



Direcção-Geral da Acção Social

Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação

**Alice Emília Bettencourt e Silveira
Maria de Fátima Barroco**

Direcção-Geral de Acção Social

**António Carlos Martins da Costa
Maria Manuela dos Santos Pardal**

Direcção-Geral da Saúde

**Maria Benedita Vasconcelos
Maria da Conceição Araújo**

Direcção-Geral dos Regimes de Segurança Social

**Definição das Competências
dos Sectores da Saúde e da Segurança Social
no Âmbito do Apoio às Pessoas Infectadas pelo VIH
e suas Famílias**

(Relatório elaborado, em Maio de 1996, pelo Grupo de Trabalho constituído por Despacho dos Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social, de 31 de Janeiro de 1995)

Lisboa, Dezembro de 1996

Ficha Técnica

Autor:

Alice Emília Bettencourt e Silveira
Maria de Fátima Barroco
António Carlos Martins da Costa
Maria Manuela dos Santos Pardal
Maria Benedita Vasconcelos
Maria da Conceição Araújo

Editor:

Direcção-Geral da Acção Social
Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação

Colecção:

Documentos Temáticos, Nº 10

Plano gráfico e capa:

David de Carvalho

Impressão:

Nova Oficina Gráfica, Lda
Rua do Galvão, 34-A 1400 Lisboa

Tiragem:

500 exemplares

Dezembro/96
ISBN 972 - 97257 - 0 - 5
Depósito Legal nº106073

ÍNDICE

1. Introdução	5
2. Diagnóstico de situação:	6
■ caracterização Social e de Saúde	
■ caracterização nos Regimes de Segurança Social	
3. Definição de competências dos sectores da Saúde e da Segurança Social e formas de articulação no apoio às ONG's	16
4. Propostas	19
Anexo 1 - Despacho Conjunto dos Ministérios, da Saúde e do Emprego e da Segurança Social de 31-01-95.	27
Anexo 2 - Entidades que participaram em reuniões	29
Anexo 3 - Entidades contactadas	31
Anexo 4 - Bibliografia e Legislação consultadas	33
Anexo 5 - Protocolo celebrado entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o C. R. S. S. de Lisboa e Vale do Tejo.	35

I - Introdução

1 Por despacho conjunto dos Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social, de 31 de Janeiro de 1995, (**anexo 1**) foi criado um Grupo de Trabalho com a incumbência de definir as competências dos sectores da Saúde e da Segurança Social no âmbito do apoio às pessoas infectadas pelo VIH e suas famílias.

2 Foram designados para integrar o Grupo de Trabalho por parte do sector da Saúde as licenciadas Maria Manuela dos Santos Pardal Correia Soares, da Direcção-Geral da Saúde, e Maria Isabel da Silva Reis pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa.

Razões extrínsecas ao grupo de trabalho determinaram a necessidade de substituição deste último elemento, tendo sido designado, em 18 de Março, o licenciado António Costa do Centro de Apoio a Toxicodependentes das Taipas.

Por parte do sector da Segurança Social representaram a Direcção-Geral dos Regimes as licenciadas Maria Benedita Lares Moreira de Campos Barros e Vasconcelos e Maria da Conceição de Sousa e Freitas Araújo.

A Direcção-Geral da Acção Social foi representada pelas licenciadas Maria de Fátima de Távora Vasconcelos da Silva Barroco e Alice Emília Belo Bettencourt Silveira, que coordenou os trabalhos.

3 **São, objectivos específicos do Grupo de Trabalho proceder ao levantamento das principais situações-problema e definir o nível de intervenção no âmbito das competências de cada um dos departamentos. Deverá ainda o grupo definir linhas orientadoras de acção e formas de colaboração com as ONG,s.**

4 Para cumprimento dos objectivos atrás enunciados considerou o Grupo de Trabalho necessário reunir semanalmente e adoptar como metodologia mais adequada a colaboração de entidades ligadas aos sectores da Saúde e da Acção Social. Para esse efeito decidiu solicitar expressamente essa colaboração, às entidades constantes do anexo 2, a qual foi prestada, nuns casos, através da participação pontual em reuniões com o Grupo de Trabalho, e noutros obtida junto das instituições envolvidas na problemática da SIDA.

5 No que em particular respeita à recolha de dados ligados ao sector da saúde, essa informação foi obtida através de contactos directos efectuados junto dos vários serviços que constam do anexo 3 ao presente relatório e também pelo conhecimento que os representantes do sector têm das situações.

Acresce ainda referir a informação que foi recolhida através de pesquisa documental. (**anexo 4**)

6 A informação dos Centros Regionais de Segurança Social (CRSS) foi obtida através de reuniões parcelares efectuadas para esse efeito de relatórios regularmente enviados para a Direcção-Geral da Acção Social (DGAS).

7 Canalizados os contributos para o âmbito do grupo procedeu-se ao debate genérico da situação relativa aos doentes infectados pelo VIH e suas famílias, à análise das respostas já existentes e à formulação de algumas sugestões para um melhor atendimento do ponto de vista qualitativo e de eficácia perante a problemática extremamente complexa e premente que se depara aos seropositivos, doentes de SIDA e suas famílias.

II - Diagnóstico de situação

A Caracterização Social e de Saúde

A epidemia da SIDA em Portugal está ainda numa fase de crescimento.

Os dados disponíveis oficialmente mostram o aumento do número de casos nos grupos dos toxicod dependentes, heterossexuais e mulheres, havendo contudo que assumir a existência de uma sub-notificação que poderá ir até 10 a 12% dos casos notificados.

A caracterização da situação veio confirmar a insuficiência das medidas adoptadas nas diversas áreas: da prevenção, da melhoria da situação dos seropositivos (particularmente face à discriminação), do tratamento dos doentes, do apoio social e da dignificação da morte.

É de salientar também a inexistência de apoio tanto psicológico como social e material, das respectivas famílias.

A SIDA tem efectivamente uma abrangência muito grande e está associada a áreas da vida social e relacional.

As pessoas infectadas com o VIH e os doentes de SIDA apresentam-se gravemente fragilizados não só pelo problema de saúde/doença como também por problemas de ordem psicológica, social e económica.

A nível psicológico assinalam-se fenómenos relacionados com a não aceitação da doença, conflito, revolta, angústia, depressão, sentimento de culpa e perda de auto-estima. Cumulativamente, verifica-se um afastamento da família e dos amigos o que conduz à estigmatização do próprio e da respectiva família.

A evolução desta epidemia tem mostrado que os seropositivos, quando devidamente apoiados e tratados podem ver esta sua situação alargada temporalmente e só virem a ser doentes de SIDA quinze ou mais anos depois. Este facto deu origem ao aparecimento de uma nova personagem, aquele que, sendo seropositivo, portanto contaminado mas não doente, vive permanentemente o drama da incerteza sobre o dia de amanhã, aliado ao drama do isolamento a que estará sujeito se os que o rodeiam tiverem conhecimento da sua seropositividade.

Acresce que a população que normalmente recorre aos serviços é constituída por pessoas em situação económica desfavorável, situação agravada pela doença, da qual resulta o aumento de encargos económicos com a aquisição de **medicamentos não comparticipados, em média 30 a 40 contos/mês** (de referir como exemplo que a terapeutica com Diflucan, feita de forma continuada, representa um dispêndio diário de 1.600\$00) com deslocações aos hospitais e necessidade de um regime alimentar adequado.

1 A incidência da doença na faixa etária dos 20 aos 49 anos, atinge uma percentagem superior a 60% de pessoas em situação de desemprego, emprego precário ou à procura do primeiro emprego.

Por esta razão a maioria dos doentes encontra-se excluída de prestações dos regimes da segurança social, uns por não terem iniciado uma actividade profissional, outros por não terem atingido o período de garantia exigido para a obtenção de prestações.

Assim, na ausência de direito às prestações de segurança social os serviços de acção social têm-se visto na necessidade de reforçar as verbas para a atribuição de subsídios eventuais a indivíduos e famílias.

O subsídio eventual é uma prestação pecuniária do âmbito da Acção Social, não garantida, que tem por finalidade contribuir para a prevenção ou restabelecimento do equilíbrio funcional dos indivíduos e famílias, através da redução das carências económicas mais graves.

Considera-se, assim, que o seu carácter eventual aliado à circunstância da atribuição depender de uma análise casuística, não constitui resposta adequada à maioria dos doentes de SIDA, que se encontra em situação de carência económica absoluta.

Por outro lado a situação de carência económica e a falta de apoios sócio-económicos podem dar origem a que a pessoa infectada recorra a comportamentos de risco, nomeadamente à prostituição, o que, para além de agravar a sua doença, concorre para o alastramento da epidemia.

De salientar que muitos destes doentes, dada a situação económica precária já existente, vêm-na subitamente agravada, em virtude de não poderem satisfazer compromissos anteriormente assumidos, designadamente os relativos ao pagamento de empréstimos para aquisição de casa própria, aluguer de casa ou de quarto, de que resultam frequentes ameaças de despejo com o conseqüente agravamento da sua já difícil situação.

Verificam-se também problemas extremos de seropositivos e de doentes de SIDA que pertencendo já ao grupo dos sem abrigo, ou tendo passado a pertencer, tornam a situação absolutamente insolúvel em termos económicos e sociais.

Para uma melhor visualização da situação de carência económica já referida, incluem-se os quadros 1, 2 e 3 referentes aos apoios concedidos pelo CRSS de Lisboa e Vale do Tejo, em 1995 - distrito onde se concentram mais de 50% dos doentes de SIDA - e à incidência da doença por faixa etária, à situação profissional e via de contágio.



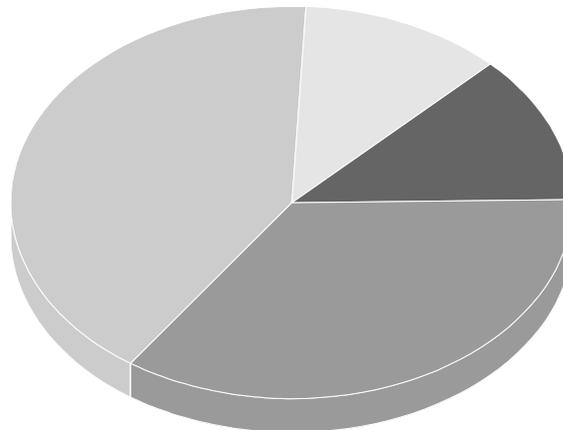
**Actividades desenvolvidas
pela Acção Social / Segurança Social
no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA**

Subsídios Eventuais a Indivíduos e Famílias (1995)

Quadro nº 1

SUBSÍDIOS EVENTUAIS POR RÚBRICA

MONTANTE GLOBAL		72 653 068\$00					
ALIMENTAÇÃO		MEDICAMENTOS		HABITAÇÃO		OUTROS	
29 988 047\$	41,3%	25 424 939\$	35%	8 425 465\$	11,6%	8 814 465\$	12,1%



HABITAÇÃO	11,6 %
ALIMENTAÇÃO	41,3 %
MEDICAMENTOS	35,0 %
OUTROS	12,1 %

FONTE: CRSS de Lisboa e Vale do Tejo



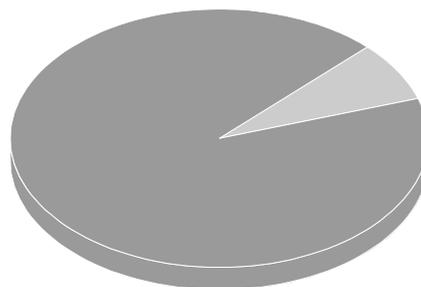
Actividades desenvolvidas pela Acção Social / Segurança Social no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA

Subsídios Eventuais (1995)

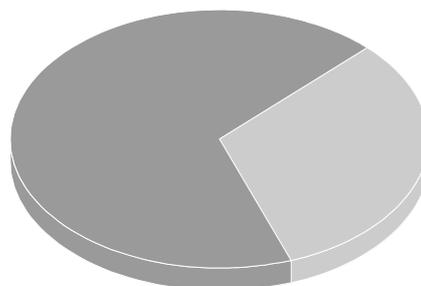
Quadro nº 2

TOTAL DE PESSOAS APOIADAS		426			
20 - 49 ANOS		DESEMPREGADOS		TOXICODPENDENTES	
394	92,5%	289	68%	285	67%

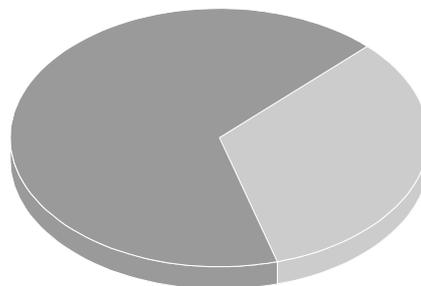
20 - 49 ANOS 92,5 %
OUTROS 7,5 %



DESEMPREGADOS 68 %
OUTRAS SITUAÇÕES 32 %



TOXICODPENDENTES 67 %
OUTROS CASOS 33 %



FONTE: CRSS de Lisboa e Vale do Tejo

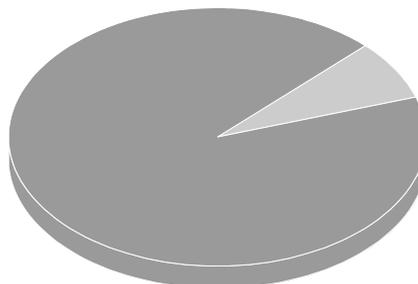
Actividades desenvolvidas pela Acção Social / Segurança Social no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA

Situação profissional (desemprego) e via de contágio na faixa etária dos 20 - 49 anos (1995)

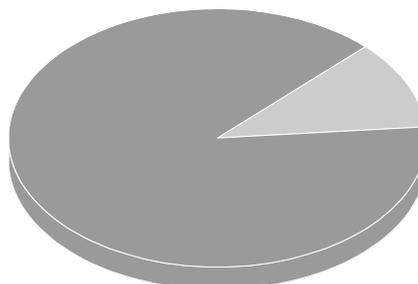
Quadro nº 3

20 - 49 ANOS	DESEMPREGADOS		TOXICODPENDENTES	
394	364	92,4%	350	89%

DESEMPREGADOS 92,4 %
OUTRAS SITUAÇÕES 7,6 %



TOXICODPENDENTES 89 %
OUTROS CASOS 11 %



FONTE: CRSS de Lisboa e Vale do Tejo

2 Outro problema que se coloca com muita acuidade relativamente às pessoas atingidas pela SIDA, é o que respeita à confidencialidade, conhecidas que são as consequências marginalizantes a nível profissional, familiar e da comunidade em geral.

Por estes motivos pessoas infectadas pelo VIH manifestam grande preocupação pela eventual quebra de sigilo por parte dos serviços.

Esta preocupação é agravada pelo facto da atribuição das prestações da segurança social estar necessariamente dependente do conhecimento do diagnóstico médico como condição prévia do apoio a conceder.

É certamente por razões que se prendem com o problema da confidencialidade que se tem vindo a verificar que alguns doentes, optam pela mudança de residência para os grandes centros, nomeadamente para Lisboa, não obstante poderem dispôr dos meios clínicos adequados a nível local.

Deste facto resulta o agravamento das situações já existentes no distrito de Lisboa, relativamente a estes doentes.

Constata-se que, de um modo geral, os serviços não dispõem de pessoal suficiente nem com a formação adequada para o atendimento e acompanhamento dos doentes e suas famílias.

Desta limitação resulta também que os serviços de acolhimento não respondem com eficácia e em tempo útil às solicitações das pessoas infectadas e suas famílias as quais revestem normalmente carácter de urgência.

Ao problema da confidencialidade acresce o facto de estes serviços, para além de não possuírem os meios humanos e financeiros suficientes, se encontrarem demasiado centralizados e burocratizados sendo notória a falta de coordenação entre os vários níveis de cuidados numa mesma região geográfica e entre as várias regiões.

Assim as respostas encontradas são, de um modo geral, parcelares e ineficazes, obrigando os seropositivos e os doentes de SIDA a recorrerem a uma série de entidades públicas e privadas por carência de um apoio integrado e global .

De referir, relativamente ao distrito de Lisboa, onde residem mais de 50% dos doentes de SIDA, a particularidade de coexistirem duas estruturas de apoio : uma a nível da cidade de Lisboa - a Santa Casa da Misericórdia; outra o CRSS de Lisboa e Vale do Tejo que cobre os restantes concelhos do distrito - protocolo homologado em 29-09-1983, (anexo 5).

De salientar que à data da homologação deste protocolo a problemática da SIDA não tinha a dimensão social que apresenta actualmente.

Acontece que alguns doentes residentes na cidade de Lisboa são encaminhados para os serviços do CRSS e da DGAS por carência de resposta de âmbito institucional e/ou financeiro por parte da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

3 Os toxicodependentes constituem, há já alguns anos, o grupo com comportamentos de risco em que as taxas anuais de casos de SIDA são mais altas - grupo mais numeroso em termos de casos acumulados.

Embora se possa prever um abrandamento do número de novos casos, no grupo dos toxicodependentes, nos próximos anos, o certo é que a situação actual é preocupante e senão forem adoptadas novas estratégias tornar-se-à seguramente bastante sombria, a curto prazo.



O tráfico de drogas que há 8 anos se circunscrevia ao litoral, tem-se expandido por todo o país, chegando mesmo a algumas aldeias. As facilidades acrescidas das vias de comunicação tornaram mais acessível o tráfico de drogas e conseqüentemente a sua expansão.

Contudo, no que se refere à disseminação do vírus da SIDA, os profissionais na área da toxicoddependência referem uma mudança nas vias de consumo de drogas, com o progressivo abandono da via endovenosa. Mesmo os que mantêm essa via de consumo diminuíram a frequência com que partilham material de injeção, para o que parece ter contribuído eficazmente o Programa da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA (CNLCS) de troca de seringas nas farmácias.

Mas há dois aspectos que vêm motivando alguma preocupação:

- a) a mudança de comportamentos de risco ocorrem especialmente entre os utentes dos Centros de Atendimento a Toxicoddependentes (CAT);
- b) a fraca adesão das farmácias nalgumas zonas do país (como por ex. o Algarve) ao programa de troca de seringas.

Apesar das conseqüências que a heroína tem relativamente ao comportamento sexual dos seus consumidores, a transmissão sexual do VIH ocorre nesse grupo, particularmente pela prostituição a que se entregam esses indivíduos, correndo riscos e fazendo outros correrem-nos igualmente.

Acresce à problemática apontada o facto dos centros de atendimento (apesar do seu constante crescimento) não conseguirem absorver uma procura que parece inesgotável.

É ainda de realçar o crescente número de casos de tuberculose, sobretudo nestes doentes, que pelas suas características psíquicas e de personalidade não seguem o tratamento adequado, originando o aparecimento de estirpes resistentes, o que causa dificuldades crescentes aos serviços hospitalares, designadamente superlotação, listas de espera que nalguns casos atingem os 3 meses, e síndrome de exaustão do seu pessoal.

Por outro lado, em alguns hospitais o serviço específico para estes doentes não dispõe de equipa multidisciplinar alargada, para apoio psicológico/psiquiátrico aos doentes e para tratamento específico dos toxicoddependentes.

4 Particularmente graves são as situações relacionadas com a SIDA, respeitantes às pessoas que praticam a prostituição e às que se encontram detidas.

A situação de infecção pelo VIH e de doença SIDA no grupo das pessoas que praticam a prostituição não é conhecida a nível geral do país, mas importa referir o crescente agravamento na cidade de Lisboa, onde cerca de 50% das que acorrem aos serviços de saúde são seropositivas. Paralelamente, continua a verificar-se desinteresse dos “clientes” pelo recurso ao preservativo, único método preventivo eficaz.

Sendo as prisões instituições com características muito especiais confrontam-se com uma situação deveras preocupante a nível do VIH/SIDA.

De facto, mais de metade dos detidos são toxicoddependentes, muitos deles estão infectados pelo VIH e o consumo de drogas não tem sido controlável dentro dos estabelecimentos prisionais.

5

Especial reflexão merece a situação das crianças no âmbito desta epidemia, atendendo a que:

- 20% a 25% das crianças que nascem de pais seropositivos são contaminadas, adoecem e morrem, normalmente, antes dos 5 anos de idade;
- as crianças não infectadas ficam orfãs muitas das quais passam a viver na rua sujeitas a todo o tipo de violência e marginalidade.

Em Portugal as estatísticas oficiais não correspondem à situação de facto quanto ao número de crianças infectadas.

A escassez de dados relativos aos grupos etários mais baixos (0 a 15 anos) e a informação de que só 20% dos casos VIH positivos que nascem em maternidades públicas da cidade de Lisboa, tem recorrido aos serviços do Hospital D. Estefânia, coloca o problema de poder ser ainda mais elevada a margem de erro relativo àquelas idades.

Por outro lado, constata-se que no 1º. trimestre deste ano, tem vindo a aumentar o número de familiares de crianças infectadas e ou orfãs que recorrem aos serviços da segurança social com vista à concessão de apoio sócio-económico que lhes permita fazer face às despesas com medicamentos e alimentação. Casos há em que pela ausência de famílias são solicitadas respostas sociais substitutivas daquela.

A não existência de hospital de dia para crianças infectadas e doentes, obriga a prolongar os internamentos o que neste grupo etário acarreta graves consequências psicológicas e familiares.

De salientar ainda que algumas crianças infectadas têm sido vítimas de processos de segregação e marginalização, sobretudo ao nível da escola.

B

Caracterização no âmbito dos Regimes de Segurança Social

Regime contributivo

O regime contributivo da segurança social engloba um leque de prestações cuja atribuição está dependente do cumprimento de determinados pressupostos, as condições de atribuição. Destas últimas uma é comum a todas as prestações, quer imediatas quer diferidas: o prazo de garantia, que pressupõe uma vinculação laboral e a correspondente vinculação à segurança social mediante a inscrição na mesma e o pagamento de contribuições durante o período previsto na lei para cada prestação.

Atendendo a que o financiamento do regime contributivo depende exclusivamente dos descontos efectuados pelos beneficiários, e que a finalidade destes se traduz na garantia de uma protecção em eventualidades taxativamente previstas na lei, é evidente que só estará protegido quem descontou e o fez durante determinado período. Neste contexto podemos comparar o regime contributivo a uma seguradora pública e sem fins lucrativos.

Assim no caso de doentes com SIDA, apenas aqueles que exerceram actividade profissional e sobre ela descontaram poderão ter direito ao subsídio de doença ou à pensão de invalidez.

Atendendo ao grupo etário em que se enquadra a maioria destes doentes podemos deduzir que apenas uma **minoría** se encontra em situação de poder auferir as prestações que por lei são concedidas aos beneficiários do regime contributivo da segurança social.

Tendo em atenção as já citadas razões subjacentes a este facto, não se julga oportuna qualquer proposta de alteração da lei em vigor no que toca ao âmbito pessoal da mesma, pois tal alteração implicaria novas formas de financiamento do sistema.

Regime contributivo

O regime não contributivo previsto na Lei n.º 28/84, de 14 de Agosto, visa proteger, de acordo com o objectivo definido no artigo 28.º daquela Lei, as pessoas que se encontrem em situação de carência económica ou social, não cobertas efectivamente pelo regime geral.

A cobertura social tem vindo a ser feita de acordo com o estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 160/80, de 27 de Maio, que instituiu um esquema de prestações não decorrente da qualidade de trabalhador, antes sendo requisito a verificação da condição de carência.

Assim, muito embora não tenha havido uma reformulação específica do regime não contributivo desde a publicação do citado Decreto-Lei n.º 160/80, a actuação do sistema de segurança social na sua vertente não contributiva tem sido legitimada à luz do artigo 28.º da Lei de Bases da Segurança Social.

Neste contexto, o regime não contributivo abrange os cidadãos nacionais em situação de carência, os cidadãos nacionais dos Estados Membros da União por força da adesão de Portugal e de acordo com a Cláusula K do Regulamento Comunitário n.º 1408/71, bem como os nacionais de Estados Terceiros desde que resulte de Acordo ou Convenção de Segurança Social.

A concretização do regime não contributivo é feita pela atribuição de prestações nas eventualidades de encargos familiares, desemprego, invalidez, velhice e morte, sujeitas, em geral estas prestações à verificação das condições de recursos legalmente estabelecidas.

No tocante às prestações de encargos familiares, ou seja, abono de família, subsídio de aleitação, abono complementar a crianças e jovens deficientes e subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial, são atribuídas aos descendentes das pessoas não abrangidas por qualquer regime de segurança social. A atribuição das prestações está sujeita a condição de recursos com excepção do subsídio de educação especial.

Quanto à protecção na invalidez desdobra-se a mesma em pensão social e subsídio por assistência de terceira pessoa.

A pensão social de invalidez é atribuída aos indivíduos maiores de 18 anos que sejam reconhecidos inválidos para toda e qualquer profissão. Por outro lado, só é atribuída se os rendimentos mensalmente auferidos não excederem em 30% da remuneração mínima mensal garantida ou 50% dessa remuneração, consoante se trate de indivíduo isolado ou de casal.

Verifica-se, contudo, que a eficácia dessa prestação tem sido posta em causa quando considerada em relação aos doentes com SIDA na medida em que, em termos médios, a concessão desta prestação demora 6 meses. Assim, considerando a esperança de vida destes doentes a partir do momento em que a doença é declarada, urge proceder ao encurtamento do prazo previsto para a sua atribuição por forma a tornar útil a concessão desta prestação.

Relativamente à protecção na velhice esta é feita através da concessão de pensão a partir dos 65 anos de idade e quando preenchidas cumulativamente as condições de recursos.

À eventualidade morte correspondem as pensões de orfandade e de viúvez.

A pensão de orfandade é atribuída, sob condição de recursos aos descendentes sobrevividos de pessoas não abrangidas por qualquer regime de segurança social e a pensão de viúvez aos cônjuges sobrevividos dos pensionistas de pensão social, cumpridas, igualmente, as condições de recursos.

Face ao exposto verifica-se que a concretização do regime não contributivo pressupõe à partida uma avaliação das carências económicas e/ou sociais dos indivíduos, bem como das suas famílias.

Decorre desta avaliação que as condições de recursos actualmente em vigor para acesso às prestações determinam graves situações de desprotecção social quando aplicadas aos doentes com SIDA, por força da consideração dos rendimentos do agregado familiar.

Os aspectos positivos que decorrem do facto de se considerar o indivíduo integrado no seu meio sócio-familiar poderão determinar que para a concessão das prestações do regime não contributivo possam não ser tomadas em linha de conta a totalidade dos rendimentos do respectivo agregado familiar, a fim de permitirem a recepção das prestações do regime não contributivo.

Daqui que os recursos financeiros disponíveis sejam insuficientes para fazer face às crescentes solicitações decorrentes por um lado, das mutações tecnológicas em curso, e das novas formas de organização do trabalho, e por outro, das carências agravadas por factores exógenos ao sistema, mas que vêm a cair no seu campo de aplicação por resultarem de eventualidades ou contingências que exigem a sua intervenção, como é o caso do apoio a conceder aos doentes infectados com o VIH bem como das suas famílias.

III - Definição de competências

1 Do sector da Segurança Social

1.1. Dos Regimes de Segurança Social

Como corolário do objectivo Constitucional de que “Todos têm direito à segurança social”, o objectivo do sistema de segurança social encontra-se enunciado no artº. 2º. da Lei nº.28/84, de 14 de Agosto.

Assim, a efectivação do direito à segurança social para que aponta por seu turno, o artigo 3º. da Lei nº. 28/84, de 14 de Agosto, é assegurado mediante atribuição de prestações que pressupõem, no caso dos regimes de índole contributiva, o prévio pagamento de contribuições.

Por seu turno, o artigo 28º. da citada Lei da Segurança Social define como objectivo fundamental do regime não contributivo a protecção dos cidadãos nas carências não cobertas pelo regime geral.

Atendendo a que a acção dos regimes contributivos, baseados na vida activa dos beneficiários, consubstancia a atribuição de prestações que visam superar a situação de falta ou de diminuição de capacidade para o trabalho, de desemprego involuntário, de invalidez, de velhice e de morte e ainda de compensação de encargos familiares, o regime não contributivo deve conter normas que o tornem apto a satisfazer as carências não colmatadas pelo regime geral.

Verifica-se assim que o sistema de segurança social apresenta um conjunto de elementos enunciados nos termos da Lei nº. 28/84, e interligados entre si na perspectiva de garantir o direito de cada um à protecção social.

Nestes termos, **é competência do sector da segurança social conceder prestações pecuniárias**. Estas são concedidas tendo em conta alcançar dois objectivos, a saber:

- a) compensação de rendimentos de trabalho deixados de auferir;
- b) compensação dos encargos familiares.

No prosseguimento destes objectivos o artigo 11º. da Lei nº. 28/84, prevê que essas prestações possam ser pecuniárias ou em espécie, mais especificando que as prestações em espécie englobam a utilização de serviços e equipamentos sociais.

1.2. Da Acção Social

Nos termos da Lei nº. 28/84, de 14 de Agosto - Lei da Segurança Social, são objectivos da Acção Social:

“1 - A Acção Social tem como objectivos fundamentais a prevenção de situações de carência, disfunção e marginalização social e a integração comunitária.

2 - *A Acção Social destina-se também a assegurar especial protecção aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, jovens, deficientes e idosos, bem como a outras pessoas em situação de carência económica ou social sob o efeito de disfunção ou marginalização social, na medida em que estas situações não sejam ou não possam ser superadas através dos regimes de segurança social". (art.º 33.º.)*

Assim e no que concerne à problemática das pessoas atingidas pelo VIH, deverá a acção social orientar-se preferencialmente para a prevenção da exclusão e da marginalização social dos seropositivos, doentes de SIDA e famílias designadamente através das seguintes linhas de acção:

- satisfação das necessidades básicas das pessoas e famílias mais carenciadas;
- diversificação das prestações sociais de modo a permitir o adequado desenvolvimento de formas de apoio social directo às pessoas e famílias;
- acolhimento/atendimento dos doentes e famílias na perspectiva de uma actuação global que possibilite a inserção comunitária;
- integração dos seropositivos e doentes em situação de pobreza e exclusão social em equipamentos e serviços existentes.

2 Do sector da Saúde

De acordo com a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde - a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado.

O objectivo fundamental da política de saúde é obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, sendo tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos.

Das Bases XXIV, XXVII, XXXIV e XXXVIII retiram-se alguns aspectos que tornam mais concretas as linhas da política de saúde.

Assim:

- O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por ser universal, prestar ou garantir a prestação de cuidados globais, ser tendencialmente gratuito e garantir a equidade no acesso aos utentes;
- Às Administrações Regionais de Saúde compete a responsabilidade pela saúde das populações da respectiva área geográfica e pela coordenação da prestação de cuidados de saúde de todos os níveis;
- Os serviços de saúde podem cobrar taxas moderadoras, das quais estão isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei;
- As instituições particulares de solidariedade social, ficam sujeitas, no que respeita às suas actividades de saúde, ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde.

Considera-se ainda importante realçar, para efeitos das propostas elaboradas no âmbito da saúde o nº. 3 do artº. 23º. do Decreto-Lei nº. 11/93, de 15 de Janeiro: “A demonstração das condições económicas e sociais dos utentes é feita segundo regras a estabelecer em portaria do Ministro da Saúde podendo ser considerados os elementos definidores da sua situação fiscal”.

3 Formas de articulação com as Organizações Não Governamentais (ONG's)

Os problemas sociais resultantes da SIDA exigem o desenvolvimento de novas formas de solidariedade a partir da mobilização da sociedade civil.

Assim, reconhecido o papel privilegiado que as ONG's têm junto das populações, compete aos Sectores da Saúde e da Acção Social, designadamente:

- 3.1.** Sensibilizar/dinamizar as ONG's para a intervenção junto das respectivas comunidades nas áreas do apoio aos seropositivos e doentes de SIDA e na prevenção tanto da doença como da exclusão social.
- 3.2.** Colaborar na formação dos quadros das ONG's e do pessoal voluntário, bem como o seu enquadramento e acompanhamento nas respostas aos problemas físicos, mentais e sociais dos seropositivos e doentes de SIDA.
- 3.3.** Sensibilizar as ONG's no sentido de que sejam instituídas formas de cooperação, entre as mesmas, a fim de rentabilizar a utilização comum dos serviços e/ou equipamentos e a conseqüente optimização das respostas sociais.
- 3.4.** Fomentar a criação e o desenvolvimento das associações de voluntários da Acção Social, constituídas por indivíduos que se propõem colaborar activamente na realização de objectivos de saúde e da acção social que constituam responsabilidades própria de outras instituições ou de serviços ou de estabelecimentos públicos.
- 3.5.** Celebrar protocolos de cooperação que assegurem o adequado nível de competências de cada um dos intervenientes.

Na fase de elaboração dos protocolos de cooperação dever-se-à desenvolver um trabalho conjunto entre a Saúde, Acção Social e a ONG com vista à análise da resposta social e às competências de cada um dos departamentos.

Neste contexto caberá, à Acção Social/Segurança Social para além do apoio técnico a prestar pelos CRRS, subsidiar a manutenção das actividades que se consubstancia na alimentação dos utentes, pessoal do âmbito da Acção Social e gestão.

A comparticipação da Acção Social/Segurança Social será estudada caso a caso e nunca ultrapassará 80% da manutenção das actividades acima referenciadas.

À Saúde caberá a concessão de cuidados clínicos e o fornecimento de medicamentos de acordo com as propostas contidas neste relatório.

- 3.6.** Proceder à avaliação conjunta das respostas sociais com o objectivo de determinar o seu grau de adequação e ou a necessidade de criar novas respostas de acordo com a evolução do problema.

IV - Propostas

Face à rápida evolução da SIDA, que se prevê venha a atingir uma extensa camada da população até ao ano 2000, e reconhecido o carácter multidimensional do problema torna-se necessário estabelecer estratégias globais de actuação.

Assim, o princípio básico a que se deve atender no apoio aos seropositivos, doentes de SIDA e suas famílias, deve ser o de proporcionar um sistema de cuidados em continuidade, com uma boa articulação entre os vários níveis de intervenção, e em que a sociedade forneça as estruturas adequadas e as condições necessárias, só recorrendo, em situações esporádicas, aos apoios financeiros directos.

Nesta conformidade apresentam-se propostas relativas às áreas da Saúde e da Segurança Social, particularizando-se as propostas referentes aos toxicodependentes infectados pelo VIH, atentas as suas características específicas.

- 1** Criar e institucionalizar uma estrutura a nível local, integrando Saúde, Segurança Social, Autarquias e Ong's e outras instituições, com a função de coordenar as várias áreas de intervenção, articulando-se com os níveis regional e central. A este nível caberá à COMISSÃO NACIONAL de LUTA contra a SIDA o papel de orientação técnica e das políticas de intervenção;
- 2** Instituir a nível local a constituição de equipas multidisciplinares que actuem intersectorialmente nas vertentes do apoio clínico, psicológico e social aos seropositivos, doentes de SIDA e famílias;
- 3** Privilegiar o desenvolvimento de respostas sociais de ajuda à família como o apoio domiciliário, que possibilitem a permanência do doente no seu meio familiar e social e para os seropositivos e doentes em situação de pobreza e exclusão social dinamizar e apoiar a criação de residências, cujo funcionamento se aproxime da estrutura familiar;
- 4** Criar o sistema de hospitalização ao domicilio nas cidades de Lisboa e Porto e eventualmente Setúbal, sempre que as condições habitacionais dos doentes o permitam; Este sistema, com bons resultados já comprovados nalguns países, é rentável, económico e exequível, podendo vir a ser partilhado entre o hospital e os centros de saúde da zona habitacional. Esta resposta deverá funcionar em estreita articulação com o apoio domiciliário do âmbito da segurança social;
- 5** Implementar a concessão de apoios económicos regulares que substituam os actuais subsídios eventuais, mediante a definição de critérios que contemplem a situação individual e familiar das pessoas infectadas;
- 6** Designar a seropositividade e a doença SIDA como doença crónica, tornando possível a aquisição de medicamentos (todos os necessários excluídos os antiretrovirais) através de um esquema de escalões. As despesas a suportar pelo Estado deveriam sê-lo através de verba especial atribuída ao SNS, para o efeito, propondo-se que o esquema a instituir preveja para estes doentes as participações de 0%, 25%, 50% e 75%.

Esse mecanismo de escalões não deverá abranger os medicamentos antiretrovirais (os actuais e futuros) os tuberculostáticos e todos os medicamentos administrados em hospital (enfermaria e hospital de dia) que serão totalmente gratuitos;

- 7** Criar condições, em todos os hospitais distritais, para tratamento de doentes e seropositivos, incluindo hospital de dia;
- 8** Estabelecer contactos com a Secretaria de Estado da Habitação e com as autarquias tendo em vista a resolução dos problemas habitacionais;
- 9** Proceder ao estudo de um processo que proteja a confidencialidade do diagnóstico, ao nível dos Serviços da Saúde e da Segurança Social, eventualmente a institucionalização de um código;
- 10** Realizar acções de formação sobre esta problemática para o pessoal da saúde e dos CRSS, prioritariamente para o que estabelece contacto directo com o público, incluindo a obrigatoriedade do segredo profissional;
Será necessário preparar pessoal para:
 - hospitalização a domicílio
 - apoio domiciliário
 - residências
 - centros de dia
 - acolhimento em amas
 - acolhimento familiar
 - apoio psicossocial
 - colaborar na formação de voluntários
- 11** Dotar os Centros Regionais com pessoal técnico necessário em número e com formação adequada ao exercício das respectivas funções;
- 12** Criar, no âmbito dos CRSS, estruturas que possibilitem a atribuição em tempo útil dos subsídios eventuais com carácter regular;
- 13** No quadro de protecção a conceder no âmbito do regime contributivo da segurança social poderão ser estudadas soluções mais favoráveis no campo do prolongamento do período de concessão do subsídio de doença aos doentes de SIDA, numa linha de aproximação ao regime especial na tuberculose;
- 14** Que a pensão social seja concedida mediante a apresentação do requerimento e da declaração médica da doença, sendo, eventualmente comprovada a incapacidade à posteriori pelos Serviços de Verificação de Incapacidades Permanentes;
- 15** Proceder à revisão do protocolo de cooperação, celebrado entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o CRSS de Lisboa e Vale do Tejo com vista à articulação efectiva do Serviço Sub-Regional de Lisboa e a Santa Casa da Misericórdia no apoio sócio-económico às pessoas infectadas com o VIH residentes na cidade de Lisboa;
- 16** Associar a prevenção da SIDA à prevenção genérica das Doenças Transmitidas Sexualmente, tendo em atenção o número crescente de casos de hepatites B e C e de sífilis, associados à infecção pelo VIH.

No país existe apenas um Centro de profilaxia para essas doenças localizado na cidade de Lisboa. Dadas as barreiras sociais que pesam sobre estas doenças, propõe-se a abolição de taxas moderadoras para incentivar o tratamento;
- 17** Equacionar o problema da prostituição, na disseminação da infecção pelo VIH, criando centros de apoio médico e social de fácil acesso e soluções práticas mas coerentes, para abandono

dessa profissão em caso de seropositividade;

18 No que concerne à problemática das crianças infectadas pelo VIH ou vítimas de infecção parental propõe-se:

- Em termos de resposta deverá privilegiar-se a manutenção das crianças na família, através da concessão de apoio económico e social, recorrendo-se sempre que necessário ao apoio domiciliário;
- Para as situações em que não seja possível a manutenção na família dever-se-á recorrer às respostas sociais já existentes, tais como adopção, acolhimento familiar e integração em pequenas comunidades, que funcionem em forma aproximada da estrutura familiar.

19 Toxicodependentes e infecção pelo VIH.

As soluções propostas serão diferentes de acordo com a sua situação específica - ver quadros 4, 5 e 6 em anexo;

19.1. Para os toxicodependentes que se mantêm inseridos nas suas famílias ou com domicílio próprio.

- Prestar apoio psicológico tanto ao toxicodependente infectado como à sua família. Esse apoio engloba necessariamente o aconselhamento para enfrentar a seropositividade e ou a doença e adoptar os comportamentos mais adequados.
- Disponibilizar apoio médico e de enfermagem ao domicílio e acompanhamento hospitalar.
- Garantir o atendimento num CAT para os que aderirem à desintoxicação.
- Conceder apoio social às famílias que poderá ser ou preferencialmente sob a forma de apoio alimentar, senhas de transportes, apoio à compra de produtos essenciais e outros.

19.2. Para os toxicodependentes sem apoio familiar e/ou em situação degradada.

- Tornar efectivos os domicílios protegidos individuais ou comunitários.
- Preparar o pessoal que trabalha nos domicílios comunitários para atender às necessidades dos utentes, uma vez que serão simultaneamente toxicodependentes e outros utentes.

Essa formação deverá ser ministrada pelo S.P.T.T.

- Assegurar a articulação dos domicílios protegidos comunitários com o serviço de doenças infecciosas do hospital da zona, bem como com uma consulta de toxicodependência por forma a garantir o apoio médico e psicológico adequados.
- Criar “Drop-in’s” e equipas de rua, com pessoal de saúde e também voluntário que terão como tarefa “cuidar” do toxicodependente no sentido das políticas de diminuição de riscos: educar, tratar, fornecer alimentação, trocar seringas, colher sangue para análise, etc.

Os objectivos últimos dessas equipas seriam de despistar e cuidar a seropositividade e prevenir novas infecções.

As experiências piloto no país e no estrangeiro podem servir como orientadoras para a criação do trabalho proposto.

19.3. Atendimento do toxicodependente seropositivo em comunidades terapêuticas.

- Reformular e proceder a algumas adaptações estruturais no programa e assegurar o tratamento dos doentes de SIDA nessas comunidades. O apoio financeiro teria como finalidade o pagamento do internamento dos utentes com deterioração sócio-familiar. Formar o pessoal dessas instituições.

19.4. Inserção sócio-familiar dos infectados pelo VIH.

- Incentivar e apoiar a participação familiar e comunitária na medida em que muitas das famílias dos toxicodependentes infectados mantêm o seu apoio aos filhos, e nas pequenas comunidades surgem com frequência actividades de suporte mútuo.

19.5. Toxicodependencia e seropositividade nas prisões.

Tendo em atenção a problemática própria das prisões em que escasseiam os cuidados de saúde prestados por profissionais bem como o tratamento adequado dos toxicodependentes, considera-se necessário:

- Desenvolver programas de Educação para a Saúde nas áreas da toxicodependência e SIDA, para reclusos e também para os guardas prisionais.
- Implementar programas terapêuticos para toxicodependentes, incluindo programas de abstinência, de substituição e apoio psicológico.
- Distribuir recipientes com lixívia e proceder à sua renovação periódica.
- Facilitar o acesso a material de injeção irrecuperável.
- Facilitar o acesso (não constrangedor) a preservativos.

Face ao número de propostas enunciadas poderá pensar-se que o grupo dos toxicodependentes portadores do VIH seria um grupo privilegiado. Não é essa a situação actual, antes pelo contrário e trata-se efectivamente de um grupo com necessidades particulares.

Do atendimento dessas necessidades depende, não só, a sua saúde física e mental a que têm direito como cidadãos, mas também a preservação da saúde das comunidades onde esses toxicodependentes se integram.

Proposta assistencial para os toxicodependentes infectados pelo V.I.H

Toxicodependentes portadores do V.I.H.

SITUAÇÃO SOCIO-FAMILIAR	Casos sem deterioração das condições sociais e familiares		
CONSUMO DE DROGAS	Casos com ou sem consumo de drogas procurando ou não tratamento		
RECURSOS	<table border="1"><tr><td>FAMÍLIAS</td><td>DOMICÍLIO PRÓPRIO</td></tr></table>	FAMÍLIAS	DOMICÍLIO PRÓPRIO
FAMÍLIAS	DOMICÍLIO PRÓPRIO		
NECESSIDADES	<ul style="list-style-type: none">■ Apoio financeiro<ul style="list-style-type: none">■ directo (às famílias)■ alimentar■ benefícios fiscais■ benefícios nos transportes■ benefícios na compra de medicamentos■ Apoio domiciliário■ Apoio psicológico incluindo aconselhamento■ Acesso facilitado a consulta de toxicodependência■ Apoio médico e de enfermagem, se necessário no domicílio		
OBJECTIVOS	<ul style="list-style-type: none">■ Promover vida com qualidade■ Evitar o recurso precoce a instituições■ Promover a integração social■ Promover comportamento responsável face à disseminação do V.I.H.		

Quadro nº 4

Proposta assistencial para os toxicodependentes infectados pelo V.I.H

Toxicodependentes portadores do V.I.H.

Toxicodependentes em geral

SITUAÇÃO SOCIO-FAMILIAR	Casos com deterioração das condições sociais e familiares		
CONSUMO DE DROGAS	abstinentes do consumo de drogas	abstinentes ou consumidores procurando ou não tratamento	a consumir e semrecorrer a tratamento
RECURSOS NECESSÁRIOS	DOMICÍLIOS COMUNITÁRIOS PROTEGIDOS	DOMICÍLIOS INDIVIDUAIS PROTEGIDOS	DROP-IN
NECESSIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoio financeiro para a criação ■ Apoio financeiro para manutenção ■ Formação dos trabalhadores ■ Apoio de cons.de toxicodependentes ■ Apoio hospitalar de rectaguarda 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoio financeiro <ul style="list-style-type: none"> a) renda decasa b) alimentar c) benefíc. fiscais d) benefíc. nos transportes e) benefíc. na compra de medicamentos ■ Apoio psicológico/ aconselhamento ■ Apoio de consulta de toxicodepend. ■ Apoio médico e de enfermagem, se necessário no domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoio financeiro para a criação. ■ Apoio financeiro para a manutenção. ■ Formação dos trabalhadores. ■ Apoio de enfermagem, médico e medicamentoso. ■ Apoio de cons. de toxicodependencia. ■ Apoio hospitalar de rectaguarda.
OBJECTIVOS A PROMOVER	<ul style="list-style-type: none"> ■ Integração social ■ Qualidade de vida ■ Conduta responsável ... em ambiente protegido. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autonomização ■ Qualidade de vida ■ Conduta responsável 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infomacão. ■ Educação para a saúde. ■ Encaminhamento. ■ "Cuidar". ■ Prevenção da disseminação do VIH através da promoção de condutas responsáveis.

Quadro nº 5

Proposta assistencial para os toxicodependentes infectados pelo V.I.H

Toxicodependentes portadores do V.I.H.

SITUAÇÃO SOCIO-FAMILIAR	Casos com ou sem deterioração das condições sociais e familiares
CONSUMO DE DROGAS	Casos com consumo de drogas e procurando tratamento
RECURSOS NECESSÁRIOS	<p>COMUNIDADE TERAPEUTICA PARA TOXICODPENDENTES SERONEGATIVOS, SEROPOSITIVOS E DOENTES COM S.I.D.A.</p>
NECESSIDADES	<ul style="list-style-type: none">■ Apoio financeiro para a criação.■ Apoio financeiro para a manutenção (e.g. participação escalonada no pagamento das estadias).■ Formação para os trabalhadores.■ Apoio hospitalar de rectaguarda.
OBJECTIVOS	Tratar a toxicodependencia possibilitando a reintegração posterior seja com base na família, na sua própria casa ou num domicilio comunitario ou individual protegido .

Quadro nº 6

O Grupo de Trabalho

Representante da Direcção-Geral da Acção Social

Lic. Alice Emília Belo Bettencourt e Silveira, que coordenou

Lic. Maria de Fátima de Távora Vasconcelos da Silva Barroco

Representante da Direcção-Geral da Saúde

Lic. Maria Manuela dos Santos Pardal Correia Soares

Lic. António Carlos Martins da Costa

Representante da Direcção-Geral dos Regimes de Segurança Social

Lic. Maria Benedita Lares Moreira de Campos Barros e Vasconcelos

Lic. Maria da Conceição de Sousa e Freitas Araújo

Despacho Conjunto dos Ministérios, da Saúde e do Emprego e da Segurança Social de 31-01-95.

MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL

Despacho conjunto. — A SIDA constitui um dos maiores problemas de saúde pública dos nossos dias, com graves repercussões sociais, psicológicas e económicas para as pessoas atingidas, suas famílias e comunidade em geral.

A nível mundial, o problema tem atingido dimensões preocupantes, não se vislumbrando sinais que indiquem a inversão da tendência de progressivo agravamento da situação.

A Organização Mundial de Saúde estima em 14 milhões o número total de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e prevê para o ano 2000 a existência de 50 milhões de pessoas seropositivas, das quais 10 milhões serão crianças.

A SIDA, enquanto doença, levanta a nível mundial as implicações sociais de uma epidemia com reflexos em todos os sectores da sociedade.

Em Portugal os dados estatísticos de que dispomos não são de modo algum menos alarmantes. A doença também se desenvolve a ritmo acelerado, atingindo indiscriminadamente crianças, jovens e adultos, muitos dos quais em situação de pobreza e exclusão social.

Ao atingir adultos em idade activa (84% dos 20 aos 49 anos de idade) provoca uma diminuição significativa dos recursos económicos que conduz à precariedade das famílias.

As situações de pobreza e abandono e a falta de segurança afectiva da família e da comunidade geram a exclusão social dos doentes, fenómeno que é urgente inventariar, analisar e combater.

Importa pois tomar medidas que tenham presente as várias vertentes do problema, relevando, neste caso, os aspectos de saúde e segurança social, tentando enquadrá-los devidamente e inovar nas respostas sociais dirigidas aos doentes e suas famílias.

Não obstante a imprescindível coordenação que se deve estabelecer entre os vários sectores intervenientes, torna-se necessário determinar, com o possível rigor técnico, as áreas

de actuação dos sectores de saúde e da segurança social no apoio às famílias infectadas no intuito de melhor servir os indivíduos e famílias para que, em cada momento, se possa determinar quais os agentes responsáveis pelo apoio a prestar aos doentes, famílias e comunidade, no que diz respeito aos vários aspectos que envolvem o problema da SIDA em Portugal.

Nestes termos, determina-se o seguinte:

1 — É constituído um grupo de trabalho de que farão parte dois elementos da Direcção-Geral de Saúde, dois elementos da Direcção-Geral da Acção Social e dois elementos da Direcção-Geral dos Regimes de Segurança Social, com a incumbência de definir as competências dos sectores da saúde e da segurança social no âmbito do apoio às pessoas infectadas pelo VIH e suas famílias.

2 — São, em especial, objectivos do grupo de trabalho:

- a) Proceder ao levantamento das principais situações-problema;
- b) Definir o nível de intervenção no âmbito das competências de cada um dos departamentos;
- c) Definir linhas orientadoras de acção e formas de colaboração e cooperação que permitam apoiar as iniciativas das ONG's.

3 — O grupo de trabalho poderá, eventualmente, solicitar a participação de técnicos de outros serviços que, em cada momento, entenda necessária ao desenvolvimento cabal da sua missão.

4 — A coordenação será assegurada por um dos elementos do grupo de trabalho a designar pelos membros que o integram.

5 — O grupo de trabalho deverá iniciar os trabalhos logo após a designação dos elementos que o constituem e concluir o estudo, apresentar o seu relatório e respectivo projecto normativo no prazo de 90 dias após a realização da primeira reunião de trabalho.

31-1-95. — O Secretário de Estado da Saúde, *José Carlos Lopes Martins*. — O Secretário-Estado da Segurança Social, *José Frederico de Lemos Salter Cid*.

ANEXO 2

Entidades que participaram em reuniões

- Associação de Apoio aos Doentes de SIDA - Frei Elias
- Projecto “Manter a Esperança” - Ângela Martinho e Ana Campos Reis
- Projecto Solidariedade da SCM de Lisboa - Ana Campos Reis
- Associação “Abraço” - Margarida Martins e Carlo Rebelo
- Associação “Sol” - Teresa d’Almeida

ANEXO 3

Entidades contactadas

- Director do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de S. João - Porto
- Director do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Santa Maria
- Director do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Egas Moniz
- Director do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de D. Estefânia
- Director Clínico do Hospital Joaquim Urbano - Porto
- Director do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Curry Cabral
- Departamento de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra
- Médico responsável do Núcleo de Infeciologia do Hospital distrital de Setúbal
- Dr. Jorge Cardoso e Dr^a. Jacinta Azevedo da Consulta de DTS da Sub-Região de Saúde de Lisboa e do Projecto Drop - In
- Chefe da Divisão de Cuidados de Saúde da Direcção-Geral da Saúde
- Directora da IPSS "O Ninho"
- Serviços Médicos Prisionais (departamento de toxicodependência)

Bibliografia e Legislação consultadas

- Praag, Eric Von - "The continuum of care. Lessons from Developing countries" - I.A.S. International Aids Society, nº. 3, Novembro 1995, pág. 11 - 13.
- Cordeiro, Eugénio/Giraldes, Maria do Rosário - "Análise de Custos da SIDA" - Estudo referente a indivíduos infectados peli VIH e doentes do síndrome da imunodeficiência adquirida assistidas no Hospital de Santa Maria, durante o ano de 1991 - Escola Nacional de Saúde Pública - Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA - 1993.
- Faria, Paula Lobato de - "SIDA - Aspectos Jurídicos" - "Aspectos Jurídicos em Portugal" - Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA - 1992.
- "Office fédéral de la santé publique" - "Commission fédéral pou les problèmes liés au SIDA" - Prévention du VIH en Suisse - Buts, stratégies, mesures, pág. 207 a 209.
- "Organization mondiale de la Santé" - Genève, 1992 - "Activité de l' OMS - 1990 - 1991" - Rapport biennal du Directeur Général à l' Assemblé Mondiale de la Santé et aux Nations Unies, pág. 122 a 127.
- Activité de l' OMS, 1992 - 1993 - "SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles" - pág. 121 a 127.
- National funding to states/cities to improve access to HIV care by underserved populations: year one of the Ryan White C.A.R.E. act Bowen - 6S, Goosby - EP e outros, M.S. Public Health Service, Rockville, Maryland, 1992.
- Ruffiot, André; Martin, Jean: Les familles au SIDA, Paris: Dunod, 1995, 328 págs.
- Direction des Hôpitaux (ed.): Hôpital et SIDA: 5eme rencontre national des CISIH, Paris: 1994, 212 pág.
- Rhodes, T, Time for community change: What has outreach to offer?, in Addiction, 1993, Otc.
- Boletins da CNLCS de 1995.
- Lei nº. 48/90, de 24 de Agosto (D.R. nº. 195, I Série)
- Despacho nº. 24/89, do Gabinete do Ministro da Saúde (D.R. nº. 163, II Série)
- Despacho nº. 25/89, do Gabinete do Ministro da Saúde (D.R. nº. 163, II Série)
- Decreto-Lei nº. 54/92, de 11 de Abril (D.R. nº. 86, I Série)
- Decreto-Lei nº. 11/93, de 15 de Janeiro (D.R. nº. 12, I Série)
- Portaria nº. 1063/94, de 2 de Dezembro (D.R. nº. 278, I Série)
- Lei nº. 135, Junho de 1990, Programa de acção urgente na prevenção e luta contra a SIDA - Itália, Publicada na Gazeta Oficial a 6 de Agosto de 1990.
- Circular Normativa da D.G.S. nº. 7/DSDT de 07-04-94 - Transmissão Nosocional da Tuberculose.

Protocolo de Acordo de Cooperação Estabelecido entre o Centro Regional de Segurança Social e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

O Centro Regional de Segurança Social de Lisboa criado pelo Decreto Regulamentar nº 3/81, de 15 de Janeiro, assumiu no distrito de Lisboa a totalidade das acções do sistema integrado de segurança social, previsto no Decreto-Lei nº 549/77, de 31 de Dezembro.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa nos termos do artº. 12º do Decreto Regulamentar atrás focado, sem prejuízo da sua identidade própria contribui para a realização dos objectivos da segurança social no concelho de Lisboa, articulando-se com o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa através da execução dos respectivos planos de acção aprovados e dos acordos de cooperação celebrados.

Nos termos da Portaria nº 197/81, de 20 de Janeiro, foi integrado neste Centro o Instituto da Família e Acção Social, organismo que no âmbito da sua acção específica vinha mantendo com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa um acordo de cooperação, firmado em 29 de Junho de 1961, e homologado em 30/6/61, que substancialmente transferia para aquela entidade as actividades de assistência à família e de serviço social na àrea da cidade de Lisboa.

Ainda no âmbito da acção regular do I.F.A.S. igualmente entre este e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com vista ao funcionamento de um serviço de acolhimento único da cidade de Lisboa, ficou regulado por despacho ministerial de 24/4/79, a constituição desses serviços na dependência da Misericórdia, com transferência para a mesma de pessoal técnico do I.F.A.S. e comparticipação de 50% dos encargos.

Para além disso, pelo protocolo de 12 de Maio de 1980, assinado pelo Ministro dos Assuntos Sociais, Presidente da Câmara Municipal de Lisboa e Provedor da Santa Casa da Misericórdia é consolidada na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa a continuação de programas da acção de protecção social na cidade de Lisboa, designadamente no âmbito de apoio à família, à infância e juventude, à população idosa e equipamento social quer privativo da Misericórdia, quer no apoio técnico e financeiro a instituições particulares de solidariedade social.

Com a entrada em funcionamento do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, sentiu-se desde logo a necessidade de uma articulação sistemática com a Santa Casa da Misericórdia de modo a uma definição clara dos campos de actuação entre as duas entidades, com vista ao estabelecimento de programas conjuntos ou complementares.

A prática de relacionamento entre estes dois anos revelou a necessidade de se consubstanciar num documento único as experiências desenvolvidas, pelo que, entre o Centro Regional de Segurança

Social de Lisboa, representado pela Presidente da Comissão Instaladora e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, representada pelo Provedor da mesma, é estabelecido este protocolo de acordo de cooperação que regerá pelas cláusulas seguintes:

I

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa continuará a assegurar as prestações no acordo estabelecido com o I.A.F. em 29 de Junho de 1961, sem prejuízo da adequada actualização de programas de protecção social, na área da cidade de Lisboa.

II

- 1 - Conforme o estabelecido no Protocolo de Acordo de 12 de Maio de 1980 a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa assegura o Serviço de Acolhimento Único (S.A.U.L.) para atendimento das situações sociais de emergência.
- 2 - Para o funcionamento e manutenção deste serviço, o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa contribuirá com recursos humanos e materiais, cifrando-se esta última em 50% dos encargos das prestações directas aos utentes.
- 3 - A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa deverá informar trimestralmente o Centro Regional da actividade e encargos deste serviço.

III

- 1 - A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa assegura, na generalidade e na medida das suas possibilidades, na área da cidade de Lisboa, as diferentes modalidades de acção social de apoio à família, à infância e juventude e à população idosa, com o concurso das instituições particulares de acção social ou de outras pessoas de direito privado e utilidade pública administrativa, sem prejuízo da colaboração que o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa possa vir a prestar em situações pontuais.
- 2 - O Centro Regional de Segurança Social de Lisboa assume as modalidades de apoio à população deficiente, sem prejuízo da colaboração que a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa possa a vir a prestar em situações pontuais.

IV

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa assume as prestações relativas ao acompanhamento da acção dos serviços médico-sociais à população da cidade de Lisboa.

V

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa compromete-se a manter actualizada a caracterização social da cidade de Lisboa no que respeita a equipamento social e ao reconhecimento das principais carências sociais, de modo a estabelecer as adequadas prioridades, com vista à aplicação dos planos de investimento da administração central em colaboração com o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa.

VI

O Centro Regional de Segurança Social de Lisboa poderá recorrer à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa para utilização dos seus equipamentos sociais segundo os critérios de admissão que vigorarem e as disponibilidades de vagas.

VII

- 1** - A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa continua a assegurar nos termos da lei e prática desenvolvida, as acções necessárias no campo da adopção em Lisboa, segundo critérios de delimitação a acordar posteriormente com o Centro Regional.
- 2** - O Centro Regional de Segurança Social de Lisboa articula com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa nesta área de acção no que respeita a potenciais adoptantes e adoptados.

VIII

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa assegura no âmbito da colocação familiar de crianças residentes na cidade de Lisboa as acções competentes, em articulação com o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, sempre que necessário.

IX

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa continua a apoiar a população residente no Centro de Apoio Social de Lisboa, designadamente através do Centro de Saúde e Assistência, Dr. José Domingos Barreiro.

X

- 1** - Sem prejuízo da acção orientadora, tutelar e fiscalizadora do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa passa a apoiar, na generalidade, técnica e financeiramente as actividades das I.P.S.S. (Instituições Particulares de Solidariedade Social) na cidade de Lisboa, de qualquer área funcional e qualquer que seja a modalidade de acção social prosseguida, na medida das suas disponibilidades, salvo casos excepcionais que se justifiquem por limitações orçamentais ou resultantes da natureza específica da Misericórdia.
- 2** - Exceptuam-se do número anterior as modalidades destinadas a deficientes as quais continuarão no âmbito do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa.
- 3** - Na celebração de acordos de cooperação com as I.P.S.S., a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa observará as disposições legais vigentes e demais disposições superiormente estabelecidas com respeito pela identidade própria e natureza específica da Misericórdia.
- 4** - Os apoios financeiros com vista a obras de construção, ampliação ou adaptação de instalações, bem como as de conservação e beneficiação, ficam a cargo do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, mediante prévia informação técnico-social da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

XI

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa colaborará pontualmente com o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa na recolha de informação técnica acerca da instalação e funcionamento dos estabelecimentos de apoio social com fim lucrativo.

XII

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa colaborarão, sempre que necessário em acções comuns de programas específicos.

XIII

Serão objecto de aditamento ao presente protocolo as matérias que vierem a considerar-se convenientes nos termos do artigo 12º. do Decreto Regulamentar nº 3/81, de 25 de Janeiro.

XIV

O presente acordo poderá cessar por iniciativa de qualquer das partes intervenientes desde que comunicada com a antecedência mínima de 1 ano.

Lisboa, em 22 de Setembro de 1983

A PRESIDENTE DA COMISSÃO INSTALADORA
DO CENTRO REGIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL DE LISBOA

O PROVIDOR DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA