dependência)?**

**Dr. João Goulão:** Vai continuar a ser desenvolvida a articulação já existente dos Centros de Alcoologia com os Médicos de Família (cursos de formação, vias de referência), bem como o tratamento especializado de dependentes de álcool nos Centros. Em regiões onde existam dificuldades na rede de Cuidados Primários, os C.A.T. podem fazer um atendimento de 1ª linha a pessoas com problemas com o álcool, melhorando assim a acessibilidade aos cuidados. Contamos com a experiência que os técnicos dos C.R.A. trarão para o I.D.T., que será muito útil para a formação específica dos técnicos dos C.A.T..

Por outro lado, a rede de respostas convencionadas, nomeadamente Comunidades Terapêuticas, será desafiada a acolher também estes doentes. Com a integração vai melhorar muito o tratamento de doentes com problemas de uso/abuso de drogas e/ou de abuso de álcool, simultânea ou sequencialmente.

**Dianova: As prevalências de seropositividade para HIV, HVC ou B, Tuberculose associadas à toxicoddependência continuam extremamente elevadas em Portugal. O que carece fazer para contrariar esta tendência?**

**Dr. João Goulão:** Nos utentes atendidos nos C.A.T. a prevalência de anticorpos para a Hepatite C é de cerca de 59% e a prevalência de VIH+ ronda os 15%. Estes valores têm-se mantido estáveis no caso do VIH e até diminuído no caso da Hepatite C.

Por outro lado, as notificações de casos de infecção com VIH, ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, têm vindo a diminuir significativamente cada ano (o número de novos casos, em cada ano, é cada vez menor) para os toxicoddependentes. São ainda valores muito elevados, apesar de mais baixos do que os dos não-toxicoddependentes. Isto faz-nos pensar que as medidas de Redução de Danos, entretanto implementadas, estão a produzir os seus efeitos. Refiro, em especial:

- Marcada redução do número de consumidores por via endovenosa;
- Programa de troca de seringas;
- Campanhas de prevenção e divulgação que alertam os consumidores para os riscos de partilha de material de injeção;
- Programas de substituição de baixo limiar de exigência;
- Vários equipamentos ou respostas de redução de danos (equipas de rua, gabinetes de apoio, unidades móveis, centros de abrigo e centros de acolhimento).

No caso da tuberculose a solução passa por incrementar os rastreios na população geral e em grupos de risco, por dar mais atenção à associação VIH/SIDA-Tuberculose e, no caso dos toxicoddependentes, por implementar a todos os infectados com Tuberculose a toma diária "vigilada" e combinada de tuberculostáticos, antiretrovirais e Metadona (se for o caso) no respectivo C.A.T. ou noutra estrutura, como forma de garantir que nenhum tratamento é interrompido precocemente.

**Dianova: Pelas percentagens de diferentes relatórios recentes, os jovens parecem insensíveis às mensagens e consequências das novas drogas – das estimulantes às psicadélicas... Uma geração perdida ou ainda passível de recuperação?**

**Dr. João Goulão:** Em minha opinião não há gerações perdidas e inclusive sinto que a maioria dos jovens de hoje estão melhor preparados para lidar com as questões relacionadas com as substâncias do que outras gerações. É um sinal que o trabalho de prevenção, apesar de lento, está a resultar, fruto de um trabalho colectivo, feito quer pelas instituições públicas, quer pelas instituições privadas.

Contudo, não deixa de ser preocupante o facto de hoje haver cada vez mais jovens a experimentar substâncias e esta experimentação ocorrer em idades mais precoces. Felizmente a grande maioria destes "experimentadores" não continua a consumir e, dos que o fazem, a maior parte não apresenta um padrão de dependência, mas sim um padrão de consumo mais ocasional, geralmente associado aos espaços recreativos nas noites de fim-de-semana.

Neste sentido, para além de estarmos atentos, é necessário intervir. Assim, o I.D.T. vai apoiar técnica e financeiramente projectos que intervenham junto dos frequentadores de espaços recreativos. Estes projectos, para além de serem concebidos de acordo com idiosincrasias destes contextos e dos seus frequentadores, serão monitorizados e avaliados, pois só assim poderemos ter a certeza da validade da intervenção, podendo dar-lhe uma chancela de qualidade.

**Dianova: A toxicoddependência, mesmo permanecendo uma das principais preocupações dos portugueses, tem perdido lugar na Agenda política e mediática. Sendo a saúde um direito básico, e as consequências desta problemática serem tão transversais aos diferentes sectores da sociedade, que justificação encontra para tal?**

**Dr. João Goulão:** Em Portugal, o fenómeno da toxicoddependência foi muito associado, entre os finais da década de 80 e toda a década de 90, ao consumo de heroína. Os consumidores desta substância tendem a reflectir, de forma muito visível, as consequências sanitárias e legais dos seus consumos, quase sempre problemáticos. Essa visibilidade e marginalidade causaram insegurança e medo junto da população que assim tendia a associar toxicoddependência a criminalidade e à propagação de doenças infecciosas. Ao longo dos últimos anos o número e a visibilidade dos heroinómanos parece estar a diminuir e o perfil dos consumidores tem vindo a alterar-se, por mérito dos serviços e das intervenções e também por razões contextuais. A capacidade de resposta terapêutica, para os que se querem tratar, instalada pelos serviços públicos e a boa articulação com as entidades privadas, tem vindo também a diminuir as ansiedades familiares.

Por outro, lado a emergência de outras preocupações e problemas, como a recessão económica em Portugal e a mediatização de problemas de ordem global como o terrorismo e as ameaças ambientais, deslocam as necessidades e preocupações das populações para outras áreas. Sabemos, no entanto, que os perfis de consumo se podem alterar de forma cíclica e que as consequências de consumos menos visíveis não deixam de ter significativos impactos junto das populações de consumidores e não consumidores. Importa assim manter uma actuação permanente, sistemática e coerente, em todas as áreas de intervenção de forma a garantir uma actuação proactiva no âmbito do controlo das substâncias e da diminuição da procura. ■



## Entrevista com...



**Prof. Doutora Matilde Machado**

Professora Titular, Departamento de Economia,  
Universidade Carlos III Madrid, Espanha

**Dianova: Aproximadamente 20% da população entre os 15-64 anos tem problemas de dependência de álcool e outras substâncias psicoactivas. Os custos sociais e económicos decorrentes desta problemática sugerem ser elevados, sobrecarregando o sistema de saúde, prisional e contributivo. Todavia, parece não haver estudos sobre o impacto económico da toxicodependência. Na sua opinião porque não tem havido interesse público em determinar estes custos?**

**Prof.ª Doutora Matilde Machado:** É uma pergunta interessante. Os custos da toxicodependência são certamente elevados, principalmente os custos relativos à perda de anos de vida que são, como sabe, difíceis, ou mesmo impossíveis, de quantificar. Curiosamente, acabo de participar no 12º Congresso da Sociedade Espanhola de Toxicomania onde tive ocasião de ver a exposição de Marya Hynes que é coordenadora do "Programa de Custos" da CICAD (Comissão Inter-americana para o Controlo do Abuso das Drogas) que tem como objectivo a estimação de custos derivados da toxicodependência nalguns países da América Latina. Parece ser um estudo muito ambicioso mas que tem, como quase todos os estudos nestes temas, alguns problemas metodológicos uma vez que nem todos os países participantes têm o mesmo tratamento de dados. Há mais informação em: <http://www.cicad.oas.org/oid/MainPage/Costs/default.htm>.

No entanto, eu diria que mais importante que saber os custos da toxicodependência é saber se é possível evitar esses custos e quanto custaria. Vou tentar explicar-me melhor. A literatura dedicada ao tratamento da toxicodependência é abundante. A maior parte dos estudos procuram provar que os distintos tipos de tratamentos são efectivos, isto é, que os pacientes quando terminam o tratamento têm um nível de saúde (física e mental) não só melhor que quando entraram mas – e isto é o mais difícil de provar cientificamente – melhor do que se não tivessem estado em tratamento. Nestes estudos, os custos não são normalmente estimados. São, portanto, estudos de interesse puramente médico. Existem também, mas são relativamente escassos, alguns estudos de custo-efectividade, que têm por objectivo estimar o custo por unidade de *output*. A definição do *output*, no caso do tratamento da toxicodependência, é extremamente difícil e subjectiva. Por exemplo, do ponto de vista médico, o *output* seria a melhoria do estado de saúde do paciente; enquanto que do ponto de vista da sociedade, o *output* poderia ser a melhor inserção do paciente, com a consequente diminuição dos riscos inerentes à toxicodependência. As estimações do custo-efectividade do tratamento da toxicodependência

dependem da medida de *output* escolhida. Se considerarmos que o *output* é, por exemplo, estar abstinente então um estudo de custo-efectividade estimaria o custo para a sociedade de cada paciente abstinente.

Na minha opinião, os custos da toxicodependência têm sido avaliados de forma indirecta nos estudos de custo-efectividade do tratamento da toxicodependência. O problema é que, como referi, há poucos estudos de custo-efectividade e nem todos contabilizam todos os custos.

**Dianova: Que variáveis ou dimensões devem ser tomadas em linha de conta para a realização deste estudo de impacto?**

**Prof.ª Doutora Matilde Machado:** Em primeiro lugar, deixe-me dizer que eu nunca fiz tal estudo. Os meus trabalhos tinham outros objectivos, como por exemplo a avaliação da produtividade de clínicas de tratamento. Muitas pessoas pensam que os economistas só se interessam pelos custos, o que não é totalmente certo. Os economistas têm a "obcecação" pela eficiência o que implica tirar o maior proveito dos recursos disponíveis, portanto não só se olha para os custos como também para os resultados.

Quanto à sua pergunta, nos estudos de custo-efectividade do tratamento da toxicodependência é importante contabilizar ou estimar os *custos de oportunidade* do tratamento do ponto de vista da sociedade. O **custo de oportunidade** é um termo muito utilizado pelos economistas que implica contabilizar os inputs ao seu preço de mercado ou no seu melhor uso alternativo. Por outras palavras, os custos derivados dos dados contabilísticos das clínicas de tratamento podem não ser a melhor fonte para estimar os verdadeiros custos do tratamento. Por exemplo, suponhamos que uma clínica de tratamento de toxicodependentes utiliza trabalho voluntário. Como o trabalho voluntário é grátis, não está contabilizado e, portanto, provavelmente não seria incluído nos custos do tratamento o que seria um erro, uma vez que esse trabalho, se não fosse prestado gratuitamente, teria que ser contratado no mercado. Na prática é difícil estimar o custo de oportunidade do tratamento. Na realidade, muitos dos estudos de custo de efectividade consideram apenas alguns dos custos relevantes e muitas vezes estão limitados aos dados contabilísticos.

Existem vários tipos de estudos de custo-efectividade. Alguns estudos comparam diferentes modalidades de tratamento, por exemplo, tratamento residencial com tratamento externo. Outros estudos comparam clínicas que oferecem a mesma modalidade de tratamento e finalmente, outros comparam "tratamento" com a alternativa de "não tratamento".

Os custos do tratamento da toxicodependência podem ser divididos em custos directos de tratamento e outros custos. Os custos de tratamento são, em princípio, mais fáceis de estimar. No entanto, há algumas dificuldades. A primeira é que todos os inputs devem ser contabilizados ao seu preço de mercado. Isto significa que por exemplo se devam contabilizar todas as doações, como é o caso do trabalho voluntário. Os custos de arrendamento do local, mesmo que este tenha sido cedido, também devem ser incluídos a preço de mercado. Também se deve contabilizar todas as horas que os psicólogos, psiquiatras ou terapeutas dediquem à sua formação e à preparação das sessões. Existe a tendência de dividir todos os custos de tratamento pelo número total de pacientes ou o número estimado de pacientes. Esta prática pode gerar conclusões erradas em certas

ocasiões uma vez que nem todos os pacientes têm o mesmo número de sessões (no caso de tratamento externo) ou o mesmo número de dias de tratamento (no caso de tratamento em regime de residência).

Além do mais, a composição dos pacientes pode mudar muito de um mês para outro o que poderia originar importantes alterações nos custos por paciente. É portanto preferível calcular o custo de uma sessão ou o custo diário por paciente, o que facilitaria também a comparação de custos entre clínicas. Claro que para melhor comparar os custos entre clínicas deve-se conhecer as características dos pacientes dessas clínicas. Finalmente, num estudo de custo de efectividade é desejável incluir os custos (e também os resultados) relacionados com o tratamento da toxicod dependência durante um período posterior à alta. Por exemplo, se o paciente recai pouco tempo depois de terminado o tratamento e necessita cuidados médicos, estes devem ser contabilizados. Finalmente, devem ser contabilizados os gastos com os pacientes que abandonam o tratamento prematuramente. Nem todos os académicos que trabalham nestes temas estão de acordo em incluir os pacientes que abandonam o tratamento como parte dos resultados e dos custos das clínicas de tratamento.

Além dos custos directos com o tratamento, devem-se também contabilizar os custos indirectos como por exemplo, custos de transporte dos pacientes, custos com o cuidado de crianças no caso de pais, que para assistir ao tratamento tenham que contratar tais serviços, contabilizar as horas/dias necessários ao tratamento ao valor dos salários que os pacientes poderiam auferir, etc.

Finalmente, se estamos comparando o tratamento com a alternativa de "não tratamento" então os custos inerentes ao "não tratamento" também devem ser contabilizados. Esta última categoria representa os custos da toxicod dependência a que se referiu na sua primeira pergunta. Os custos do "não tratamento" incluem os gastos com o sistema sanitário (derivado de acidentes, doença, e crime), judicial, prisional, policial, perda de produtividade, gastos de aquisição das drogas, e finalmente o risco de morte.

**Dianova: Se tivermos, por exemplo, em conta que 53% da população prisional portuguesa está relacionada com crimes associados à toxicod dependência e com co-morbilidades associadas (16.6% HIV e 30% HVC e B), pressupondo um encargo público mensal de 17 milhões de Euros (Relatório D.G.S.P. 2004) e a falibilidade do sistema prisional como modelo educativo e de reinserção, a determinação de custos é fundamental para a delineação de orientações estratégicas e eficácia das respostas assistenciais, tendo em conta a relação investimento actual vs poupança futura. Na sua opinião o que deve ser tomado em consideração no desenho de orientações de médio/longo prazo que seja cost-effective neste sector?**

**Prof.ª Doutora Matilde Machado:** Esta é, até agora, a pergunta que é mais difícil de responder. Responder-lhe-ei de uma forma algo lacónica e que tem que ver com alguns artigos que li sobre algumas estratégias de tratamento que parecem ser efectivas. Por exemplo, alguns autores consideram que o trabalho pode ser usado como elemento terapêutico, principalmente se se puder condicionar o salário aos resultados de análises de urina ou sangue. No caso de esta estratégia ser realmente eficaz, conseguir-se-ia vários objectivos simultaneamente.

Os estudos de custo-efectividade que conheço parecem indicar que para a maior parte dos pacientes menos graves o tratamento

mais barato é o mais custo-efectivo uma vez que não se apreciam diferenças estatisticamente significativas nos resultados mas pode haver diferenças significativas nos custos. Por exemplo, as chamadas "brief interventions" parecem estar dando bons resultados no caso de pacientes com problemas de álcool pouco severos.

Parece que o esforço recente e ainda actual dos cientistas é saber que tipo de tratamento se adequa melhor a que tipo de paciente. Há estudos a grande escala, como por exemplo o "MATCH" para o caso dos alcoólicos, mas infelizmente as respostas não são ainda conclusivas.

**Dianova: Outras considerações que julgue relevantes em termos do impacto sócio-económico da toxicod dependência...**

**Prof.ª Doutora Matilde Machado:** Como lhe comentei antes, acabo de regressar do 12º Congresso da Sociedade Espanhola de Toxicomania onde se expuseram os trabalhos mais recentes dos investigadores espanhóis sobre o tema. A maior preocupação, não só dos profissionais da saúde que trabalham diariamente com toxicod dependentes mas também dos responsáveis de saúde pública, é o impacto de longo prazo de algumas drogas que são vistas pela sociedade em geral como menos perigosas, como é o caso do ecstasy e da cannabis. Uma das preocupações é a influência negativa dos meios de comunicação sobre estes estereótipos. Por exemplo, continuamente se ouve falar sobre os benefícios da cannabis no alívio sintomático de pacientes terminais. Mas as pessoas esquecem-se que as consequências negativas desse consumo não importam no caso de pacientes terminais. Por exemplo, parece haver cada vez mais evidência, embora não se possa ainda falar de causalidade, de que a cannabis pode aflorar ou acelerar o aparecimento de algumas doenças mentais.

Finalmente, gostava de chamar a atenção para a necessidade da avaliação dos programas de tratamento da toxicod dependência. A literatura mostra evidência de que nem todos os programas são igualmente efectivos e nem todos são igualmente custo-efectivos. A história do deficit orçamental neste país tem talvez uma coisa positiva, que é a criação de uma consciência social em que o contribuinte se interessa cada vez mais pelo uso do dinheiro de todos e em que o Estado tem a obrigação de explicar esse uso. Portanto, cada vez mais assistimos ao despertar do interesse pela avaliação dos programas de tratamento da toxicod dependência do ponto de vista do custo-efectividade de maneira a utilizar o dinheiro de todos da forma mais eficiente possível.

Para uma leitura adicional sobre literatura do tratamento da toxicod dependência encontra-se, por exemplo, em: Machado, Matilde P. (2005): "Substance Abuse Treatment, what do we know? An Economist's perspective", *European Journal of Health Economics*, vol 6 (1), pp 53-64. ■





## Entrevista com...



**Dr. Pedro Faria**

Magistrado do Ministério Público

**Dianova:** Sendo o consumo de drogas perigoso para a saúde do próprio e para a saúde pública é, naturalmente, justificável a imposição de medidas sancionatórias. O modelo dominante da configuração penal português normalizador, resultante do falhanço dos modelos importados da prevenção/repressão, promove opções terapêutico-ressocializadoras em lugar das tendências repressivas e enfatiza o consumidor, seu tratamento e reintegração social, do qual é exemplo a descriminalização do consumo ou posse para consumo ( Lei 30/2000, 29-11). Que balanço faz do nosso ordenamento legislativo em termos da toxicodependência?

**Dr. Pedro Faria:** Nas sociedades modernas de modelo ocidental a questão da toxicodependência é transversal, percorrendo uma multiplicidade de sectores e exigindo a análise e ponderação de um conjunto complexo de factores.

A generalização do fenómeno da toxicodependência, de uma perspectiva histórica e sociológica, foi um acontecimento súbito para a qual as sociedades não estavam preparadas. O alarme que a constatação da progressiva relevância do uso de drogas ilícitas causou, determinou intervenções, por parte dos Estados confrontados com essa realidade, que poderão classificar-se como eminentemente repressivas, originando leis de acentuada dureza.

A tendência das primeiras intervenções legislativas modernas em matéria de droga foi, além do mais, a de serem abrangentes, regulando em conjunto, e muitas vezes no mesmo instrumento legislativo, como sucedeu na legislação portuguesa até à entrada em vigor da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, o tráfico de estupefacientes e o seu consumo.

A falência de um modelo de pendor acentuadamente repressivo no que respeita à reacção estadual face ao consumo de droga, notória no respectivo incremento e na disseminação de uma cultura marginal onde o uso de estupefacientes quase passou a ser icónico e referencial, levou a um movimento legislativo que, reconhecendo a ineficácia dos instrumentos estritamente criminais, privilegiou a ponderação diferenciada do consumo, tratando-o de forma integrada e apostando no tratamento e na reintegração do dependente.

A Lei n.º 30/2000 parece-nos ser tributária desta tendência de tratar o consumo de uma perspectiva mais integradora, preventiva e menos repressiva, o que se alcança, desde logo, pelo facto de ter retirado o

consumo de droga do elenco dos ilícitos criminais.

Nessa perspectiva, considerando que o direito penal, por contender de forma séria com a liberdade dos indivíduos, só deve ser chamado a intervir quando nenhum outro instrumento jurídico se revele eficaz, e sendo certo que o facto de o consumo se encontrar criminalizado nunca chegou a ser um factor de efectiva e real dissuasão, entendo que a Lei n.º 30/2000 tem uma intencionalidade muito positiva.

Julgo ser muito importante que o tratamento legislativo do consumo seja feito de forma autónoma do tratamento legislativo do tráfico de estupefacientes, embora seja óbvio que se trata de fenómenos co-dependentes. Essa co-dependência, todavia, não pode esquecer as diferenças que existem entre o mero consumidor e os indivíduos que vendem, cedem ou distribuem o estupefaciente que vem a ser consumido: o primeiro necessita de tratamento para a reintegração no tecido social, necessita de ser valorizado e acompanhado, e o segundo carece de uma pena para interiorizar o desvalor da sua conduta e ressocializar-se, assumindo uma conduta futura conforme aos valores da sociedade.

Não pode esquecer-se, contudo, que as particulares condições existenciais dos consumidores de drogas, dificultam, e muito, a aplicação da Lei n.º 30/2000, desde logo por ser difícil fazer cumprir as sanções que a referida lei comina no art. 17º (proibição de exercer profissão ou actividade; interdição de frequência de determinados lugares; proibição de acompanhar, alojar ou receber determinadas pessoas; interdição de ausência para o estrangeiro sem autorização; apresentação periódica em local a designar pela comissão; cassação, proibição de concessão ou renovação de licença de uso ou porte de arma; apreensão de objectos perigosos para o próprio ou para terceiros e privação da gestão de subsídio ou benefício atribuído a título pessoal por entidades ou serviços públicos), quando o toxicodependente não aceita sujeitar-se a tratamento.

Efectivamente, se tomarmos como ponto de partida um consumidor regular de heroína ou cocaína, com uma história aditiva de três ou cinco anos, depararemos, em grande parte das situações, com um indivíduo sem uma estrutura de apoio familiar, sem trabalho, carecido de rendimentos e sem um projecto de vida. A habitual errância destes indivíduos, a sua propensão para se alhearem de tudo o que transcenda a satisfação urgente das necessidades aditivas, leva a que os mecanismos sancionatórios, nestas particulares situações (que serão as mais carecidas de intervenção), sejam algo ineficazes e por isso não constituam suficiente motivação para, em alternativa, aceitar sujeitar-se a tratamento.

Reconhecendo algumas imperfeições na lei, que me parecem inevitáveis face à particular realidade a que se dirige, parece-me que se trata de um modelo legislativo correcto, a desenvolver sistemática e progressivamente de acordo com a evolução dos conhecimentos científicos e das ciências sociais, sempre privilegiando o tratamento e a inserção do toxicodependente.

**Dianova:** Muitas vezes confunde-se a descriminalização com a legalização. Quais as principais diferenças e que impacto têm como mensagem dissuasora do consumo de drogas junto de adolescentes e jovens?

**Dr. Pedro Faria:** No nosso ordenamento jurídico o consumo de estupefacientes continua a ser uma actividade ilícita à qual corresponde uma reacção sancionatória por parte do Estado. A



alteração do modelo de intervenção do Estado, cominando o consumo com uma sanção prevista numa norma que tipifica uma contra-ordenação, ao invés do que sucedia na vigência da redacção original do D.L. n.º 15/93, de 22 de Janeiro, em que o consumo era tipificado como um crime, não operou, portanto, uma legalização dessa actividade, que continua a ser proibida.

Existe, assim, uma diferença assinalável entre a descriminalização do consumo e a sua legalização: uma coisa é não perseguir criminalmente (ou seja, com a finalidade de aplicar uma qualquer pena) um cidadão que consuma drogas e procurar motivá-lo para o tratamento, outra, bem diversa, é aceitar que esse cidadão as consuma livremente, onde e como lhe apetecer, aceitando a sua dependência como uma coisa inócua.

É importante que **se mantenha a proibição do consumo** pela simples razão de tal comportamento ter ressonâncias que transcendem o indivíduo e se reflectem em toda a comunidade. Como já disse, a dependência de drogas ilícitas é um fenómeno transversal que não se contém em si próprio. O nicho de marginalidade e comportamentos desviantes que nascem da toxicodependência afecta todos os cidadãos, desde logo por ser responsável por um relevantíssimo número de crimes que são cometidos diariamente. Efectivamente, não se pode escamotear o facto de uma enorme percentagem dos roubos e furtos cometidos no nosso país, nomeadamente nos grandes centros urbanos, ter como origem a procura de meios aquisitivos para o consumo de estupefacientes. Há uma evidente e incontornável nocividade social do consumo que tem que ser objecto de censura e repressão e, nessa medida, o Estado não pode deixar de considerar ilícita tal actividade.

Nesta perspectiva, considerando o consumo como uma actividade que tem implicações negativas na sociedade considerada no seu conjunto e nas suas diversas dimensões, não pode a mesma deixar de ser considerada ilícita e censurável.

Legalizar o consumo, ou seja, considerá-lo como uma actividade lícita, consentida e aceite pelo Estado (ou seja, por todos nós), quando tal realidade está na origem de fenómenos de marginalidade e criminalidade, seria absolutamente contraditório com a tarefa de preservação dos valores mais elementares que nos regem.

A persistência da ilicitude do consumo é, assim, um sinal claro do desvalor que a sociedade associa à toxicodependência e, em primeira linha, um factor de dissuasão de eventuais consumos por parte dos jovens. O desvio, pela sua própria natureza, será sempre uma excepção que deve ser estudada, ponderada e tratada, mas que não pode ser erigido em regra quando os seus custos são incomensuravelmente superiores aos benefícios.

**Dianova:** Numa perspectiva de pluridisciplinaridade direccionada para uma abordagem do homem enquanto totalidade biopsicossociológica, e sabendo-se que o modelo de ressocialização das Prisões deixa muito a desejar, porque não é aplicada com maior frequência a medida de substituição de pena por e.g. tratamento? Julga que o desconhecimento por parte do magistrado sobre como é efectuado o tratamento vs eficácia constitua um factor limitativo da sua aplicação?

**Dr. Pedro Faria:** A sujeição a tratamento surge como condição da pena de suspensão da execução da pena de prisão. Esta substitui

a pena de prisão, ou seja, quando um tribunal decide que será de aplicar uma pena de prisão pode, ainda, face às circunstâncias do caso concreto, decidir que a mera ameaça da dita pena de prisão é suficiente para afastar o autor do crime da prática de novos ilícitos criminais. Quando sobrevinha esse juízo, o tribunal suspende a execução da pena de prisão por um período de tempo que pode ir até cinco anos, podendo sujeitar o condenado a obrigações e/ou regras de conduta, entre as quais se encontra a obrigação de tratamento da toxicodependência, designadamente, quando se conclua que foi precisamente essa condição de toxicodependente a causa mediata do crime.

No período que durar a suspensão da execução o agente do crime vai ter que cumprir as regras impostas, mais precisamente, no caso da obrigação de tratamento, o plano de tratamento que vier a ser delineado pelo Instituto de Reinserção Social e aprovado pelo tribunal. O incumprimento desse plano por culpa do condenado pode motivar a revogação da suspensão da execução da pena e o cumprimento da prisão fixada na sentença.

É, de facto, uma reacção criminal particularmente adequada às situações em que os crimes julgados constituem o início de um percurso criminoso motivado pela toxicodependência que ainda pode ser invertido sem recurso à efectiva execução de uma pena de prisão. Tem a dupla vantagem de evitar o contacto do condenado com o meio prisional (um factor que por vezes é perversamente criminógeno, quer por os condenados assumirem a sua definitiva entrada no sistema, dando a sua reabilitação por perdida, quer por propiciar uma rede de contactos e interações que aprofundam a consistência de comportamentos marginais) e de proporcionar o tratamento.

Não pode, contudo, esquecer-se que o tratamento não pode impor-se ao agente do crime condenado na dita pena. Efectivamente, a sujeição a tratamento fica sempre dependente da vontade do consumidor, sendo certo que a pura imposição de uma medida terapêutica neste contexto, contra a vontade do visado, é tida como um instrumento inútil.

O tratamento coercivo da toxicodependência é, assim, uma figura que não tem acolhimento no nosso ordenamento jurídico, o que poderá explicar que, eventualmente, não haja muitas situações de suspensão da execução da pena de prisão subordinada à obrigação de tratamento.

Se, efectivamente, são reduzidas as situações de tratamento integradas na execução de uma pena suspensa, tal será devido à falta de consentimento por parte dos condenados e não ao desconhecimento dos magistrados que trabalham os processos. ■



## Entrevista com...



### Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira

Presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Medicina Legal

**Dianova: Quais os principais danos corporais resultantes de sinistralidade rodoviária em Portugal provocada directa ou indirectamente pelo consumo de álcool e outras substâncias geradoras de défice de atenção e reacção?**

**Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira:** Não sabemos com exactidão qual é a percentagem de sinistralidade rodoviária decorrente do consumo destas substâncias. Até porque entre nós ainda não é feita por rotina uma investigação exaustiva, pormenorizada, de todos os acidentes rodoviários. Ora nem sempre o facto de uma vítima mortal apresentar uma alcoolemia positiva ou a presença no sangue de substâncias psicoactivas significa necessariamente, que tenha sido esse o factor responsável pelo sinistro. E sendo assim não sabemos também qual é exactamente a sua influência na determinação de danos corporais deles decorrentes.

Mas é indiscutível que o consumo de álcool e de outras substâncias psicoactivas afecta a capacidade de condução, aumentando, consequentemente, o risco de acidente. Muito particularmente pelo prejuízo que exercem a nível da análise correcta da informação sensorial e da organização e coordenação da resposta motora, nomeadamente com diminuição do poder de diversificar a atenção, menor capacidade e rapidez de decisão, aumento dos tempos de reacção e descoordenação de movimentos.

Podemos todavia afirmar que para além dos casos em que a gravidade dos danos corporais sofridos leva à morte da vítima (e que felizmente têm vindo a baixar de ano para ano), a verdade é que milhares de vítimas ficam anualmente afectadas por sequelas graves, por vezes mesmo muito graves, na sequência de acidentes rodoviários onde o álcool e as substâncias psicoactivas tiveram influência. Sequelas muito diversas, mas entre as quais são particularmente frequentes as do foro ortopédico e neurológico. Sequelas que apesar dos progressos consentidos pela melhoria dos cuidados de medicina física e reabilitação, irão todavia condicionar toda a vida futura destas vítimas, não apenas a nível profissional, mas também nas actividades e gestos correntes do dia-a-dia (no levantar-se, vestir-se, alimentar-se, deslocar-se) gerando frequentemente situações absolutamente dramáticas.

**Dianova: Tendo em conta o aumento do número de overdoses provocadas pelo consumo de substâncias psicoactivas estimulantes como ecstasy, anfetaminas ou cocaína (dado o corte e menor grau de pureza) junto de jovens e adultos, em que estado se encontra neurológica e fisiologicamente o corpo do indivíduo falecido?**

**Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira:** Devo começar por sublinhar, para o leitor menos familiarizado com esta problemática, que o termo "overdose" se refere a mortes que resultam da acção directa do efeito de drogas de

abuso na ausência de outros factores concorrentes ou adjuvantes, ou da associação de uma droga com outros agentes farmacológicos potenciadores ou sinérgicos, como por exemplo o álcool, benzodiazepinas, substâncias adicionadas às preparações de drogas de abuso, entre diversas outras. São variáveis as substâncias que podem estar em causa e diversos também os seus efeitos, que poderão ir de sinais relativamente simples como agitação psicomotora, euforia ou diminuição das inibições, passando por sintomas de delírio, alucinações visuais, auditivas e sensitivas, confusão, desorientação, etc., até situações graves de convulsões, taquicardia, hipertensão arterial, depressão do sistema nervoso central com paralisias musculares, paragem cardio-respiratória, coma e morte.

Nas vítimas mortais destas situações de overdose poderão constatar-se a nível neurológico achados de intensidade diversa, nomeadamente em função do tipo, intensidade e duração do consumo (lembramo-nos que uma overdose pode ocorrer num consumidor em fase inicial ou até num consumidor ocasional). E assim sucede também do ponto de vista fisiológico. Em grandes consumidores, numa situação de absoluta dependência, encontraremos certamente uma degradação corporal muito significativa a nível dos diversos órgãos e sistemas, por vezes absolutamente devastadora, num quadro patológico geralmente reforçado por diversas outras patologias que se vêm progressivamente associar a tal consumo, nomeadamente de natureza infecto-contagiosa.

**Dianova: Como traçaria o cenário toxicológico e forense relacionado com o consumo de substâncias psicoactivas em Portugal nos próximos 5 anos?**

**Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira:** Embora não tenha, lamentavelmente, capacidades para adivinhar o futuro, não é difícil prever que o consumo destas substâncias continuará a constituir uma realidade e uma preocupação no próximo quinquénio, e até para além dele.

Bastará pensar que nelas se incluem alguns dos medicamentos mais consumidos em Portugal e que temos (à semelhança da maioria dos países europeus) legislação que penaliza (e bem) a condução sob a sua influência; que isso implica a realização de exames periciais de natureza forense que consintam a sua detecção e quantificação; ou que estão em fase de desenvolvimento novas metodologias analíticas, nomeadamente no âmbito da fiscalização rodoviária e através do recurso a meios biológicos alternativos como a saliva, por exemplo. Enfim, podemos ter a certeza de que esta será uma das áreas que irá continuar a suscitar uma atenção muito especial e até crescente.

**Dianova: Outras considerações que julgue relevantes para a criação duma imagem mental dos efeitos da toxicodependência...**

**Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira:** O cidadão comum tem que ter a percepção de que a toxicodependência e o triângulo que a envolve - tolerância, dependência psíquica e dependência física - conduz à destruição individual.

Do ponto de vista psíquico, a um estado mental caracterizado por comportamentos compulsivos e obsessivos para o consumo de droga, para obter prazer ou aliviar uma tensão. Do ponto de vista físico, a exigência do próprio organismo de consumir droga sob pena do aparecimento de uma síndrome de abstinência. E que para além da destruição fisiológica que as substâncias geradoras dessa toxicodependência provocam por si só no organismo, acresce a que resulta de patologia resultante dos comportamentos de risco e desviantes que, inevitavelmente, mais tarde ou mais cedo, se vêm associar a ela.

Mas é bom deixar a mensagem que a toxicodependência não é um destino sem solução. Que tudo pode ser recuperado. E que o toxicodependente está sempre a tempo de o procurar fazer. ■



**Dr. Fernando Negrão**

Deputado da Assembleia da República

**Dianova:** Derivando os princípios gerais sustentadores da política de combate à toxicod dependência de factores nem sempre consonantes com a defesa da saúde pública, do respeito pelos direitos e garantias do cidadão, da defesa da ordem pública, etc., o que podemos concluir da política anti-droga em Portugal desde 1999?

**Dr. Fernando Negrão:** A política de combate à toxicod dependência no nosso País tem como deveres, primeiro a defesa da saúde pública, embora se sinta mais vezes do que devia a falta de investimento sério e, principalmente, adequado. Segundo, o respeito pelos direitos e garantias do cidadão, que não raro são postos em causa por via de um inadequado quadro legal de censura do consumo de drogas, que não funcionando desequilibra a ténue fronteira entre a dissuasão e a censura social. Terceiro, o da defesa da ordem pública, tendo-se criado um "ambiente" de alguma/muita confusão entre o trabalho de repressão que cabe às polícias e o esforço de tratamento que cabe aos técnicos sociais, assim tendo dado azo à criação de um espaço "livre" em que não acontece nem uma coisa, nem outra.

**Dianova:** Os principais objectivos do Plano Nacional de Luta Contra a Droga até ao presente continuam por cumprir, particularmente no que respeita à diminuição de consumos e consumidores, redução de comorbilidades associadas e aumento de tratamentos bem sucedidos. Na sua opinião o que carece fazer para inverter esta tendência?

**Dr. Fernando Negrão:** O Plano Nacional de Luta Contra a Droga, contendo efectivas virtualidades, defrontou-se na sua aplicação com dois instru-

mentos – I.P.D.T. e S.P.T.T. –, que funcionando de forma totalmente separada, se revelaram incompatíveis por conterem culturas distintas que se chocavam continuamente.

A sua fusão – dando origem ao actual I.D.T. –, atenuou os problemas que dessa realidade derivavam, apostando numa efectiva articulação, bem como numa real motivação de quem todos os dias punha em prática o dito Plano. Porém, tal aconteceu já tarde, não dando tempo à recuperação dos estragos causados pela disputa entre as duas anteriores estruturas.

Nos dois últimos anos, tem-se vindo a assistir ao desmantelamento das estruturas de prevenção, de tratamento, de ressocialização, bem como ao afastamento das comunidades terapêuticas e a erigir como solução exclusiva para todos os problemas as políticas de "redução de riscos".

A pior aposta possível.

O fundamental, para se ter uma política consistente relativamente à toxicod dependência é a que possa obedecer à seguinte regra: prevenir é melhor que tratar, tratar é melhor que fazer redução de danos, fazer redução de danos é melhor que não fazer nada.

**Dianova:** A actual situação resultante das orientações baseadas num modelo normalizador significa a falência parcial ou total do mesmo?

**Dr. Fernando Negrão:** O que se chama de modelo de normalização, é aquele que pretende induzir na população a ideia de que consumir droga é normal, constituindo uma realidade com a qual é inevitável termos que viver. Ou seja, estamos perante uma atitude de desistência. Ou melhor, é a atitude de quem se resigna à "desgraça" e, baixando por completo os braços, limita-se a "apanhar os cacós".

**Dianova:** Quais as implicações, em termos de percepção de mensagem e de efeitos práticos, resultantes da abertura das Salas de Injecção Assistida previstas para Abril em Portugal?

**Dr. Fernando Negrão:** Na continuação da resposta anterior, a abertura das chamadas "salas de injecção assistida" constituem mais um indicador da referida política de desistência, de quem perdeu a capacidade de lutar e de acreditar, rendendo-se no combate à droga e às suas consequências. Sendo que esta atitude, mais tarde ou mais cedo, virá a causar na população um sentimento de insegurança objectivo e subjectivo, do qual os toxicod dependentes serão as primeiras vítimas. ■



**Dr.ª Joana Amaral Dias**

Bolseira da Fundação para a Ciência e Tecnologia

**Dianova:** São várias as abordagens de reabilitação de toxicod dependentes – Cognitivo-comportamental, Humanista, Espiritual, 12 Passos – com diferentes graus de eficácia. Tratando-se de pessoas que lidam com pessoas, na sua opinião o que caracteriza uma intervenção eficiente e eficaz?

**Dr.ª Joana Amaral Dias:** A capacidade de reconstrução (às vezes é mesmo construção) intrapsíquica. Não basta ter uma intervenção dirigida ao nível interspíquico, que vise a mudança de hábitos ou rotinas. Nem a instituição pode ser uma reprodução da relação com os pais, limitando, por exemplo, a autonomia. Por outro lado, na reestruturação intrapsíquica o fundamental é a relação com o técnico. Muitas investigações noutras áreas demonstram que, mais importante do que o modelo A, B ou C, é a qualidade da relação que determina o êxito da intervenção. Esse trabalho de aliança, apenas possível quando elaborado por técnicos altamente qualificados e especificamente treinados para o efeito, é longo e paulatino representando, ele mesmo, uma mudança significativa para o indivíduo. ■■■





## Entrevista com...

**Dianova:** As intervenções terapêuticas focalizam-se maioritariamente na cura da perturbação e das fraquezas da pessoa. Estando a Psicologia Positiva a ganhar destaque desde a última década, como interpreta a resiliência e que factores considera importantes no desenvolvimento positivo do ser humano?

**Dr.ª Joana Amaral Dias:** A resiliência é uma inversão no prisma tradicional da psicologia e do seu enfoque negativo. Podermos olhar para os indivíduos, famílias e grupos que passaram por graves adversidades e por situações traumáticas e que, mesmo assim, não apenas não sucumbiram como se tornaram mesmo pessoas mais competentes e mais capazes, oferece um leque de possibilidades imenso. Com essas pessoas podemos aprender o que lhes permitiu superar essas dificuldades, que factores de protecção foram significativos. O estudo da resiliência é fundamental para a prevenção e intervenção. São múltiplos os factores individuais, familiares, escolares e comunitários que contribuem para o desenvolvimento positivo do ser humano. As relações de confiança, a autoridade parental consistente, o locus de controlo interno, o sentimento

de coerência familiar, a capacidade de comunicação e de resolução de problemas, redes sociais ricas e disponíveis são algumas das dimensões da resiliência que considero significativas.

**Dianova:** Se o tratamento resulta, como reiterado pelo lema da campanha 2004 da ONU, quais os principais desafios que o sistema assistencial público-privado tem que enfrentar para uma efectiva redução do número de consumidores e consumos?

**Dr.ª Joana Amaral Dias:** Hoje em dia, qualquer técnico pode inteirar-se e treinar-se nas melhores práticas de prevenção da toxicodependência. Quer em Portugal quer noutros países, vários foram os programas que demonstraram a sua eficácia. Portanto, penso que o problema não reside em saber como prevenir. Mora, sobretudo, na capacidade de, no nosso país em particular, aplicar esses mesmos programas. A verdade é que, ou por falta de treino e formação adequada, ou por falta de verbas, ou por lacunas graves ao nível da articulação institucional, os princípios dessas mesmas boas práticas são desvirtuados. E os programas falham. ■



**Comandante Caldeira Santos**

Adjunto do Presidente da Associação Industrial Portuguesa

**Dianova:** Se atendermos apenas à dependência do álcool, Portugal continua a ter das prevalências mais elevadas de consumo a nível internacional, cujas consequências são nefastas para o tecido empresarial e economia nacionais, nomeadamente: absentismo, diminuição da produtividade, acidentes de trabalho... O que estão as empresas portuguesas a fazer para reduzir os consumos e promover hábitos alternativos de saúde? Na sua opinião, que impacto adviria da implementação de projectos sectoriais (por indústria) de prevenção indicada da toxicodependência em meio laboral? E. Finalmente, em que consiste o Projecto Solidarietà e que resultados tem tido?

**Cmdt. Caldeira Santos:** Antes de responder às suas questões permita-me que dê os parabéns a todos aqueles que de uma forma solidária e desinteressada continuam a lutar pelo bem do seu próximo. Realmente na sociedade global em que vivemos, a solidarietà na maior parte das vezes só é pronunciada por demagogia ou interesses ocultos e quando encontramos pessoas que como vós constituem uma excepção, abre-se uma porta para a esperança de um mundo melhor.

O alcoolismo é uma doença progressiva que se não for tratada provoca lesões graves a nível da função hepática que a tornam fatal. O alcoolismo não é sinónimo de embriaguez. O alcoólico define-se como sendo aquele que tem apetência exagerada pela bebida, não resiste a um copo e não é capaz de parar. Entra desta forma numa dependência em que a sua vida

profissional e familiar é esquecida, sendo os seus objectivos centrados no acto de beber.

As organizações/empresas deverão incentivar o princípio de aprender a beber e a detectar abusos para, em tempo útil, oferecer um tratamento que evite transformar um acto normal numa doença grave e fatal.

A solidarietà no alcoolismo não é a amizade complacente, mas sim a amizade forte e intransigente contra a tendência do alcoólico para beber.

**O que estão as empresas portuguesas a fazer para reduzir os consumos?** Julgo poder afirmar que há empresas em que os factores de risco são elevados que já actuam nesta vertente, no entanto a AIP-CE em 2000 iniciou o caminho do "Programa Solidarietà".

Realmente a AIP-CE começou a interessar-se pela problemática da adição – álcool e droga, muito por iniciativa do seu Presidente que com uma visão pragmática, ao considerar que a Instituição era servida por um número significativo de pessoas cuja dimensão numa perspectiva de optimização de meios, exigia uma política de recursos humanos que tornasse possível o melhor enquadramento de cada colaborador da organização, o qual uma vez conseguido seria, por si, garante de melhores resultados no projecto empresarial.

Não sendo o problema da adição, parte do "core business" das organizações/empresas, a realidade é que a criação e manutenção de condições que permitam que as pessoas que nela trabalham produzam, em condições ideais, sem que elementos exógenos as diminuam e desmotivem, é fundamental.

Em qualquer empresa é necessário que as pessoas iniciem e terminem o seu dia laboral felizes com aquilo que fazem, o que pressupõe a satisfação consigo mesmas e com as estruturas de enquadramento e funcionamento que a empresa disponibiliza.

Diria que uma empresa ao ocupar-se sistematicamente do problema da adição nas suas diversas formas, melhorará a sua própria intervenção e contribuirá positivamente para o combate a essa chaga social.

Por tudo isto entendeu a AIP-CE lançar o "Programa Solidarietà", consciente dos riscos que a alteração do comportamento e o estado psíquico de um consumidor podem causar na segurança do trabalho, em estreita articulação com a Comissão de Trabalhadores, permitindo

motivar os trabalhadores para uma intervenção solidária e humanitária, de forma a criar locais de trabalho livres de toda a espécie de drogas.

Este programa é liderado pela Direcção da AIP-CE, articulando as diferentes áreas envolvidas – serviços, saúde e Comissão de Trabalhadores – no problema do consumo de drogas e de abuso de álcool.

Seria injusto se não referisse o extraordinário apoio que a Marinha de Guerra nos deu, pois há mais de 20 anos vem com êxito usando um método de despistagem, controlo e recuperação a todos os níveis notável.

No plano interno e tendo em conta que a AIP-CE está repartida por vários locais e unidades orgânicas, foi criado um grupo coordenador, que de forma permanente acompanha o processo e do qual fazem parte representantes das diversas unidades orgânicas e onde assume papel de relevo o médico.

Passados 6 anos de concretização do Programa no que diz respeito à adição alcoólica e 2 anos no que se refere à adição por drogas, é-nos permitido concluir que "navegamos em velocidade de cruzeiro" com bastante sucesso. Repito que sem o apoio de todos tal seria impossível de alcançar.

Penso igualmente estarem criadas as condições para que a partir da AIP-CE se possam desenvolver acções formativas para colaboradores de outras empresas que pretendam desenvolver programas semelhantes, ou em regime de "outsourcing" prestar serviços deste tipo a outras empresas.

A prática da solidariedade, que marca este programa, implica para o consumidor a capacidade de escolha entre o consumo que o aniquila ou uma carreira profissional onde se possa realizar, devendo para tanto respeitar o apoio que a organização e os colegas lhe ofereçam, sujeitando-se no caso de o não fazer às consequências que daí advêm.



**Dr.ª Cristina Lopes**

Directora Técnica da Comunidade  
Terapêutica *Quinta das Lapas*

**Dianova:** A inserção socioprofissional de toxicodependentes, tendo em conta as baixas habilitações académicas e qualificações/experiências profissionais exíguas que caracterizam uma grande percentagem destes, parece constituir a derradeira barreira que os Utentes têm que ultrapassar. Julga que ainda se verifica algum estigma ou discriminação desta população que dificulta a sua inserção por parte do tecido empresarial?

**Dr.ª Cristina Lopes:** Antes de mais gostaria de dizer que não considero a

O Programa Solidariedade tem como objectivo reduzir o consumo de álcool e droga no meio laboral, tendo como finalidade a detecção tão precoce quanto possível de um consumidor. O objectivo é pois actuar numa fase em que o indivíduo consome sem dependência.

Para esse efeito foram estabelecidas um conjunto de normas e procedimentos que, defendendo os direitos e garantias individuais, proporcionam uma consciência colectiva de que o consumo de drogas e outras substâncias alienantes, por um trabalhador, pode colocar em causa o local de trabalho e a própria vida dos restantes, ou seja, há que também ter em conta os direitos colectivos à segurança, saúde e bem-estar. A selecção de dadores para a colheita obedece a método aleatório.

O Programa Solidariedade, sendo um programa multidisciplinar, fundamenta-se nos seguintes meios de actuação:

- Prevenção pela informação, educação e pressão dissuasora, resultante de uma permanente vigilância por parte das chefias e pelo controlo analítico
- Triagem e despiste analítico-laboratorial sobre amostragem obtida predominantemente por selecção aleatória
- Diagnóstico efectuado por técnicos de saúde da AIP-CE
- Desintoxicação em meio hospitalar a indicar pela AIP-CE
- Tratamento e reabilitação psicossocial
- Prevenção de recaída

A AIP-CE suporta as despesas relativas ao tratamento (em ambulatório ou internamento) e assegura o vencimento e as regalias como se o trabalhador estivesse presente no seu posto de trabalho.

A experiência internacional e nacional demonstra que com uma política no meio laboral para ajudar pessoas com os problemas inerentes ao abuso de álcool e consumo de droga, através da prevenção, assistência, tratamento e reinserção se obtêm resultados favoráveis dentro das organizações. ■

inserção socioprofissional a derradeira barreira que os nossos Utentes têm de ultrapassar. Vejo-a como uma entre outras. Dependendo de cada utente esta barreira é maior ou menor.

Embora as pessoas em geral estejam conscientes de que a problemática da Toxicod dependência pode ser vivenciada por qualquer pessoa sem tipologia definida quanto a características familiares, sociais e/ou profissionais, ainda continuam a vivenciar esta questão como distante e assustadora. Além disto, existe inculcida uma ideia de descrédibilização dos tratamentos ou seja da reabilitação em geral. Ainda se defende muito a ideia de que uma vez dependente, dependente para a vida inteira. Este dependente eterno acarreta o estigma da debilidade ou incapacidade. A imagem mental que a maioria das pessoas tem de um toxicod dependente assenta na imagem de alguém mentiroso, ladrão, pouco cumpridor e trabalhador.

Enquanto não aceitarmos esta problemática social sem necessidade de generalizações e estereótipos, iremos sempre confrontar-nos com estigmas e preconceitos. Todavia, já se sentem algumas mudanças. Muitas delas causadas pela experiência de uma pessoa próxima com problemas de adição. Porém, é necessário um trabalho contínuo no sentido de desmistificar falsas crenças e credibilizar mais a reabilitação.

**Dianova:** Quais são os principais factores que obstaculizam a inserção socioprofissional dos toxicod dependentes?

**Dr.ª Cristina Lopes:** Devemos ter em conta que o panorama nacional no que respeita à inserção em mercado de trabalho não é o melhor. A população portuguesa em geral vivencia dificuldades. Em relação à





## Entrevista com...

população toxicodependente há que acrescentar os estigmas que falámos anteriormente, o facto de alguns deles não terem experiência profissional e/ou baixa escolaridade, bem como as características pessoais de cada um dos nossos Utentes. Para alguns deles será uma experiência nova, que requer suporte psicossocial e uma união de esforços por parte de todos os agentes sociais. Existem ainda outras realidades. Nós temos Utentes que são excelentes profissionais e que mantêm a sua inserção laboral mesmo com consumos abusivos. São pessoas que entram de baixa médica para realizarem tratamento e que retomam posteriormente a actividade laboral com toda a compreensão e apoio das entidades empresariais, mantendo com o conhecimento destas o acompanhamento psicossocial.

**Dianova: Da sua experiência, em média quanto tempo levam beneficiários Dianova a obter uma via de inserção (estágio profissional, formação, emprego)? Que factores concorrem para esse maior "facilitismo" no sentido da reinserção?**

**Dr.ª Cristina Lopes:** Os nossos Utentes levam entre duas a quatro semanas a garantirem inserção sócio-laboral. Este tempo não tem a ver com facilitismo mas sim com um trabalho que é feito mesmo antes da admissão do Utente. Na entrevista prévia à admissão são levantados dados socioculturais do proponente a Utente, entre eles situação e percurso laboral, bem como académico. Após a admissão, começa-se logo a investir na formação do Utente e num enriquecimento do seu curriculum. Na C.T. existem actividades que têm como objectivo trabalhar as dificuldades e desenvolver competências desta área.

Existem actividades ocupacionais, como atelier de carpintaria ou manutenção de espaços verdes; existem actividades formativas no âmbito da informática

e técnicas de procura de emprego, e actividades de desenvolvimento pessoal como o acompanhamento psicológico individual e grupal. A comunidade é um todo em que todas as suas partes contribuem para o mesmo objectivo. A nós não nos interessa apenas que um Utente garanta posto de trabalho, tem acima de tudo de conseguir fazer a manutenção do seu posto com responsabilidade e satisfação pessoal em consonância com a abstinência, inserção social, etc. A riqueza de uma comunidade reside em poder trabalhar todos os aspectos da pessoa em conjunto respeitando os seus tempos e individualidades.

Existe ainda um intenso trabalho de relações inter-institucionais. Toda a equipa está dirigida para o trabalho em rede. Aproveitamos o que a rede social em termos locais e nacionais tem para nos oferecer, e aproveitamos potenciando todas as oportunidades. Esta postura requer muito empenho e agilidade por parte da equipa. Obriga-nos a fomentar a informação. Não podemos estar apenas centrados no trabalho dentro da C.T. mas sim no que é também realizado na sociedade em geral pelos diferentes agentes e actores.

Para exemplificar, neste momento temos 3 Utentes a realizar curso de língua portuguesa e cidadania no centro de emprego, 4 a fazer validação de competências em duas escolas do concelho de Torres Vedras, 5 a realizar voluntariado com carácter de estágio em diferentes áreas, 1 a completar o 11º ano de escolaridade e muitos outros já em programa de reinserção com ocupação laboral e/ou académica a decorrer. São todos estes factores que nos permitem chegar ao momento da inserção socioprofissional com um percurso preenchido e planeado, mas, note-se, de maneira alguma facilitado. ■

**F. O.**

Utente em Fase Pré-reinserção na Comunidade  
Terapêutica *Quinta das Lapas*

**Dianova: Que impacto teve a toxicodependência na sua vida?**

**F. O.:** A toxicodependência para mim teve um efeito muito negativo a nível pessoal e familiar, dado estar a perder tudo aquilo que tinha conquistado na vida.

**Dianova: O que o motivou a solicitar tratamento?**

**F. O.:** Fundamentalmente a minha recuperação física e psicológica, o medo de perder tudo (filho e mulher) e sentir que tinha um grande apoio familiar.

**Dianova: Olhando para trás, há algo de que sinta falta? O que mais lhe custou a superar?**

**F. O.:** Neste momento não sinto falta de nada, pelo contrário, sinto-me muito bem. Foi ter feito o que fiz não só a mim mesmo, mas também a quem gostava e gosta de mim.

**Dianova: O que espera mudar com este tratamento?**

**F. O.:** Espero, e já estou a conseguir, que é fundamental para mim pensar primeiro em mim próprio e não tanto nos outros, com o objectivo de ter uma vida normal sem drogas que sei que é possível. Obrigado a todos!

**Dianova: Onde ou como se vê dentro de 1-2 anos?**

**F. O.:** Espero ser aquilo que sou neste momento, ou seja, estar de bem com a vida, estar feliz como estou! ■

**L. V.**

Utente no Apartamento de Reinserção Social Lisboa

**Dianova: Que impacto teve a toxicodependência na sua vida?**

**L. V.:** Depois de 25 anos dependente de drogas, o impacto foi muito negativo uma vez que teve consequências na minha vida. Desisti dos estudos, não investi numa formação, tive problemas judiciais, sociais, familiares e contraí o vírus da SIDA.

**Dianova: O que o motivou a solicitar tratamento?**

**L. V.:** Estava exausto, sentia-me sufocado, envergonhado. Não queria mais magoar-me. Estava cansado de prejudicar a minha família e amigos. Porém, acreditava que era possível ultrapassar tudo aquilo e lutar. Lutar pela minha vida e pela minha felicidade.

**Dianova: Olhando para trás, há algo de que sinta falta? O que mais lhe custou a superar?**

**L. V.:** Para falar a verdade não tenho muita vontade de olhar para trás, pois foram muitos anos desperdiçados, embora a experiência sirva para me acautelar e fortalecer também. Foi muito difícil encarar a realidade da vida.

**Dianova: O que espera mudar com este processo de reinserção?**

**L. V.:** Essencialmente espero dar um novo rumo à minha vida, pois penso que ainda é tempo para recomeçar e poder finalmente respirar...

**Dianova: Onde ou como se vê dentro de 1-2 anos?**

**L. V.:** Vivo um dia de cada vez, mas fundamentalmente ser auto-suficiente, ter uma relação afectiva estável, fazer as "pazes" com a minha família que sempre me apoiou, com os meus amigos e sociedade, são estes os meus objectivos. E, claro, viver livre e sem drogas! ■



## Toxicoddependência: Um Olhar sobre a Pessoa



**Prof. Dr. Tito Laneiro**

Psicólogo, Docente na Licenciatura de Psicologia e Pós-Graduação de Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica, U.A.L.

A psicologia positiva é um movimento da psicologia que coloca o enfoque no que é positivo, saudável e funcional no ser humano em oposição à maior tendência da psicologia através dos tempos cuja maior atenção foi dada ao patológico.

Luthans (2005) inspirando-se no trabalho de Seligman e Csikszentmihalyi, agrupa a psicologia positiva em três níveis que passamos a enumerar:

1. Experiências subjectivas valorizadas. Bem-estar, contentamento e satisfação (no passado); esperança e optimismo (para o futuro); fluxo e felicidade (no presente).
2. Características individuais positivas. A capacidade de amar e de seguir a sua vocação, coragem, competências interpessoais, sensibilidade estética, perseverança, capacidade de perdoar, originalidade, compromisso com o futuro, espiritualidade, talento e sabedoria.
3. Virtudes cívicas e institucionais que promovem os indivíduos para uma melhor cidadania. Responsabilidade, zelo, altruísmo, civismo, moderação, tolerância e ética profissional.

Este foco nas capacidades organizadoras do *self* e na sua tendência para o crescimento e realização já foi há muito colocado em evidência por Maslow (1968) com a sua teoria da motivação intrínseca da Hierarquia das Necessidades, e por Rogers que desenvolve com maior consistência a partir da década de quarenta do século passado, a Terapia Centrada no Cliente, cujos alicerces se fundamentam na confiança estruturante do organismo e da sua evolução em direcção a uma pessoa plenamente funcionante.

Parece-nos então que existem muitos aspectos concordantes entre o mais recente movimento da psicologia positiva, Seligman e Csikszentmihalyi (1990), e determinados movimentos da psicologia humanista que preconizam desde há algumas décadas esta potencialidade e direcção da vida, para o aperfeiçoamento e progresso. Sem querer entrar em comparações de semelhanças e diferenças entre estes dois olhares, que não é o móbil deste artigo, serve a ressalva para assinalar a pertinência de abordagens que radicam num olhar positivo sobre o homem e que retomam actualidade.

Recuperando o paradigma da Terapia Centrada no Cliente, a partir da qual se desenvolveu a Abordagem Centrada na Pessoa, este última mais

abrangente e sendo nesta abordagem que iremos centrar a nossa reflexão, convém revisitar muito rapidamente alguns conceitos que estão na sua base partindo depois para a especificidade que dá título a este artigo.

A **Abordagem Centrada na Pessoa** preconiza que o organismo se complexifica desde a sua concepção e que transporta em si uma auto-direcção tendente à sua máxima realização. Este postulado de Rogers (1983) é coincidente com o conceito de "sintropia" de Szent-Gyorgyi (1974) e de "tendência mórfica" de Whyte (1974), ao definir a tendência formativa "como a tendência sempre actuante em direcção a uma ordem crescente e a uma complexidade inter-relacionada, visível tanto ao nível orgânico como ao nível inorgânico. Este axioma é igualmente concordante com o de Morin (1973), evocado por Nunes (1994), " De certa forma a Tendência Formativa é uma concepção ampla que apresenta o universo como um todo que funciona através do princípio da auto-organização". Esta tendência é a tese principal da Abordagem Centrada na Pessoa, alicerçada numa força que existe no universo e que pode ser observada a qualquer nível. É uma fonte de energia que tende à plenitude e auto-realização, uma tendência que se actualiza de realização em realização. Para Bozarth (2001) esta tendência à actualização (ou tendência actualizante) alicerça-se numa confiança básica na pessoa. É uma tendência presente em todos os organismos vivos, uma tendência para o crescimento, para o desenvolvimento e para a realização plena das suas potencialidades. Esta revela o fluxo direccionado construtivo do ser humano, em direcção a um desenvolvimento mais completo e complexo. Fluxo direccionado que deve ser libertado.

Mas libertado de quê? E como? Em primeiro lugar das condições segundo as quais a pessoa só é aceite quando se comporta de um determinado modo ou se for da forma que os outros querem que ela seja. Vejamos por exemplo o que é comum observar na interacção de um adulto com uma criança: se ela comer a "sopinha" toda é "bonita", se não comer "é feia"; se ela gostar do irmão acabado de nascer "é bonita", se não gostar "é feia", e por aí adiante. De acordo com *Standal* 1954 e *Thorne* 1991, o *self* da criança tem necessidade de um *olhar positivo* por parte das pessoas que lhe são significativas. As crianças que têm essas necessidades preenchidas desenvolvem-se de acordo com a tendência auto-reguladora do seu organismo em crescimento. Por outro lado, se tal não se verificar e a criança só receber esse *olhar positivo* por parte das pessoas significativas mediante certas condições, que podem ser contrárias às de actualização do organismo, a criança sente um conflito entre a valorização que deseja das pessoas significativas e a valorização do seu saber orgânico.

No caso do abuso de drogas poderemos dizer, evocando Nunes (2000), que quando a pessoa começa a consumir inicialmente essa substância ela aparece como o melhor equilíbrio possível para que no organismo se possa exprimir a Tendência Actualizante. Este consumo responde às necessidades do próprio organismo e da sua carência de evoluir na direcção do seu desenvolvimento e da sua auto-realização. É nesse acto que o sujeito encontra muitas vezes a forma de poder ser mais social, mais afirmativo, menos dependente das opiniões e do amor condicional do outro.

A partir de determinado momento as drogas consumidas em excesso introduzem no quotidiano do indivíduo efeitos biopsicossociais nefastos, desviando e limitando o movimento estruturante da Tendência Actualizante, pelas emergentes e readaptadas





# Tema de Actualidade

## **necessidades de um organismo em crescendo de incongruência a todos os níveis.**

À medida que vai aumentando a incongruência cresce também a consciência, de que a possibilidade de experienciar o processo de vir a ser uma pessoa plenamente funcionante – uma pessoa desenvolvida e realizada – através do consumo de drogas não resultou. Pelo contrário lhe aumentou e cristalizou o desespero. Dizia uma pessoa que tentava viver sem dependências químicas referindo-se ao início dos seus consumos "no princípio até que resultava para ser menos tímido, mais confiante...". Durante este percurso tomou consciência que, ao contrário do que pretendia vir a ser, instalou-se um estado de sofrimento aumentado pela crescente disrupção a todos os níveis de funcionamento. Devido à sua forma de consumir a pessoa é cada vez menos amada, os amigos e a família afastam-se, os despedimentos sucedem-se, as doenças instalam-se, os acidentes começam a ser mais frequentes. É cada vez menor a possibilidade de poder ser amado pela pessoa que é, as condições de valor para ser amado são o abandono da sua dependência. Uma vez mais percebe que querem que seja uma outra pessoa que ele não é e, neste caso, ainda não pode ser. Aumentam os sentimentos de culpa, o remorso e a vergonha. A ideação e muitas vezes a planificação suicida instala-se. Muitas vezes é consumada, a maioria das vezes vai-se consumando com a agressão causada ao organismo por esse comportamento de consumo. A auto-agressão cristaliza-se.

Estas breves constatações são concordantes com a metáfora do funil que Hipólito (1991) evoca no IV Encontro das Taipas. O funil é um objecto largo que se vai estreitando até ser possível passar gota a gota um, ou vários líquidos, que sejam miscíveis. Os indivíduos, quando iniciam o consumo de drogas, também apresentam grande diversidade entre eles. À medida que os consumos se instalam com maior frequência essas pessoas aparentam mais semelhanças, o que leva a que sejam percebidos, pela sociedade em geral, de forma idêntica. Esta estereotipagem torna o indivíduo no sintoma, desaparecendo a pessoa e a sua identidade. Mas tal como nos líquidos, que não perdem as suas propriedades pelo facto de passarem por vasos mais estreitos (podendo adquirir outras se forem miscíveis mas sem perderem completamente a essência do que um dia foram), também as pessoas não perdem o seu património de existência e a sua identidade única, pela razão de em determinada altura consumirem drogas. Esta questão da luta da pessoa pela sua identidade é referida por Tap (2005) como central nos factores potenciadores do *self* para o seu desenvolvimento, residindo aí a conceptualização positiva da auto-estima e auto-afirmação positiva.

Podemos ver esta luta pela afirmação da identidade noutros casos em que a pessoa experiencia dificuldades ao nível do seu desenvolvimento. Mearns (1994) refere a experiência de uma mulher que fora vítima de abuso sexual incestuoso e que reivindicava o direito de ser tratada como uma pessoa no seu todo por parte do terapeuta. Para ela era importante que o terapeuta aceitasse a particularidade dos seus sentimentos relativamente ao sucedido sem interpretação do especialista em abuso sexual. O autor rejeita assim as abordagens focalizadas num tipo de conduta, de sintomatologia, ou de grupo de pares, afastando o perigo do que chama a "moda de estereotipagem" das pessoas. "Não importa quanto conhecimento o Counsellor possui acerca do grupo a que o cliente pertence ou ao assunto em questão, o ponto de partida é sempre o mesmo: o empenho em compreender como este cliente particular experiencia o seu próprio mundo".

Igualmente Shlien (1987) refere o seu desconforto na utilização de certa

terminologia, como o termo psicótico. Para o autor é uma palavra que não é por si usada com "convicção ou bem-estar. É errado dizer que uma pessoa com diabetes – uma entidade de doença bem definida – é um diabético. Isto está longe de ser tudo o que ela é. Tem diabetes, mas quando o seu equilíbrio de insulina está normal nessa dimensão é normal. A psicose pode apresentar apenas uma forma de ajustamento a um domínio flutuante da vivência de todos, de maneira que, a existência de um estado psicótico seja inegável por definição, a palavra psicótico é muito discutível".

**Estes exemplos, embora possam parecer um pouco à margem do núcleo desta reflexão, são na realidade centrais. Vejamos porquê. Parece inquestionável para quem está em contacto com as drogas, seja como consumidor ou como profissional, que existe uma alteração nas drogas que circulam, com variedades imensas de policonsumos e de efeitos desconhecidos dos mesmos. Por outro lado a forma mais tradicional de toxicodependência, o alcoolismo, também está a mudar sobretudo nos mais jovens. Existe também uma nova política para lidar com o problema desta droga que deixa a maioria dos técnicos um pouco à deriva. Ou seja, estamos perante um manancial de diferenças que faz com que muitas vezes a centralidade da acção seja colocada uma vez mais no que é visível e concreto: a droga e os sintomas que provoca na pessoa. Esta dimensão é sem dúvida importante, contudo, é essencial perceber quais são os efeitos e consequências da droga na pessoa que consome e quais os significados desse consumo para aquela pessoa, única e particular. Não é assim possível tratar da mesma maneira o que é diferente. Apesar de aparentemente iguais, a mesma droga provoca "viagens" e sintomas distintos em cada pessoa, devido a vários factores biopsicosociais que lhe são particulares, daí advindo também a singularidade da sua experiência.**

Hipólito (1991), apresenta alguns casos clínicos da sua competência, em que foi possível passar do "paradigma do funil", para o "paradigma da ampulheta". Esta última metáfora acentua as competências de afirmação da identidade que a pessoa vai adquirindo. A transformação é alicerçada em seis condições necessárias e suficientes preconizadas por Rogers (1954), para que apareçam mudanças estruturantes e terapêuticas na pessoa:

- Duas pessoas estão em contacto psicológico;
- Uma que está em incongruência ou em sofrimento e a que se chamará cliente;
- Outra que está congruente e que será chamada de terapeuta;
- O terapeuta vivencia um olhar incondicional positivo pelo cliente;
- O terapeuta vivencia uma compreensão empática segundo os quadros de referência do cliente e comunica essa atitude ao cliente;
- A comunicação ao cliente desta compreensão empática e do olhar incondicional positivo é percebida por ele.

O terapeuta ao oferecer estas condições de aceitação positiva e de compreensão empática, comunicando-as à pessoa, torna possível retomar o desenvolvimento onde ele foi interrompido. Tal como uma planta necessita de água e luz como factores de desenvolvimento, definindo na falta destas, também a pessoa necessita de condições facilitadoras de auto-realização, bloqueando e/ou regredindo na falta delas.

Fica então a questão, até que ponto as condições de estereotipagem da sociedade em geral, que se focalizam na toxicodependência, podem fazer com que a pessoa seja vista na perspectiva do copo meio vazio? Uma outra... e se fizer toda a diferença que ela seja vista como o copo meio cheio?

Parece-nos que esta última proposta é a perspectiva da mais recente Psicologia Positiva, mas também a experiencição da Psicologia Humanista mais tradicional. De uma forma ou de outra, a decisão sobre o seu olhar para o copo está no leitor. ■

## Evento "Rede, Cooperação e Inovação no Terceiro Sector"



Irá decorrer a 21 de Junho de 2007, entre as 09:00 e as 14:00H, no Centro Cultural de Belém, Lisboa, o Evento "Rede, Cooperação e Inovação no Terceiro Sector" que tem como objectivos dar a conhecer o impacto da rede Dianova a nível internacional, a optimização de recursos públicos e privados e o incremento da eficácia das respostas assistenciais.

Contando com a presença de altos dignatários nacionais, representantes de instituições europeias e internacionais e convidados internacionais intervenientes no sector das toxicodependências, será realizada uma retrospectiva da mudança organizacional e da alteração dos processos na estrutura da rede Dianova, para além duma breve apresentação da variada oferta assistencial que a rede Dianova oferece nos países em que está presente. As reformas legislativas sobre menores são um tema de preocupação em muitos dos países membros, pelo que esta temática será abordada a partir da análise de distintos especialistas das áreas da sociologia, justiça e da política nacional e internacional. O fecho do evento será assinalado com a assinatura do Convénio Internacional Dianova, com vista ao reforço da cooperação entre os membros da rede.

O Programa do Evento e Formulário de Inscrição estarão brevemente disponíveis nos sites [www.dianova.org](http://www.dianova.org) e [www.dianova.pt](http://www.dianova.pt). ■

## Não há droga sem senão...

### Drogas e "Salas de Chuto": ecos dos Açores – uma breve contribuição



**Dr. Miguel Brillhante**

Sociólogo, Quadro Superior do  
Governo Regional dos Açores

O tecido social do arquipélago dos Açores tem vindo a mudar de forma abrupta. Com sinais de desenvolvimento e com realidades dissonantes, o certo é que os efeitos da modernidade se fazem sentir entre as nove ilhas. Se por um lado, os conceitos básicos de sociedade tradicional

eram a chave do domínio social, económico e político, hoje há, de facto, alicerces que se mantêm, mas os "materiais de construção" são efectivamente outros.

Neste âmbito, as representações sociais sobre as drogas têm um lugar cativo na análise sociológica insular. Se a natureza essencialmente clandestina do consumo de drogas ilícitas dificulta, obviamente, o perfeito conhecimento da dimensão e características deste fenómeno, também é certo que não estão suficientemente estabelecidos os respectivos instrumentos de medição, nem as metodologias de recolha de dados e de análise do problema. Ao olharmos para os vértices do problema, verificamos que a luta contra o tráfico oferece algumas lacunas, principalmente numa região como os Açores; a prevenção, elemento-chave de combate, não atinge os resultados desejados; a recuperação dos detidos não é propriamente clara, porque nas prisões o tráfico e o consumo existem; a reinserção social é, de uma forma geral, difícil. Deste cenário, alia-se o assédio a crianças e jovens por parte da "substância". Se as drogas vistas pelas crianças demonstram ser uma realidade com conhecimento de causa, as crianças vistas pelas drogas não deixa de ser uma analogia seguramente plausível. E é através desta vulnerabilidade que se deve combater este duelo, quer pela prevenção quer pela erradicação. Mas, resta também saber se proibir realmente funciona. Até que ponto a proibição é um factor inibidor ao consumo de drogas? ■■■





# Não há droga sem senão...

Na realidade, sabemos que qualquer estudante, independentemente da idade, pode adquirir facilmente tanto drogas lícitas quanto ilícitas. E aí, usar ou não uma substância passa mais por um crivo individual do que por qualquer pressão que possa ser feita, uma vez que nem sempre adianta dizer que faz mal para saúde, porque a decisão, além de pessoal, também é circunstancial. Abordar ou não a questão das drogas com crianças, ao ser uma temática que ocupa, muitas vezes, espaço na preocupação de pais, professores e governantes, deverá ser o ponto de partida para um combate predominantemente, construtivo. Não é difícil tomarmos conhecimento do elevado consumo precoce de drogas "duras" por parte de jovens em idade escolar. Não é difícil reconhecer lugares e grupos organizados à procura de um "contacto", quer nos rostos das escolas quer ao redor de espaços comerciais. Não é difícil apurar que o aumento da criminalidade está associado ao consumo de drogas. Não é difícil conhecer casos de famílias que ficam desestruturadas devido aos incessantes roubos cometidos por filhos, irmãos, netos com vista ao consumo. Não é difícil apercebermo-nos que a droga poderá não ter fim.

Face a estas circunstâncias, as polémicas "salas de chuto" têm sido incrementadas e, em paralelo, "aclamadas" como veículo para a superação destes constrangimentos. Previstas na lei desde 2001, as salas de injeção assistida, vulgarmente conhecidas por "salas de chuto", poderão ser uma "arma" no combate às drogas, principalmente no acesso a determinadas (falta de) condições que, no seu todo, "interagem" com o toxicodependente. As "salas de chuto" podem, efectivamente, ajudar os toxicodependentes a adoptar práticas de consumo mais saudáveis e contribuem para reduzir os incómodos públicos provocados pela droga, apesar de não os eliminarem.

Em termos gerais, os resultados tendem a aspectos controversos, mas o certo é que para atingir mais consumidores de forma mais eficaz e

reduzir ainda mais o consumo público de droga, julga-se ser necessário aumentar a disponibilidade das salas de consumo.

Nos Açores, as "salas de chuto" não existem mas poderiam ser pensadas, uma vez que a expressão da "promiscuidade" do consumo é de tal forma elevada que as repercussões poderão ser muito mais graves. Todavia, numa região de consumo inequívoco, consequência quiçá da insularidade, convém ter presente que não basta criar salas para se poder dizer, politicamente, que as temos. Há que definir uma correcta "implementação", isto é, se um potencial objectivo da criação das salas de chuto nos Açores for levar os consumidores à abstinência, elas serão "um falhanço". Se o objectivo é a terapia, as salas não serão um grande êxito porque a maioria das pessoas só procura ajuda prática. Não há, contudo, fórmulas ou poções mágicas, porque falamos de drogas, mas em qualquer dos casos, é muito importante que haja debate público para que as pessoas saibam para que servem as salas e de que forma é que elas ajudam os consumidores de drogas, uma vez instalado o problema.

As "salas de chuto" não acabam com os problemas. Mas, reduzem mortes por 'overdose' e infecto-contagiosas e diminuem a marginalização do consumidor. Para bons resultados, há que não esquecer que a sociedade civil tem um papel-chave, uma vez que a representação social da toxicodependência continua a ter uma carga negativa, visível tanto na consciencialização familiar como na percepção social que os indivíduos têm sobre quem é dependente, principalmente numa região ultra-periféria. Todos sabem da sua existência, todos conhecem histórias de consumo. Mas o que é preciso é desvendar o segredo que está por detrás das vantagens da articulação de estratégias e parcerias institucionais. E tão somente porque a situação açoriana em relação à toxicodependência está cada vez mais grave. ■

## Inter-Gerações

### Consumos de substâncias na adolescência e promoção da saúde

O Relatório 2006 do *Health Behaviour in School-Aged Children* [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org) da Organização Mundial de Saúde [www.who.int](http://www.who.int), realizado em Portugal no âmbito do projecto Aventura Social Et Saúde [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com) sob a coordenação da Prof. Doutora Margarida Gaspar de Matos, Faculdade de Motricidade Humana – U.T.L., que tem por objectivo estudar os comportamentos de saúde dos jovens em idade escolar entre os 11 e os +16 anos em 35 países, e no que concerne ao consumo de substâncias psicoactivas nos adolescentes portugueses, aponta para uma estabilização na experimentação e consumo regular de substâncias ilícitas.

Todavia, revela também que factores de risco que potenciem o consumo de drogas, tais como as dificuldades de comunicação com os pais ou a satisfação dos jovens perante a vida, não apresentam uma evolução tão positiva como nos últimos anos, o que sugere a necessidade de medidas e acções preventivas continuadas em meio familiar, escolar e comunitário.

Da análise dos dados, conclui-se que relativamente aos consumos de álcool, tabaco e drogas, estes têm vindo a diminuir ou a estabilizar, tendo respectivamente de 2002 para 2006 a experimentação de **tabaco** diminuído de 37,1% para 32,8%, assim como o seu consumo diário (de 8,5% para 5%); quanto ao **álcool**, apesar do consumo diário de cerveja (0,8% para 1%) e bebidas destiladas (1% para 0,7%) se poder considerar estacionário, observa-se uma tendência de aumento de abuso/embriaguez de 5,3% para 6%, cuja frequência vai aumentando à medida que aumenta a idade; relativamente ao consumo de **drogas**, verifica-se uma estabilização do consumo regular de 1,5% para 1,1%: **haxixe** (9,2% para 8,2%), **heroína** (1,2% para 1,4%), **LSD** (1,7% para 1,8%), **cocaína** (1,7% para 1,6%) e **ecstasy** (2,2% para 1,6%).

É ainda relevante o aumento das relações sexuais associadas ao consumo de álcool e outras drogas, tendo os jovens afirmado que tiveram relações sexuais porque tinham bebido (12,1% para 14,1%), mantendo-se os rapazes como os que mais frequentemente o afirmam

(15,3% para 17,1%); adicional e preocupantemente, verifica-se uma redução do uso de preservativo de 29,9% para 18,9%, o que sugere que as práticas e comportamentos de risco que potenciam a transmissão de HIV/SIDA e outras DST continuam a reflectir o insucesso de intervenções preventivas destas co-morbilidades, assim como da gravidez em adolescentes registando Portugal umas das taxas mais elevadas da Europa.

A sensibilização e educação para a prevenção da toxicod dependência é uma necessidade constante que Pais, Entidades Sócio-sanitárias, Governo, Comunidades locais e sociedade civil em geral não devem descurar, tendo em conta a diminuição de relações estruturantes e de comunicação com Pais (79,6% para 76,1% na facilidade de falar com a mãe e 57,7% para 55,3% com o pai) e Professores (ajuda quando necessário 68,8% para 64,7%; interesse como pessoa de 48,8% para 45,6%; e tratamento com justiça de 45,7% para 52,4%) apontada neste Estudo; os estímulos gerados pela publicidade ao álcool, os maiores anunciantes em Portugal, quer em Publicidade directa, quer em Eventos como as Queimas das Fitas e os diversos Festivais "SuperRock", apelando sedutoramente ao consumo preocupando-se mais com quotas de mercado e aumento de receitas e insensíveis às consequências neurofisiológicas, comportamentais e sociais destes consumos; e a facilidade de acesso às substâncias lícitas e ilícitas em meios de diversão nocturna e outros espaços de lazer, entre muitos outros factores.

Há que reconhecer que as drogas contribuem para a desestruturação da identidade individual e social (despersonalizando e desorganizando pessoal e socialmente), actuando sobre as emoções que controlam os conflitos internos e externos; bloqueando afectos

angustiantes e penosos; acabam por potenciar certos tipos de actividade social através das sensações causadas pelo consumo ocasional da substância, envolvendo manipulação, sedução, mentiras, etc.; para além dos efeitos adversos a curto (a nível do desenvolvimento cognitivo, na adaptação e maturidade psicossocial, na saúde física) e longo prazo (complicações cardiovasculares, doenças pulmonares, danos neurológicos irreversíveis, DST, etc.)

De forma preventiva ou como resposta a sinais evidenciadores de consumos de drogas, sugerimos algumas **estratégias a ter em conta em ambiente familiar e escolar** que ajudem a minimizar estes danos:

- Dar a informação que favoreça a auto-estima e reforce as manifestações de autonomia e responsabilidade dos jovens
- Prestar atenção, aprovando e reforçando o trabalho bem feito e o comportamento adequado
- Propor aos jovens metas adequadas à sua idade e capacidades
- Dar sempre mais importância ao que são capazes de conseguir que aos erros cometidos
- Fazendo elogios ajustados à realidade, valorando não apenas o trabalho académico mas também as capacidades extra-curriculares e reconhecendo os seus êxitos mesmo pequenas vitórias
- Ensinar-lhes que em muitas ocasiões não podemos obter as coisas imediatamente, ensinando-os a assumir os seus fracassos
- Fazer com que respeitem normas e acordos sem ceder face a pressões, acordando normas de disciplina e sanções correspondentes
- Criar um clima de confiança em que se sintam livres para expressar as suas ideias, tentando que intervenham em actividades que requeiram o uso da imaginação e criatividade. ■

## Drogas

[www.grupoigia.com/clatvirtual1/](http://www.grupoigia.com/clatvirtual1/)

O Grupo IGIA é uma plataforma multidisciplinar com objectivos de reflexão, participação e inovação na área da toxicod dependência. O seu trabalho é reconhecido internacionalmente pela sua qualidade científica e técnica sendo responsáveis por diversas conferências e vários estudos e publicações neste domínio. De 1 a 31 de Março de 2007 realiza a **1ª Conferência Latina Virtual Juventude, Saúde e Cultura do Risco: Alianças e Redes**. Esta conferência virtual pretende dinamizar e desenvolver alianças e redes no domínio dos comportamentos de risco para a saúde.

[www.sppc.org](http://www.sppc.org)

A Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas é uma associação científica que tem por objectivo a divulgação das psicoterapias de inspiração construtivista, bem como a organização de uma rede de técnicos interessados nesta área do conhecimento e respectivas aplicações clínicas. Nascida da necessidade de um espaço de discussão, supervisão e formação, promotor do aprofundamento das teorias e metodologias cognitivistas numa direcção pós-racionalista e construtivista, bem como de abertura a outras correntes que partilham esta matriz metateórica, a S.P.P.C. desenvolve um conjunto de actividades de divulgação, formação e supervisão na área das psicoterapias e das competências da relação de ajuda.

## Inteligência Social

O que torna um psicopata tão perigosamente manipulador? Podemos fazer mais e melhor para os nossos filhos crescerem felizes? Entre outras questões, *Inteligência Social – A Nova Ciência do Relacionamento Humano* apresenta-nos uma ciência emergente que revela perspectivas surpreendentes sobre o mundo interpessoal. A mais fundamental das descobertas da nova disciplina é que fomos concebidos para conectar. A neurociência descobriu que a própria forma como o cérebro está estruturado o torna sociável.

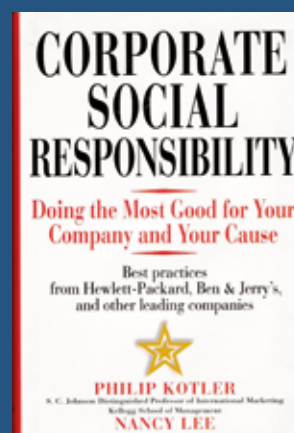
**Autor:** Daniel Goleman | 1ª Edição: Outubro 2006  
Temas e Debates – Actividades Editoriais



## Corporate Social Responsibility

No mundo actual, já não é aceitável que as empresas não façam o bem. Pelo contrário, é expectável que o façam. Que problemas sociais devem ser apoiados? Que iniciativas devem ser desenvolvidas que irão beneficiar a empresa e a causa? Como implementar um programa de sucesso? Como gerar suporte interno e paixão? Como integrar uma nova iniciativa nas estratégias actuais? Como mensurar o sucesso? Em *CSR* ficará a conhecer as melhores formas e meios de maximizar as contribuições a temática sociais, alinhando os objectivos de negócio com os culturais e sociais, a obter o suporte dos colaboradores e a avaliar os esforços.

**Autores:** Philip Kotler e Nancy Lee | 1ª Edição: 2005  
John Wiley & Sons



## Capitalismo Karaoke

É um livro sobre pessoas (gestão para a humanidade) e para pessoas, dispostas a agarrar no microfone e fazer ouvir as suas vozes. A realidade karaoke consiste num clube cosmopolita com escolhas individuais infinitas o que é, simultaneamente, um mísero local para a imitação institucionalizada. Para desenvolver o carácter do capitalismo temos de aceitar a responsabilidade individual. Olhe para dentro de si: quer ser uma versão original de primeira qualidade de si mesmo ou uma versão copiada de alguém, de segunda qualidade?

**Autores:** Jonas Ridderstråle e Kjell A Nordström | 1ª Edição: 2006  
Público – Comunicação Social



### Ficha Técnica

Propriedade, Administração e Redacção:  
Associação Dianova Portugal

Qtª das Lapas, 2565-517 Monte Redondo TVD Tel.: 261 324 900 | Fax: 261 312 322

Email: rui.martins@dianova.pt | www.dianova.pt

Coordenação Editorial: Rui Martins

Design: Orange – original communication

Impressão: Gráfica Torriana, S.A.

ISSN: 1646-0383

Depósito Legal: 214288/04

Distribuição: Gratuita

Periodicidade: Trimestral

Tiragem: 2.500 exemplares

Associação Dianova Portugal

Qtª das Lapas, 2565-517 Monte Redondo TVD

Tel.: +351 261 324 900 | Fax: +351 261 312 322

Email: rui.martins@dianova.pt | www.dianova.pt