



ELQ

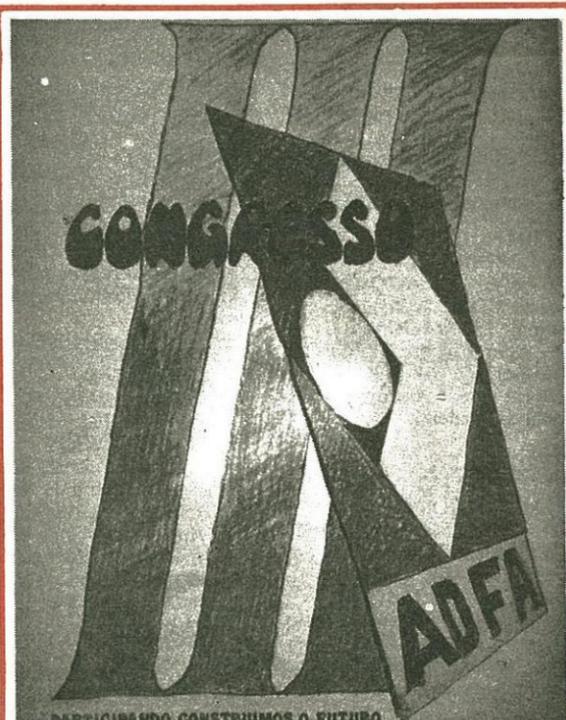
PORTE
PAGO

ÓRGÃO
DA ASSOCIAÇÃO
DOS DEFICIENTES
DAS FORÇAS ARMADAS

Ano XIV - N.º 170

DIRECTOR: PATULEIA MENDES

Mensário - Outubro - 1988 - 30\$00



Trabalhos acelerados
(Noticias na última página)

PLANO NACIONAL DE REABILITAÇÃO EM MARCHA

Primeiro-Ministro recebeu o Conselho Nacional de Reabilitação



(Ler nas páginas centrais)

Hospital Militar de Hamburgo na sede nacional

(Noticia nas páginas centrais)



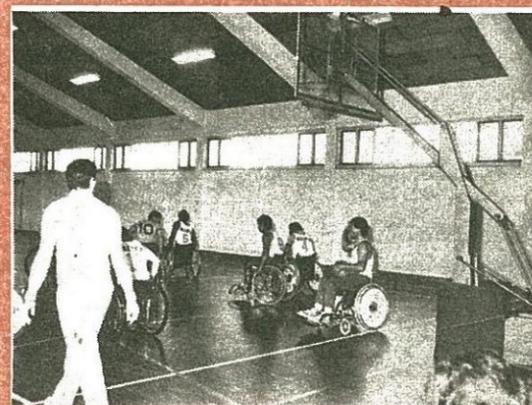
**ADFA
tem
terreno
para
a
sede**

(Pág. 9)



**Desporto da ADFA
procura ressurgir**

(Pág.11)





● Secretário de Estado da Defesa Nacional

No dia 11 de Outubro passado, a Direcção Central da AFA foi novamente recebida pelo Secretário de Estado Adjunto da Defesa Nacional, dr. Eugénio dos Santos Ramos a quem foi informar do andamento dos trabalhos preparatórios do III Congresso e do intuito de ser convidado o Ministro da Defesa Nacional a presidir ao seu encerramento.

Na ocasião, foi ainda estabelecida a certeza da visita daquele governante à Sede, já em Novembro, embora ainda em dia a determinar.

● FMAC em Manila

Tendo sido atribuído, pelo despacho n.º 055/MDN/88 de 21/09/88, do Ministro da Defesa Nacional, um subsídio de 450 000\$00 para apoio financeiro da deslocação do representante da ADFA ao 46.º Conselho Geral e à 19.ª Assembleia Geral da FMAC, em Manila (Filipinas), de 6 a 11 de Dezembro próximo, foi decidido nomear, nesse sentido, o 2.º Secretário da Direcção Central, Armando Ramos Alves.

● Política de pessoal

Havendo necessidade de reformular a política de pessoal da ADFA, foi decidido encarregar o responsável do DAGEF de elaborar, até 31/10/88, um estudo definidor das seguintes áreas:

a) levantamento de tarefas e funções desenvolvidas nos serviços da Sede e Delegação;

b) quantificações das cargas de trabalho para o desenvolvimento daquelas tarefas e funções;

c) definição de um quadro de Pessoal de acordo com as alíneas anteriores;

d) definição de novos níveis salariais a serem implementados a partir de 01/01/89.

● Subsídio de almoço

Foi decidido, tendo em conta o baixo nível de vencimentos praticados na ADFA e um uso já generalizado, atribuir um subsídio de almoço no montante de duzentos escudos por dia de trabalho efectivo, a partir de 01/10/88, aos trabalhadores a tempo inteiro, independentemente do vínculo contratual.

● Apoio jurídico

Tendo em conta a definição de prioridades em matéria de prestação de serviços aos sócios e considerando-se não ser oportuno continuar com as consultas de Direito Cível, as mesmas são canceladas a partir de 1 de Novembro p.f.

No entanto, foi decidido garantir Assessoria Jurídica à Direcção e Serviços da ADFA, Consultadoria Jurídica aos sócios, em matéria exclusiva relacionada com a deficiência, nomeadamente, Recursos para o Supremo Tribunal Administrativo e representação forense, pelo que foi celebrado o devido contrato com o Dr. José da Silva Monteiro.

● CRFP/ADFA na RTP2

No próximo dia 4 de Dezembro, Domingo, a Delegação do Porto estará presente no programa «Novos Horizontes» da RTP-2 (hora do almoço), numa intervenção ligada especialmente às actividades do Centro de Reabilitação e Formação Profissional, organismo autónomo da ADFA que pelo seu trabalho e dinamismo ocupa um lugar de destaque no panorama nacional, já também reconhecido a nível internacional.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

● Lei n.º 106/88, de 17 de Setembro, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 216, de 17 de Setembro de 1988.

— Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (I.R.S.) e Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Colectivas (I.R.C.).

MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL

● Portaria n.º 642/88, de 20 de Setembro, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 218, de 20 de Setembro de 1988.

— Estabelece normas sobre a implementação das medidas de protecção social decorrentes da convenção CECA.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

● Decreto-Lei n.º 322/88, de 23 de Setembro, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 229, de 23 de Setembro de 1988.

— Estabelece a orgânica do Gabinete do Primeiro Ministro.

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

● Decreto-Lei n.º 323/88, de 23 de Setembro, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 221, de 23 de Setembro de 1988.

— Define as carreiras do pessoal civil dos serviços departamentais das Forças Armadas.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

● Despacho Normativo n.º 78/88, de 23 de Setembro, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 221, de 23 de Setembro de 1988.

— Regulamenta os procedimentos necessários à execução do Decreto-Lei n.º 289/88, de 24 de Agosto, que cria a caução global para desalfandegamento.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

● Decreto-Lei n.º 325/88, de 23 de Setembro, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 221, de 23 de Setembro de 1988.

— Altera a redacção da alínea b) do n.º 2 do art.º 164.º do Estatuto da Ordem dos Advogados, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 84/84, de 16 de Março.

MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL

● Decreto-Lei n.º 337/88, de 27 de Setembro, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 224, de 27 de Setembro de 1988.

— Aprova uma Lei Orgânica do Departamento para os Assuntos do Fundo Social Europeu (revoga o Decreto-Lei n.º 156-A/83, de 16 Abril).

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

● Decreto-Lei n.º 338/88, de 28 de Setembro, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 225, de 28 de Setembro de 1988.

— Atribuição de alvarás e licenciamento de estações emisoras de radiodifusão sonora.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL

● Portaria n.º 657/88, de 29 de Setembro, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 226, de 29 de Setembro de 1988.

— Actualiza os valores das tabelas referentes à «poupança-familiar» para efeitos de determinação do montante do subsídio especial.

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

● Decreto-Lei n.º 339/88, de 28 de Setembro, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 225, de 28 de Setembro de 1988.

— Altera o Decreto-Lei n.º 229/78, de 11 de Agosto, relativo aos subsídios dos militares colocados nas regiões autónomas.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

● Lei n.º 87/88, de 30 de Julho de 1988, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 175, de 30/7/88.

— Exercício da actividade de radiodifusão.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

● Resolução do Conselho de Ministros n.º 31/2AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 177/02AGO88.

— Disciplina a aposentação voluntária de pessoal disponível ou considerada excedente.

MINISTÉRIO DAS OBRAS PÚBLICAS TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES

● Portaria n.º 520/02AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 177/02AGO88.

— Actualiza os custos máximos de construção por metro quadrado de área bruta e dos volumes máximos de venda de habitação por tipologias dos contratos de desenvolvimento para habitação (CDH).

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

● Decreto-Lei n.º 272-03AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 178-03AGO88.

— Equiparação a bolséis de funcionários e agentes da Administração Pública.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

● Decreto-Lei n.º 273-03AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 178-03AGO88.

— Isenta de imposto de selo algumas operações sobre valores mobiliários.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PISCAS E ALIMENTAÇÃO

● Decreto-Lei n.º 274-A-03AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 178-03AGO88.

— Regulamenta a Lei da Caça (Lei n.º 30/27AGO88).

MINISTÉRIO DA SAÚDE

● Decreto-Lei n.º 275-04AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 179-04AGO88.

— Reestrutura o Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DAS OBRAS PÚBLICAS, TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES

● Decreto-Lei n.º 278-05AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 180, de 05AGO88.

— Regime de financiamento e aquisição de habitações sociais em operações de realojamento.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

● Lei n.º 93/16AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 188/15AGO88.

— Altera artigo 77.º do Decreto-Lei n.º 318-E/76 — Lei eleitoral para a Assembleia Regional da Madeira.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

● Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/16AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 188/16AGO88.

— Determina o atendimento personalizado dos serviços públicos a utentes condicionados na mobilidade.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

● Portaria n.º 550/16AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 188, de 16AGO88.

— Actualiza os quantitativos dos subsídios de viagem e de marcha a que se refere a Portaria n.º 526-A/30JUL85.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA

● Portaria n.º 553/16AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 188/16AGO88.

— Fixa os prazos mínimos de conservação em arquivo dos documentos na posse dos Governos Cívicos e autoriza a microfilmagem dos documentos que devam manter-se em arquivo e a consequente inutilização dos originais.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

● Lei n.º 95/17AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 189/17AGO88.

— Garantia dos direitos das associações de mulheres.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

● Lei n.º 96/17AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 189/17AGO88.

— Isenta do Imposto de Mais-Valias o aumento de Capital das sociedades anónimas.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

● Resolução do Conselho de Ministros n.º 35/19AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 191/19AGO88.

— Institui a obrigatoriedade de os serviços e organismos facultarem aos utentes os impressos e valores selados necessários à instituição dos processos em curso nesses mesmos serviços.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

● Decreto-Lei n.º 287-19AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 191-19AGO88.

— Regulamenta a profissionalização em serviço dos professores pertencentes aos quadros, com nomeação provisória dos ensinos preparatório e secundário.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

● Decreto-Lei n.º 291-24AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 195-24AGO88.

— Altera algumas disposições do Regulamento das Alfândegas.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

● Lei n.º 101/25AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 196/25AGO88.

— Alteração à Lei sobre objecção de consciência ao serviço militar.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

● Lei n.º 102/25AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 196/25AGO88.

— Altera o regime remuneratório dos títulos dos cargos políticos.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DO PLANEAMENTO, E DA ADMINISTRAÇÃO DOS TERRITÓRIOS

● Portaria n.º 584/25AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 196/25AGO88.

— Aprova as tabelas de equivalência de categorias para actualização de pensões de aposentação.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

● Decreto-Lei n.º 300-26AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 197-26AGO88.

— Cria o novo modelo de bilhete de Identidade.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

● Lei n.º 103/27AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 198/27AGO88.

— Medidas tendentes a resolver a situação dos ex-regentes escolares e dos professores habilitados com o curso especial.

MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS, E DA EDUCAÇÃO

● Portaria n.º 597/29AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 199/29AGO88.

— Define as condições de concessão de equivalência das habilitações adquiridas na escola europeia às habilitações do sistema educativo português.

MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL

● Decreto-Lei n.º 286-12AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 186-12AGO88.

— Agrava as penas a aplicar pelo recurso ao trabalho de menores com idade inferior à determinada na Lei para o acesso ao Emprego.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

● Lei n.º 91/13AGO88, publicada no Diário da República, I.ª Série, n.º 187/13AGO88.

— Lei sobre a Investigação Científica e Desenvolvimento Tecnológico.

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

● Decreto Regulamentar n.º 31/23AGO88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 194/23AGO88.

— Altera o artigo 12.º do Decreto Regulamentar n.º 22-11JUL86 (Estatuto da Escola Naval).

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL E DA EDUCAÇÃO

● Decreto-Lei 302/2SET88, publicado no Diário da República, I.ª Série, n.º 203/02SET88.

— Aprova o Estatuto da Academia Militar (AM).



Propriedade, Administração e Redacção:
ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES DAS FORÇAS ARMADAS
Palácio da Independência
L. S. Domingos — 1194 Lisboa Codex
Tel. 36 21 67/8/9

Corpo Redactorial:
Abel Fortuna, Armino Roque, Cid dos Santos, Jerónimo de Sousa, José Sande, Paula Fervereiro e Vitorino Martins



Festa de Natal

Sede como as Delegações levam a efeito festas natalícias, podendo o ELO, desde já, noticiar algumas:

LISBOA — Nas instalações do Lar Militar da Cruz Vermelha (Av. Rainha D. Amélia, ao Lumiar), no dia 3 de Dezembro

bro pelas 14 horas. Haverá convívio com lanche para crianças e um agradável programa com cinema e palhaços. Estão abertas inscrições, na Sede, para crianças até 12 anos, podendo telefonar-se para os números 36 21 67/8/9.

VISEU — No pavilhão

da Feira de São Mateus, gentilmente cedido pela presidência da Câmara local, através do sr. vereador Jorge Carvalho, grande amigo da ADFA. Haverão várias entidades convidadas e do programa constam ranchos folclóricos, palhaços e um agrupamento musical.

Como tem sido hábito nesta quadra, tanto a

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE DELEGAÇÃO CONVOCATÓRIA

A Mesa da Assembleia Geral de Delegação convoca os sócios nos termos do n.º 3 do art.º 48 dos Estatutos para uma Assembleia Geral de Delegação a realizar no dia 3 de Dezembro às 15 horas na sede da Delegação, com vista à eleição dos delegados que representarão a Delegação de Setúbal no III Congresso Nacional.

Lisboa, 24 de Outubro de 1988.
O Presidente da MAGD
José da Silva Pinto Faria

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE DELEGAÇÃO CONVOCATÓRIA

A Mesa da Assembleia Geral Nacional, nos termos do Art.º 27.º, alínea b) do Regulamento do III Congresso da A. D. F. A., conjugado com os Art.ºs 29.º e 30.º dos Estatutos, convoca os sócios residentes na área correspondente à Sede para uma Assembleia Geral Extraordinária, a realizar no dia 26 de Novembro de 1988, das 14H00 às 18H00, no Palácio da Independência, destinada à eleição de Delegados por Lisboa àquele Congresso.

Lisboa, 24 de Outubro de 1988.
O PRESIDENTE DA MESA
DA ASSEMBLEIA GERAL NACIONAL
(António Silva Reis Santos)

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE DELEGAÇÃO CONVOCATÓRIA

A Mesa da Assembleia Geral de Delegação convoca os sócios nos termos do n.º 3 do art.º 48 dos Estatutos para uma Assembleia Geral de Delegação a realizar no dia 3 de Dezembro das 14 às 18 horas na sede da Delegação, com vista à eleição dos delegados que representarão a Delegação do Porto no III Congresso Nacional.

Lisboa, 24 de Outubro de 1988.
O Presidente da MAGD
Henrique Tomás Magalhães Rodrigues

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE DELEGAÇÃO CONVOCATÓRIA

A Mesa da Assembleia Geral de Delegação convoca os sócios nos termos do n.º 3 do art.º 48 dos Estatutos para uma Assembleia Geral de Delegação a realizar no dia 3 de Dezembro das 14 às 18 horas na sede da Delegação, com vista à eleição dos delegados que representarão a Delegação de Viseu no III Congresso Nacional.

Lisboa, 24 de Outubro de 1988.
O Presidente da MAGD
Luís Fernando Gonçalves Riquito

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE DELEGAÇÃO CONVOCATÓRIA

A Mesa da Assembleia Geral de Delegação convoca os sócios nos termos do n.º 3 do art.º 48 dos Estatutos para uma Assembleia Geral de Delegação a realizar no dia 3 de Dezembro às 15 horas na sede da Delegação de Bragança, com vista à eleição dos delegados que representarão a Delegação de Bragança no III Congresso Nacional.

Lisboa, 24 de Outubro de 1988.
O Presidente da MAGD
António Eugénio Fernandes

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE DELEGAÇÃO CONVOCATÓRIA

A Mesa da Assembleia Geral de Delegação convoca os sócios nos termos do n.º 3 do art.º 48 dos Estatutos para uma Assembleia Geral de Delegação a realizar no dia 3 de Dezembro das 14 às 18 horas na sede da Delegação, com vista à eleição dos delegados que representarão a Delegação de Coimbra no III Congresso Nacional.

Lisboa, 24 de Outubro de 1988.
O Presidente da MAGD
José Adelino Figueira Guerra

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE DELEGAÇÃO CONVOCATÓRIA

A Mesa da Assembleia Geral de Delegação convoca os sócios nos termos do n.º 3 do art.º 48 dos Estatutos para uma Assembleia Geral de Delegação a realizar no dia 3 de Dezembro das 14 às 18 horas na sede da Delegação, com vista à eleição dos delegados que representarão a Delegação de V. N. Famalicão no III Congresso Nacional.

Lisboa, 24 de Outubro de 1988.
O Presidente da MAGD
Manuel da Rocha Ferreira

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE DELEGAÇÃO CONVOCATÓRIA

A Mesa da Assembleia Geral de Delegação convoca os sócios nos termos do n.º 3 do art.º 48 dos Estatutos para uma Assembleia Geral de Delegação a realizar no dia 3 de Dezembro das 14 às 18 horas na sede da Delegação, com vista à eleição dos delegados que representarão a Delegação de Castelo Branco no III Congresso Nacional.

Lisboa, 24 de Outubro de 1988.
O Presidente da MAGD
Mário Henrique dos Santos Matos

EDITORIAL

Aproximam-se os 15 anos da vida da ADFA. É já em Maio do ano que vai nascer.

A todos os associados compete fazer uma reflexão profunda sobre o que fomos e o que fizemos desde 1974.

Será no entender de muitos de nós, pouco aquilo que a ADFA fez, mas o processo de integração é contínuo e exige uma avaliação constante do evoluir das situações e uma actuação permanente. Nada é estático.

Hoje como país integrado no espaço com um elevado nível de vida, também nós, ADFA, devemos contribuir com a nossa quota-parte no que concerne aos deficientes militares para que Portugal se aproxime dessa meta.

Há que construir uma ADFA moderna, informada, objectiva, atenta ao desenrolar dos acontecimentos. Será dentro destas novas perspectivas que devemos direccionar a nossa dinâmica.

É chegado o momento de assumir os princípios filosóficos já expressos claramente nos estatutos.

Temos finalmente de ser práticos.
É este o nosso sentir.

O III Congresso será o momento ideal para coerentemente expormos e aprofundarmos as questões sobre a integração social dos deficientes militares.

Esta tem sido ao longo do tempo de vida da ADFA a grande preocupação nem sempre assumida por inteiro pelos sócios.

Sem excepção todos devem neste momento reflectir e participar.

A DIRECÇÃO CENTRAL

Pagamento de pensões

O Departamento de apoio jurídico e administrativo aos sócios da ADFA, informa que as Delegações onde administrativamente estão inscritos, são possuidoras dos instrumentos necessários aos cálculos das pensões, pelo que no caso de dúvida devem dirigir-se aos respectivos serviços.

Viaturas Citroën

MOD.	PREÇO BASE	P. V. P.
2 CV 6 CLMB	629 229\$00	830 540\$00
AX 10 RE 3 PORTAS	700 431\$00	1 064 320\$00
AX 11 RE 3 PORTAS	798 561\$00	1 134 999\$00
AX 11 TRE 3 PORTAS	888 305\$00	1 240 000\$00
AX 14 T2S 3 PORTAS	957 800\$00	1 477 820\$00
AX GT 3 PORTAS	1 104 335\$00	1 649 266\$00
AX SPORT 3 PORTAS	1 166 278\$00	1 664 983\$00
AX 11 RE 5 PORTAS	852 835\$00	1 198 500\$00
AX 11 TRE 5 PORTAS	944 715\$00	1 306 000\$00
AX 14 TRS	967 612\$00	1 489 300\$00
BX 11	1 110 527\$00	1 500 000\$00
BX 14 RE	1 301 544\$00	1 880 000\$00
BX 16 TRS PACKAGE 1	1 498 425\$00	2 478 141\$00
BX 16 TRS PACKAGE 2	1 565 032\$00	2 556 071\$00
BX 16 TRS PACKAGE 3	1 736 337\$00	2 756 498\$00
BX 19 TRS	1 699 493\$00	4 310 440\$00
BX 19 GTI PACKAGE 1	1 779 034\$00	4 403 503\$00
BX 19 GTI PACKAGE 2	1 883 707\$00	4 525 971\$00
BX 19 GTI PACKAGE 3	2 027 281\$00	4 693 952\$00
BX 19 GTI 16 VÁLVULAS	2 246 125\$00	4 950 000\$00
BX 19 TRD LACKAGE 1	1 570 452\$00	4 159 619\$00
BX 19 TRD PACKAGE 2	1 695 753\$00	4 306 221\$00
BX 19 TRD PACKAGE 3	1 871 837\$00	4 512 240\$00
BX TRD TURBO	1 708 670\$00	4 149 999\$00
BX 16 RS BREAK EVASI. P1	1 506 372\$00	2 487 439\$00
BX 16 RS BREAK EVASI. P2	1 629 525\$00	2 631 528\$00
BX 19 RD BREAK EVASI. P1	1 727 299\$00	4 343 130\$00
BX 19 RD BREAK EVASI. P2	1 856 351\$00	4 494 121\$00
C 15 CARGA	1 003 794\$00	1 178 590\$00
C 15 FAMILIAR	991 079\$00	1 460 000\$00

Se optar pela pintura metalizada apenas terá um adicional de Esc. 30 000\$00.

A partir de Out. 88, os sócios podem dispor da versão BX TRD TURBO.

Os sócios interessados em viaturas CITROËN, podem pedir informações na Sede da ADFA, através do nosso delegado de vendas Alberto Pinto pelos telef. 362167, 321934 e após as 19 horas o 8595016.

Decida-se pelo melhor, aguardamos o seu contacto.

NOTE — Também trata da documentação necessária para a compra de viatura para pessoas deficientes.

E. B. ELECTRO-BRUSANA ELECTRODOMÉSTICOS

VENDA E REPARAÇÕES DE ELECTRODOMÉSTICOS
PINTURAS E PLASTIFICAÇÕES

Facilidades de pagamento aos sócios da ADFA

Av. João Paulo II, Zona J de Chelas
Lote 541 — Loja A — 1900 LISBOA

(Junto à Escola Primária) Telef. 85 20 35

ESTABELECIMENTO

Katy

ANTÓNIO CAMPOS MESQUITA

GALÇADO PARA: HOMEM — SENHORA — CRIANÇA

Rua Direita, 64 — Telef. 231 23
3500 VISEU

DESCONTOS AOS SÓCIOS DA ADFA



Projecto Handynet



Em 23 de Abril de 1988 é publicada na edição portuguesa do «Jornal Oficial das Comunidades Europeias» uma decisão do seu Conselho, de 18 do mesmo mês, que estabelece um segundo programa de acção comunitária a favor dos deficientes (88/231/CEE).

Prosseguindo na intenção de divulgar todo o trabalho e apoios de organismos internacionais à problemática do deficiente, Elo procurou saber junto do nosso sócio Jerónimo D. Moreira de Sousa, director do Centro de Reabilitação e Formação Profissional e elemento integrante de um grupo de trabalho ligado a esse programa da CEE, o que é, na realidade, esse projecto.

Desde muito cedo que tanto a CEE como o Parlamento Europeu, através de várias das suas comissões, têm manifestado grande vontade em emprenderem acções especiais relacionadas com problemas específicos que interessam a sectores de actividade ou categorias de pessoas determinadas. E assim, em 21 de Janeiro de 1974, numa resolução do Conselho das Comunidades Europeias relativa a um projecto de acção social, prevê-se, entre outros aspectos, a realização

de um plano para a reabilitação profissional e social dos deficientes, o qual, passando por várias etapas de organização, viria a culminar na apresentação do programa Helios (Handicapped Person in Europe Living Independently in an Open Society, isto é, deficientes europeus vivendo com independência numa sociedade aberta).

Com uma duração prevista demasiado limitada e porque, nomeadamente, o Parlamento Europeu havia formulado o desejo de se promoverem iniciativas com o objectivo de satisfazer as necessidades, aspirações e potencial dos mais de trinta milhões (30 000 000!) de deficientes da Comunidade, o Conselho da CEE retoma esse programa, através da acima citada Decisão, indicando no seu artigo 1.º: «É estabelecido, para o período de 1 de Janeiro de 1988 a 31 de Dezembro de 1991, um programa de acção comunitária,

relativo à promoção da formação e da reabilitação profissional, da integração económica, da integração social e da vida autónoma dos deficientes (programa Helios)», entendendo-se como deficiente, «todas as pessoas que apresentem deficiências graves resultantes de afecções físicas ou psíquicas» (art. 2.º).

Neste contexto, são estabelecidos vários objectivos, entre eles, «desenvolver uma abordagem comunitária fundamentada nas melhores experiências inovadoras dos Estados-membros, nos domínios da formação e da reabilitação profissionais, da integração económica, da integração social e da vida autónoma dos deficientes» (art. 3.º a), o qual deverá ser concretizado através de acções de ordem geral, uma das quais, «criar um sistema que ponha em prática novas tecnologias para a recolha, actualização e troca de informações relativas aos domínios referidos na alínea 4) do artigo 3.º. Este sistema funcionará a nível comunitário e basear-se-á nos sistemas de informação implantados nos Esta-

dos-membros». (art. 4.º-1.b).

Mas para além das acções gerais necessárias à concretização do artigo 3.º, são consideradas também (e enunciadas em Anexo próprio), determinadas acções específicas, as quais «serão empreendidas pela comissão em consulta com os Estados-membros, as associações de deficientes e de suas famílias, os parceiros sociais e os organismos profissionais e voluntários que trabalhem no domínio do auxílio aos deficientes, designadamente: a) Rede comunitária de centros e de experiências de formação ou de reabilitação profissionais; b) Acção específica relativa à vida autónoma; c) Redes de actividades-modelos locais; d) Sistema Handynet e e) Subsídios a actividades externas de cooperação europeia».

É sobre uma destas acções específicas, o Sistema Handynet, que nos vamos debruçar mais detalhadamente, no próximo Elo, pois será com tal sistema que Portugal e a ADFA/CRFP terão mais ligação.

STRESS de guerra

por Edite Saraiva *

O «Elo» tem-se preocupado em divulgar os aspectos psicológicos associados à experiência de guerra dos ex-combatentes da guerra colonial, a partir da publicação de artigos relacionados com o trabalho que se tem vindo a desenvolver na ADFA na área do tratamento psicológico.

O stress de guerra está relacionado com a experiência dramática e violenta para o ser humano que é a vivência do tempo de guerra. Esta vivência deixa em muitos indivíduos, perturbações psicológicas que se podem vir a agravar com os anos, e tornarem-se bastante perturbadoras a nível individual e social.

Pode parecer estranho que a preocupação pelo estudo e tratamento destes problemas do stress de guerra só comecem a surgir cerca de 14 anos após o fim da guerra colonial. Uma das razões para este desfazamento, reside no facto de muitas das perturbações psicológicas características do stress de guerra só se começarem a manifestar no indivíduo, alguns anos depois de ter regressado. Por outro lado, podem também surgir situações em que de-

terminados problemas se arrastam durante anos, agravando-se ao longo do tempo, e, a determinada altura, o próprio indivíduo não reconhece em si mesmo a existência de perturbações psicológicas decorrentes da experiência da guerra. Esta experiência dificulta a identificação, por parte de médicos e psicólogos, dessas mesmas perturbações como estando relacionadas com o stress de guerra, situação esta que é reforçada pela dificuldade que os ex-combatentes encontram em falar das suas experiências traumáticas.

É no sentido de prestar apoio aos indivíduos que hoje se sintam de alguma forma perturbados com a experiência de guerra, que a ADFA tem à disposição dos ex-combatentes um serviço de apoio e tratamento psicológico, tendo já realizado uma primeira experiência de tratamento em grupo (psicoterapia de grupo) com resultados bastante positivos. Assim, em Abril deste ano teve início uma psicoterapia com um grupo de ex-combatentes que se dirigiram à consulta de psicologia queixando-se de diversas

(Continua na 9.ª pág.)

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

BREVEMENTE EM PORTUGAL



TR 1.2 — GTR 1.2 — TRE 1.2

MOTOR — Dianteiro, transversal; 4 cilindros em linha; 1 veio de excêntricos lateral; cil. 1237 c.c. (71,5x77 mm); rel. comp. 9,2:1; potência 40 kW (55 CV)/5000 rpm; binário 88 Nm (9,2 m. kg)/3000 rpm. 1 carburador. **TRANSMISSÃO** — Tração dianteira; caixa de 4 velocidades (TR) e 5 velocidades (GTR e TRE/TR opcional). **SUSPENSÃO** — Tipo McPherson com triângulo inferior, molas helicoidais com amortecedores hidráulicos telescópicos F; Rodas independentes, amortecedores hidráulicos telescópicos F; Rodas independentes, amortecedores hidráulicos telescópicos F. **TRAVÕES** — Discos F; Tambores T. **DIMENSÕES E PESOS** — dist. entre-eixos 2545 mm; vias F/T 1418/1417 mm; comp. 4155 mm; larg. 1694 mm (TR) 1694 mm; alt. 1416 mm; 900 kg (3 p.); 920 (5 p.). Dep. combustível 55 litros. **VELOCIDADE MÁXIMA** — 155 km/h. **ACELERAÇÃO 0-100 KM/H** — 16,1 s (4 vel.); 16,0 s (5 vel.). **CONSUMO (90/120/U)** — 5,2/8,9/7,6 litros (4 vel.); 5,0/6,6/7,6 litros (5 vel.).

TR — GTR

Características idênticas às versões TR 1.2, GTR 1.2 e TRE 1.2, excepto:

MOTOR — 1 veio de excêntricos à cabeça; cil. 1397 c.c. (76x77 mm); rel. comp. 9,25:1; potência 43 kW (60 CV)/5250 rpm; binário 101 Nm (10,5 m.kg)/2750 rpm. **TRANSMISSÃO** — Caixa de 4 velocidades (TR); 5 velocidades (GTR; TR opcional). **DIMENSÕES E PESOS** — Larg. 1694 mm (GTR); 900 kg. (3 p.); 920 kg. (5 p.). **VELOCIDADE MÁXIMA** — 160 km/h. **ACELERAÇÃO 0-100 KM/H** — 15,0 s. **CONSUMOS (90/120/U)** — 5,1/6,7/7,8 litros (4 vel.); 4,8/6,4/7,8 litros (5 vel.).

TS — GTS — TSE

Características idênticas às versões TR 1.2, GTR 1.2 e TRE 1.2, excepto:

MOTOR — 1 veio de excêntricos à cabeça; cil. 1390 c.c. (75,8x77 mm); rel. comp. 9,5:1; potência 57,5 kW (80 CV)/5750 rpm; binário 106 Nm (11,0 m.kg)/2750 rpm. 1 carburador de duplo corpo. **TRANSMISSÃO** — Caixa de 4 velocidades (TS); 5 velocidades (GTS/TSE/TS opcional). **TRAVÕES** — Discos F/T. **DIMENSÕES E PESOS** — Larg. 1694 mm (GTS - TSE); 920 kg. (3 p.); 940 kg. (5 p.). **VELOCIDADE MÁXIMA** — 173 km/h. **ACELERAÇÃO 0-100 KM/H** — 12,8 s (TS/4 vel.); 12,2 s. **CONSUMOS (90/120/U)** — 5,1/6,6/7,6 litros (TS/4 vel.); 5,1/6,6/7,9 litros.

GTX — TXE

Características idênticas às versões TR 1.2, GTR 1.2 e TRE 1.2, excepto:

MOTOR — 1 veio de excêntricos à cabeça; cil. 1721 c.c. (81x83,5 mm); rel. comp. 9,5:1; potência 66,5 kW (92 CV)/5750 rpm; binário 135 Nm (14,1 m.kg)/3000 rpm. 1 carburador de duplo corpo. **TRANSMISSÃO** — Caixa de 5 velocidades. **DIREÇÃO** — Assistida (opcional). **SUSPENSÃO** — 4 barras de torsão T. **TRAVÕES** — Discos ventilados F; ABS (opcional). **DIMENSÕES E PESOS** — Larg. 1694 mm; via T 1406 mm; 945 kg. (3 p.); 965 kg. (5 p.). **VELOCIDADE MÁXIMA** — 183 km/h. **ACELERAÇÃO 0-100 KM/H** — 10,7 s. **CONSUMOS (90/120/U)** — 5,5/7,2/9,8 litros.

1.8 16V

Características idênticas às versões TR 1.2, GTR 1.2 e TRE 1.2, excepto:

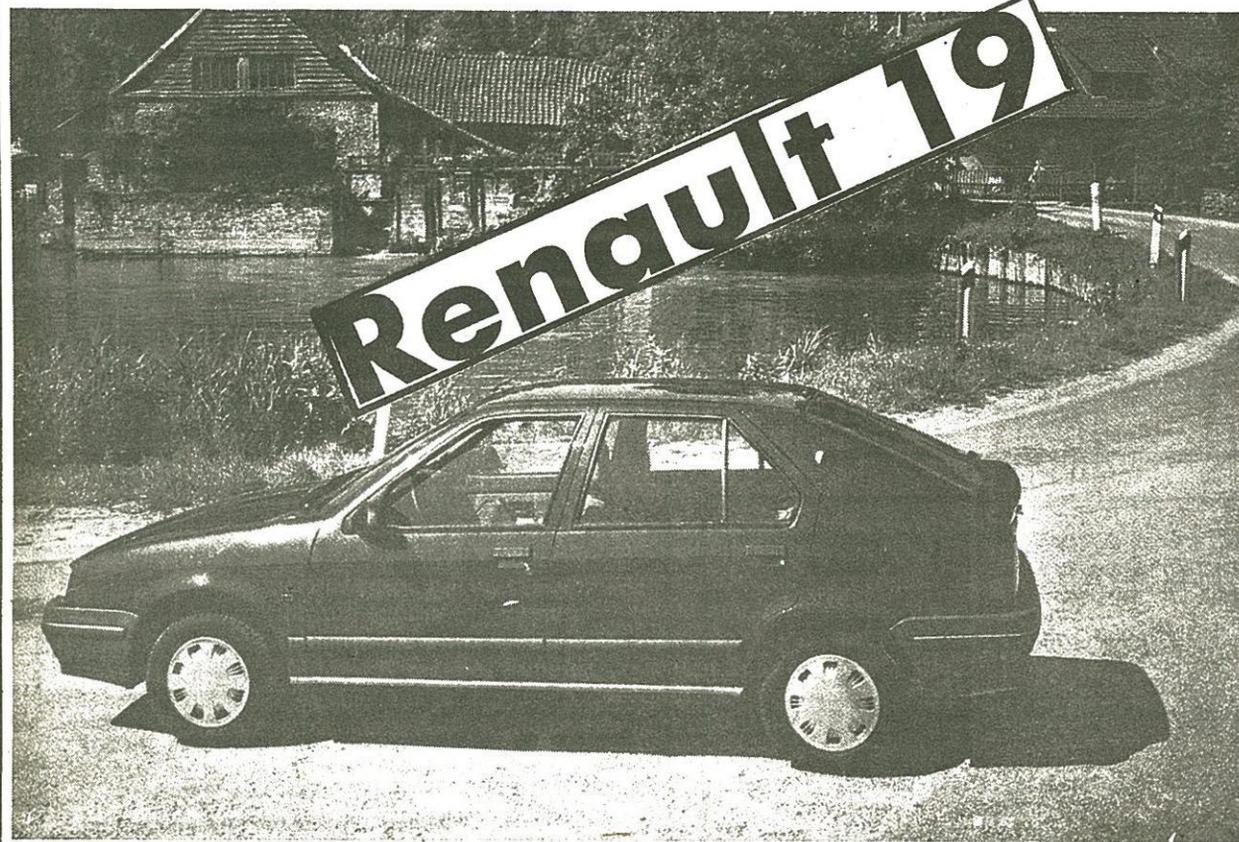
MOTOR — 2 veios de excêntricos à cabeça; cil. 1763 c.c. (82x83,5 mm); rel. comp. 10,0:1; potência 101 kW (140 CV)/6500 rpm; binário 161 Nm (16,8 m.kg)/4250 rpm. Injeção electrónica. **TRANSMISSÃO** — Caixa de 5 velocidades. **TRAVÕES** — ABS (opcional). **VELOCIDADE MÁXIMA** — 215 km/h. **ACELERAÇÃO 0-100 KM/H** — 7,9 s. **CONSUMOS (90/120/U)** — 6,0/7,4/10,1 litros.

NOTA — Alguns dados referentes aos capítulos de suspensões, travões e dimensões e pesos ainda não foram fornecidos pelo construtor.

TD — GTD — TDE

Características idênticas às versões TR 1.2, GTR 1.2 e TRE 1.2, excepto:

MOTOR 1 veio de excêntricos à cabeça; cil. 1870 c.c. (80x93 mm); rel. comp. 21,5:1; potência 47 kW (65 CV)/4500 rpm; binário 118 Nm (12,3 m.kg)/2250 rpm. Bomba de injeção. **TRANSMISSÃO** — Caixa de 5 velocidades. **DIREÇÃO** — Assistida (opcional/GTD e TDE). **SUSPENSÃO** — 2 barras de torsão T. **DIMENSÕES E PESOS** — Larg. 1694 mm; via T 1406 mm; 985 kg. (3 p.); 1005 kg. (5 p.). **VELOCIDADE MÁXIMA** — 161 km/h. **ACELERAÇÃO 0-100 KM/H** — 15,7 s. **CONSUMOS (90/120/U)** — 4,6/6,2/7,3 litros.



Évora em festa: reinauguração de instalações



Realizou-se no passado dia 15 de Outubro, a reinauguração das instalações da Delegação estando presentes, em representação do general-comandante da Região Militar Sul, o coronel de Infantaria Salgadinho São Brás e do presidente da Câmara, o vereador António Valente.

Delegação de Viseu

Presença na feira de S. Mateus

Delegação da ADFA esteve presente na Feira de S. Mateus de 88 com um pavilhão que, embora com problemas de exiguidade, com dificuldades de montagem e de movimentação, recebeu a visita de diversas personalidades, entre as quais o Governador Civil, os presidentes das Câmaras Municipais de Viseu, Carregal do Sal, Mortágua e Mangualde, muitos militares incluindo oficiais superiores, membros da Sociedade Histórica Nacional, para além de numeroso público, com quem o Presidente da Delegação e restante pessoal tiveram agradáveis trocas de impressões, informando dos objectivos da ADFA assim como dos seus projectos, tendo-se verificado grande receptividade e simpatia por parte de todos.

A.D.M.E.

Embora se conte para breve a regularização do processo referente às participações da ADME, solicita-se aos

sócios que continuem a dirigir-se ao R.I.V. munidos dos respectivos cartões, a fim de lhes serem pagas directamente as devidas participações.

Exceptuam-se, evidentemente, os casos em que as distâncias a percorrer sejam grandes.

Apoio jurídico

No intuito de proporcionar aos associados um serviço de apoio jurídico, seja ou não no âmbito da Associação (Viseu), foi

firmado contrato, a partir do passado dia 1 de Outubro, com os drs. José Augusto Capelo (Carregal do Sal) e Joaquim Figueiredo (Viseu). Assim, qualquer sócio que necessite deste serviço, pode dirigir-se à Delegação.

Viaturas

Para além da colaboração existente com a Renault e com a Citroen, vai poder-se também, em breve, contar com um contrato com a Opel.

Assistência médica

Porque se verificam algumas novas alterações

ao quadro de assistência, reproduzimo-lo aqui, com as respectivas notas:

SEGUNDAS: Clínica-Geral	Dr. Jorge Silva	13 h. 30 m.
TERÇAS: Gastroenterologia (exames)	Dr. Júlio Barbosa	14 h.
Ortopedia	Dr. Idálio Braguês Da Costa	15 h. 30 m.
Clínica-Geral	Dr. Jorge Silva	15 h. 30 m.
QUARTA: Clínica-Geral	Dr. António Jorge Barroso	16 h.
QUINTA: Clínica-Geral	Dr. Jorge Silva	15 h.
SEXTA: Clínica-Geral	Dr. Jorge Silva	15 h.
Clínica-Geral	Dr. António Jorge Barroso	17 h. 30 m.
SÁBADO: Clínica-Geral	Dr. Arnaldo Rodrigues	9 h.-12 h. e 14 h.-17 h.
Clínica-Geral	Dr. Bernardino Campos	9 h.-12 h. e 14 h.-17 h.

As consultas de sábado são realizadas na Delegação e aí podem ser pedidos todos os exames clínicos e radiológicos. Desde que feita marcação antecipada, podem ser servi-

das refeições, embora estas sem encargos para a Delegação.

As visitas domiciliárias são pedidas, para os nossos serviços, até às 15 horas do mesmo dia.

Compareceram também os sócios Patuleia Mendes, da Direcção Central e Almeida Santos, do Conselho Nacional. Da Delegação encontravam-se o presidente da Assembleia Geral, Inácio Grazina, o respectivo representante do Conselho Nacional, Manuel Branco, assim como cerca de sessenta sócios, alguns com as famílias.

Cerca das 11 horas realizou-se a reinauguração solene a que se seguiu um beberefe oferecido pela Delegação aos sócios e convidados, findo o qual foi servido um almoço no Quartel-General (antigas instalações do RI 16), amavelmente servido pelo mesmo.

Foi um reencontro agradável dos sócios com militares e um lembrar dos antigos «ranchos».

Pelas 14 horas realizou-se uma reunião de sócios com carácter informativo tendo-se aproveitado para realçar os apoios que a Delegação teve para que fosse possível esta reimplantação. Houve seguidamente troca de impressões, em que participou o elemento da DC, sobre a vida da Delegação e da ADFA, em geral, com a presença de 63 sócios que aprovaram a continuação do sócio Florentino Joaquim Polido Valadas como tesoureiro-interino, até à confirmação pela próxima AGD.

Foi um dia óptimo, reconfortante, especialmente para os sócios da Delegação que, com o seu esforço desinteressado, contribuíram para que ela fosse possível. Para os outros, os que não ligam, não se interessam, ficamos a mágoa da sua ausência, mas também vai certa «raiva» pelo seu alheamento, sabendo no entanto que alguns que não estiveram foi porque, de todo em todo, não puderam.

Aos que sabem quem são, e o que merecem, o nosso muito obrigado.

A direcção da Delegação e todos os seus órgãos sociais vão fazer melhor.

Manuel T. Gil

Aquisição de Viaturas

Atendimento aos sócios:

Sede: dias úteis das 16 às 18 horas.

Porto: primeiro sábado de cada mês.

Restantes Delegações: de acordo com os pedidos.

Delegação do Porto compra de viaturas «Renault»

Os sócios que pretendam adquirir viatura da marca Renault poderão contactar como delegado de vendas da ADFA, sócio António Bernardes, no dia 5 de Novembro, das 10 às 16 horas, nas instalações da Delegação, devendo no entanto telefonar antecipadamente para a mesma, através do número 82 97 44, para que seja feita a marcação de entrevista.

Venda de viaturas para deficientes

Documentação Necessária

Def. Civis ao Abrigo do Decreto-Lei 235/D de 1 de Junho 83

1 — Atestado ou declaração de incapacidade passado pelo centro de Saúde da área da residência.

2 — Fotocópia do B.I. e n.º de Contribuinte autenticadas pelo Notário.

3 — Fotocópia da carta de condução autenticada pelo Notário.

4 — Comprovação da liquidação do imposto complementar dos últimos 3 anos ou declaração passada pelas finanças como esteve isento.

Documentos Necessários para os Def.

Forças Armadas ao Decreto-Lei 43/76 20 Janeiro

1 — Declaração de incapacidade passada pelo ramo das Forças Armadas a que pertence.

2 — Fotocópia do B.I. e n.º de Contribuinte autenticadas pelo Notário.

Viaturas RENAULT

Preços em vigor a partir de 15 de Outubro de 1988		
	PREÇO BASE	P. V. P.
RENAULT SCAMPUS	827 378\$00	1 098 019\$00
5 SL 3 P	864 945\$00	1 205 340\$00
5 TL 3 P	909 555\$00	1 257 534\$00
5 TL 5 P	957 555\$00	1 313 694\$00
5 GTR 3 P	968 497\$00	1 389 886\$00
5 GTR 3 P	1 016 497\$00	1 446 046\$00
5 GTX 3 P	1 144 781\$00	1 728 939\$00
5 GTD 5 P	1 282 043\$00	2 232 352\$00
RENAULT 21 GTD	1 372 183\$00	1 995 000\$00
21 GTD	1 639 474\$00	6 036 000\$00
21 TDx	1 945 457\$00	6 394 000\$00
RENAULT 25 TDx	2 970 244\$00	7 593 000\$00
RENAULT NEVADA TDx 5 L	2 037 765\$00	6 502 000\$00
NEVADA TDx 7 L	2 109 560\$00	6 586 000\$00
RENAULT EXPRESS GTC 5 L	1 116 241\$00	1 499 356\$00

Não estão nesta Tabela os preços dos RENAULT 9 e 11 em virtude de serem viaturas que vão deixar de ser comercializadas. Dentro em breve teremos em substituição o RENAULT 19 nas versões a gasolina e diesel.

PREÇOS COM PINTURA NORMAL

A versão diesel do RENAULT 5 apresenta um motor de 1595 cc. beneficiado pelos últimos aperfeiçoamentos técnicos em matéria de insonorização e equipado com pré aquecimento de gasóleo.

Todas as versões se apresentam com opção de pintura normal ou metalizado e novos tecidos de guarnições.

DOS OS SÓCIOS INTERESSADOS NAS VIATURAS DA GAMA RENAULT PODEM PEDIR INFORMAÇÕES NA SEDE OU NAS NOSSAS DELEGAÇÕES.

CENTRO MÉDICO DA RUA DO CARMO, LDA.

CONSULTAS MÉDICAS, SERVIÇO DE ENFERMAGEM SIOTERAPIA, CULTURISMO FÍSICO

RAIOS LAZER
HIDROMASSAGEM
SAUNA
BIOTRON
ULTRA-SONS
MICRO-ONDAS
HIDROCOLATER
PARAFINA
INFRA-VERMELHOS
PASSADEIRA ROLANTE
ETC., ETC.

Rua do Carmo, 79-1.º — Telef. 2 54 01 — 3500 VISEU

JÚLIO BARBOSA

MÉDICO ESPECIALISTA

Doenças aparelho digestivo

Endoscopia digestiva

POLICLÍNICA S.º DOS REMÉDIOS

Av. 5 de Outubro — Tel. 63 120 5100 LÁMEGO

CONSULTÓRIO:

Av. Alberto Sampaio, 81, 1.º-Dt.º — Tel. 22 490 3500 VISEU

ESCOLA DE CONDUÇÃO ESPECIAL INFANTE DO RESTELO

Ensino em todas as categorias

- A — Motociclos
- B — Ligeiros
- C — Pesados de Mercadorias
- D — Pesados de Passageiros
- E — Pesados com reboque

Veículo adaptado para deficientes.

Rua Tristão Vaz, 7-1.º — 1400 LISBOA
Telef. 61 39 36 ou 61 38 69



A convite do CEME, o general Firmino Miguel esteve em Lisboa, participando nas comemorações do 15.º aniversário do Hospital Militar Principal (6 Out.), uma delegação do HM de Hamburgo, constituída pelo seu director, brigadeiro médico Grutzka e pelo subchefe do Serviço de Ortopedia, tenente-coronel médico Moldt (uma vez que o respectivo chefe não pode vir).

Aproveitando a ocasião, a Direcção Central da ADFA manifestou o maior empenho em receber aqueles dois médicos na sua sede nacional para lhes manifestar, em nome de todos os associados que por Hamburgo têm passado, um caloroso agradecimento pela forma, pelo cuidado e pelo

carinho com que sempre foram tratados por todo o pessoal daquele estabelecimento.

E assim, no passado dia 7, pelas 18 horas, realizou-se uma sessão no Palácio da Independência, a que também esteve presente o subdirector do

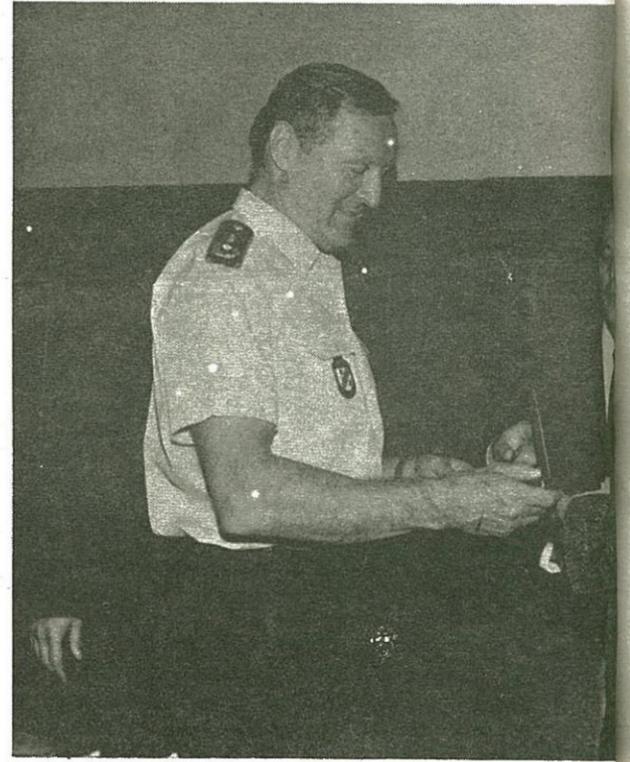
Hospital Militar Principal, coronel médico Coimbra Fernandes. Recebidos no Pátio de Honra pelos membros dos corpos sociais presentes, dirigiram-se seguidamente para o Salão Nobre onde já se encontravam, especialmente convida-

dos, alguns dos sócios que estiveram na Alemanha.

Falou em primeiro lugar o presidente da DC, José Arruda, o qual, depois de agradecer a presença de todos nesta cerimónia, expressou aos drs. Grutzka e Moldt o sentimento de amizade e respeito dos deficientes pela equipa do hospital alemão, afirmando, nomeadamente, não ser possível esquecer todo o empenho e toda a compreensão que sempre todos encontraram em Hamburgo. Ao dr. Coimbra Fernandes reafirmou, não só a confiança no interesse demonstrado pela actual direcção do HMP pelos problemas dos DEA, como também a vontade da ADFA em prestar toda a ajuda para que fosse solicitada.



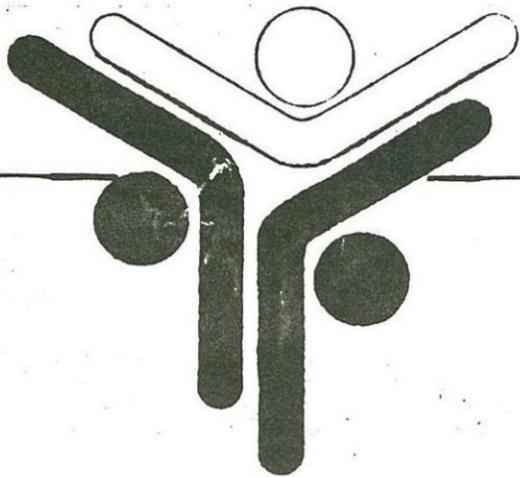
Médicos de



Fazendo então uma breve análise da actual situação associativa, realçando os já 12 mil sócios (havendo ainda cerca de 2000 propostas em lista) e as 12 delegações cobrindo todo o País, José Arruda declarou a sua convicção no papel desempenhado pela Associação, a qual, pela imensa experiência adquirida, terá sempre uma proposta a apresentar no processo permanente que é a reabilitação.

Seguidamente usaram da palavra os drs. Grutz-

ka e Moldt, que aprovaram para agradecer também o convite, afirmando a sua satisfação por poderem estar aqui em Portugal. O dr. Moldt, nomeadamente referiu o calor humano que os portugueses têm levado ao seu hospital não se esquecendo de transmitir um especial abraço do chefe do Serviço de Ortopedia, assim como das lembranças da enfermeira-chefe, ambas por todos tão conhecidas. Por último, falou o su-



Plano Nacional de Reabilitação

No passado dia 11 de Outubro, o Conselho Nacional de Reabilitação (CNR), órgão do Secretariado Nacional de Reabilitação e de que a Associação dos Deficientes das Forças Armadas é membro, foi recebido pelo Primeiro-Ministro a quem fez entrega do Plano Orientador da Política de Reabilitação (documento que tem sido designado por Plano Nacional de Reabilitação nos já numerosos artigos que o ELO lhe tem dedicado).

Pela importância do acto e pelo que dele se espera, vale a pena fazer uma breve história dos seus antecedentes. Refira-se, pois, que já em Outubro de 1987 a ADFA

colabora na feitura e apresentação de um estudo/análise sobre a necessidade, muito urgente, de ser implementado, ao mais alto nível e arrastando todas as entidades ligadas não só à problemática da deficiência e da reabilitação, como também da prevenção, trabalho esse a que chamou «Contributo para uma política nacional de reabilitação», o qual é apresentado ao Secretário de Estado da Segurança Social, dando, posteriormente, origem à proposta de «Lei de Bases da Reabilitação», a qual, por sua vez, após aprovação, necessita de se «realizar» através de uma planificação material, com objectivos, definição e

operadores concretos. E assim, em Julho deste ano e em reunião do Conselho Nacional de Reabilitação, é finalmente apresentado em forma definitiva, o citado «Plano Orientador da Política de Reabilitação» de onde destacamos a Introdução:

«Uma vez definida a política de reabilitação, enunciados os princípios gerais e sectoriais a que ela deve obedecer e identificadas as medidas que de forma mais directa deverão responder às necessidades das pessoas com deficiência (doc. «Contributo para uma Política Nacional de Reabilitação»), impunha-se ao Secretariado Nacional de Reabilitação, através do seu Conselho Nacional, apresentar ao Governo um plano integrado de execução, onde seriam definidos objectivos, metas temporais e eventualmente custos, e que constituiria o Plano Nacional de Reabilitação de curto e médio prazo.

Contudo, dificuldades

de vária ordem, entre elas a quase ausência de planos sectoriais da responsabilidade dos departamentos envolvidos nesta problemática, o desfazamento existente entre eles quanto ao tratamento dos assuntos da reabilitação, as lacunas e assimetrias no que respeita ao conhecimento dos meios disponíveis e, sobretudo, a inexperiência face a um trabalho dessa natureza — foi a primeira vez que serviços oficiais e organizações não governamentais se juntaram para esse efeito — não foi possível cumprir integralmente os propósitos inicialmente determinados.

No entanto, no cumprimento das suas competências, o Conselho Nacional de Reabilitação, na sequência do trabalho realizado e de compromissos assumidos, quer a nível governamental, quer com as organizações de e para pessoas com deficiência, propôs apresentar ao Governo, durante o mês de Julho, um

Plano Orientador da Política de Reabilitação, onde através de programas fundamentados e respectivos projectos, se pretende obter mudanças significativas na realidade nacional.

Esses programas surgem integrados num objectivo estratégico — Prevenção da Deficiência, Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência — e em sete Objectivos Intermediários, abrangentes de todas as áreas de intervenção:

- Prevenção, Detecção, Diagnóstico da Deficiência e Reabilitação Médica
- Integração Sócio-Educativa
- Vida Activa
- Vida Autónoma
- Melhoria da Informação sobre/para pessoas com deficiência
- Investigação/Formação
- Participações das Organizações de/para pessoas com deficiência nas deci-

sões e políticas de reabilitação.

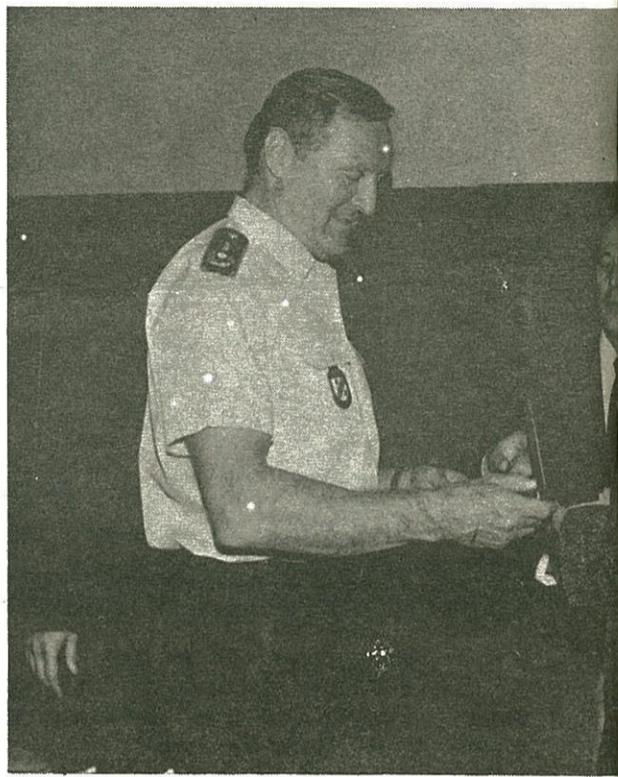
A fim de se obterem resultados previstos, o Plano Orientador deverá reflectir-se nos planos sectoriais dos departamentos envolvidos nesta temática, a nível da responsabilidade da execução, e ser objecto de acompanhamento e avaliação por parte do Conselho Nacional de Reabilitação.»

Em Setembro passado o CNR, através do seu Presidente, dr. Francisco Fouto Pólvora, fez entrega, aos Ministro e Secretário de Estado da Segurança Social, do «Plano» desde logo considerado óptimo documento de trabalho, ficando também assente que o mesmo deve ser entregue, pela sua importância, pelo seu significado e pela sua urgência, ao próprio Primeiro-Ministro, por um delegado do CNR.

Na audiência então concedida (relembremo-nos 11OUT), afirmou, n

Médicos de

XXXIII

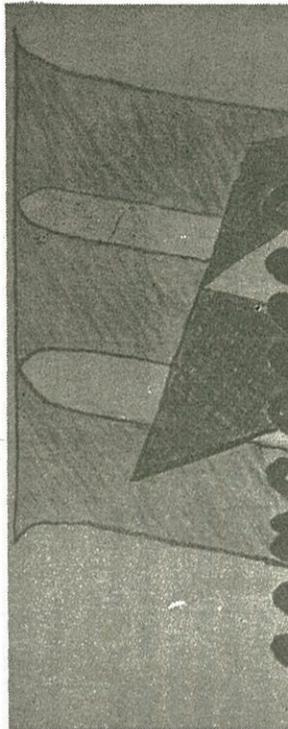


Fazendo então uma breve análise da actual situação associativa, realçando os já 12 mil sócios (havendo ainda cerca de 2000 propostas em lista) e as 12 delegações cobrindo todo o País, José Arruda declarou a sua convicção no papel desempenhado pela Associação, a qual, pela imensa experiência adquirida, terá sempre uma proposta a apresentar no processo permanente que é a reabilitação.

Seguidamente usaram da palavra os drs. Grutz-

ka e Moldt, que aproveitaram para agradecer também o convite, afirmando a sua satisfação por poderem estar com alguns já velhos amigos aqui em Portugal. O dr. Moldt, nomeadamente, referiu o calor humano que os portugueses têm levado ao seu hospital não se esquecendo de transmitir um especial abraço do chefe do Serviço de Ortopedia, assim como das lembranças da enfermeira-chefe, ambas por todos tão conhecidas. Por último, falou o su-

EO



l de Reabilitação

Plano Orientador da Política de Reabilitação, onde através de programas fundamentados e respectivos projectos, se pretende obter mudanças significativas na realidade nacional.

Esses programas surgem integrados num objectivo estratégico — *Prevenção da Deficiência, Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência* — e em sete *Objectivos Intermediários*, abrangentes de todas as áreas de intervenção:

- *Prevenção, Detecção, Diagnóstico da Deficiência e Reabilitação Médica*
- *Integração Sócio-Educativa*
- *Vida Activa*
- *Vida Autónoma*
- *Melhoria da Informação sobre/para pessoas com deficiência*
- *Investigação/Formação*
- *Participações das Organizações de/para pessoas com deficiência nas deci-*

sões e políticas de reabilitação.

A fim de se obter resultados previstos, o Plano Orientador deve reflectir-se nos planos sectoriais dos departamentos envolvidos nesta temática, a nível da responsabilidade da execução, e ser objecto de acompanhamento e avaliação por parte do Conselho Nacional de Reabilitação.»

Em Setembro passado o CNR, através do seu Presidente, dr. Francisco Fouto Pólvora, fez entrega, aos Ministro e Secretário de Estado da Segurança Social, do «Plano» desde logo considerado um óptimo documento de trabalho, ficando também assente que o mesmo deve ser entregue, pela sua importância, pelo seu significado e pela sua urgência, ao próprio Primeiro-Ministro, por uma delegação do CNR.

Na audiência então concedida (relembremo-nos 11OUT), afirmou, n

- 10 — Possibilidade de atendimento espiritual;
- 11 — Cabelleiro, manter roupas em ordem, demais (auxiliares);
- 12 — Encorajamento para estabelecer contactos sociais, indução de actividades em grupo, contacto com centros de idosos antes da alta (assistentes sociais, enfermeiras).

4 — CONCLUSÃO

EO

- É a solução de transição antes da alta definitiva de um tratamento clínico e a transferência do caso ao médico de família;
- Possibilita uma alta precoce;
- Possibilita a observação e controle terapêutico após a alta;
- Possibilita ensino e orientação dos familiares quanto ao tratamento domiciliário.

Para que os hospitais de dia possam servir os nossos ideais, precisamos de ter uma equipa

XL

Hospital de Hamburgo visitam a ADFA

vação do dr. Moldt, que os portugueses continuariam a mostrar-se «bem comportados».

Procedeu-se em seguida à entrega de placas alusivas da visita dos oficiais alemães, a quem se pediu que levassem também, a destinada, ao chefe dos Serviços de Ortopedia, e ainda, focando o valor de cada mulher na reabilitação do deficiente, foi entregue à sr.^a Moldt, que acompanhou o mari-

do nesta deslocação, um ramo de rosas, rosas de Portugal. Ao HMP, na pessoa do seu subdirector, foi também entregue uma placa. José Arruda, ainda na ocasião, não quis deixar passar a oportunidade de realçar o importante papel desempenhado por Pedro Macedo, do Consulado-Geral de Hamburgo, e que acompanhou esta visita, junto dos que se deslocam à Alemanha, pedindo para

ele uma calorosa salva de palmas

Antes de se retirarem do Salão Nobre, os membros da delegação alemã, assim como o subdirector do HMP, assinaram o Livro de Honra da ADFA. Finalmente, todos se dirigiram para a biblioteca onde decorreu um animado beberete, aproveitando-se para mais despreocupada troca de impressões, reforçando-se o entendimento mútuo.



06 OUT – Dia do H.M.P.

A ADFA, a convite do comandante da Região Militar de Lisboa, general Sousa Lucena e do director do H. M. P., brigadeiro médico Carrilho Ribeiro, esteve presente nas cerimónias comemorativas do 151.º aniversário do Hospital Militar Principal, para as quais foi também convidado, entre outras entidades, o Hospital Militar de Hamburgo, através do seu director e do chefe do respectivo serviço de Ortopedia, como referido noutra local.

Na ocasião foram inaugurados vários melhoramentos, nomeadamente o novo serviço de Urologia

(dotado de 21 camas), na Casa de Saúde da Família Militar e uma pequena biblioteca no serviço de Ortopedia do Anexo-Artilharia Um, esta graças à oferta feita pela família do dr. Horácio da Silveira, recentemente falecido.

A ADFA congratula-se com esta efeméride e deseja salientar a ligação estreita e o diálogo aberto que tem existido na troca de informações e na procura de soluções, prova da sensibilidade e da preocupação manifestadas pela direcção do H.M.P. e pelas chefias de serviços.



director do HMP, dr. Coimbra Fernandes, que declarou a vontade daquele organismo em colaborar com a ADFA, estando ao dispôr para tudo o que for possível, podendo todos os DFA contar tanto com o apoio do seu director como do dele próprio.

O presidente da DC ao encerrar a sessão, agradeceu a amizade e o espírito das entidades do HM de Hamburgo, declarando-lhes também, e aproveitando uma jocosa obser-

entregue ao Primeiro-Ministro

meadamente, o Secretário Nacional:

«O empenhamento da comunidade na equalização das pessoas com deficiência é hoje uma realidade após o percurso de um longo caminho que as retirou da situação de solidão diagnóstica e social em que viviam.

Assumindo-se, as pessoas com deficiência têm-se afirmado através de uma capacidade notória de intervenção em todos os aspectos evolutivos do seu progresso, sem porém, correrem o risco de se automarginalizar pois, pretendem, com os demais cidadãos constituir um todo a ter em conta na estabilização dos direitos e liberdades fundamentais.

Efectivamente não faria sentido que todo um progressivo movimento de correcção de uma profunda assimetria social viesse a tombar reactivamente no seu oposto, igualmente assísmétrico: ao considerarem os únicos conhecedores da suas

soluções, estariam afinal a contribuir para uma nova diferença.

Aqui como em todos os demais campos da vida social, preconizamos a equalização como fim a atingir mas através do equilíbrio e da concertação sociais.

Daí que para nós seja natural o labor construtivo destes quase dois anos de actividade do Conselho Nacional de Reabilitação.

A quase totalidade das Associações de e para pessoas deficientes ali representadas, bem como os vinte e cinco representantes dos departamentos governamentais, no enquadramento técnico do Secretariado Nacional de Reabilitação, praticaram um diálogo em que foi possível o entendimento objectivo das necessidades sentidas e a fundamentação dos consensos atingidos através de uma análise desassomburada das naturais diferenças técnico-políticas. Não acreditamos que as pessoas

com deficiência tenham prescindido dos seus ideais ao renunciarem a alguns dos seus objectivos. Ao fazê-lo, optaram por rasgar caminhos que pela força do consenso os conduzem a uma mais célere concretização daquilo que é essencial.

Nesta conjuntura completa e sinérgica, o CNR elaborou sucessivamente três trabalhos de fundo: «Os princípios de uma Política Nacional de Reabilitação», a proposta de «Lei de Bases de Reabilitação» e por último, o «O Plano Orientador de uma Política de Reabilitação».

Com estes três documentos fundamentais ter-se-á atingido e completado uma primeira fase da vida institucional do SNR que «entendemos ter culminado num contributo sócio-político relevante para as pessoas com deficiência. O futuro será certamente delineado por Vossa Excelência em termos decisivos para as nossas expectativas.»

Após apresentação in-

dividual de toda a delegação, seguiu-se uma troca de impressões com o chefe do Governo, tendo este manifestado o maior interesse pela questão dos deficientes e declarado ir levar a Conselho de Ministros o documento recebido, de forma a motivar mais directamente todos os órgãos de tutela envolvidos e a activar, rapidamente os mecanismos necessários. A ADFA aproveitou para manifestar a opinião de que o SNR, englobando um tão vasto campo de acção e entidades tão diversas, deveria depender directamente da Presidência do Conselho de Ministros como já aconteceu, tendo sido esclarecido que foi apenas por uma questão de melhor e mais rápido funcionamento que foi delegada essa função, na Secretaria de Estado da Segurança Social. À observação feita pelo Primeiro Ministro de que um possível óbice ao incremento mais imediato do «Plano» era o não estarem quantificados, em



termos de custos, os vários projectos, devendo alguns ser de despesa bastante elevada, foi sugerido e informado que em muitos casos quase não se tratava de questões de dinheiro, mas de um factor de sensibilidade por parte dos responsáveis e do intervenientes, muitos não possuindo ainda uma visão global de uma sociedade em que o deficiente está, naturalmente, inserido, e daí que muitos desses custos pudessem ser evitados se os projectos e as obras que não contemplam essa perspectiva não tivessem que ser alterados ou mesmo inutilizados, quando muito dinheiro já está gasto.

Sobre a intervenção da

ADFA, assumiu que o País reconhece não só a existência dos DFAs e da justiça que lhes é devida, como também a dinâmica que têm sabido imprimir a todos os actos e trabalhos conducentes à integração plena na tal sociedade global, estando o Governo atento e receptivo a toda a procura de melhorias e soluções.

Finalmente o Primeiro-Ministro reafirmou a sua solidariedade para com os deficientes, mostrando estar a par dos seus problemas, reconhecendo o muito e bom trabalho do SNR e do seu Conselho, assim como das várias associações e entidades particulares ligadas a esta questão.

Plano Nacional de Reabilitação - 3

No artigo anterior, vimos como se pretendia chegar a uma melhoria dos cuidados materno-infantis e a uma diminuição da relação morte e doença por nascido, através da medida (1.1.) — «Cuidados primários em saúde materna e saúde infantil».

Agora no proposto «apoio perinatal diferenciado» (1.2.), e estimando-se, em 1986, ainda de 15 por cento a taxa de mortes nos pré e pós parto, para além do dobro em sobrevivência com deficiências, pretende-se uma melhoria na assistência nesse período mais difícil, através de 1.2.3. — «Designação, e dotação dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD)» e 1.2.2. — «Criação de 19 unidades de neonatologia», sendo por isso responsável a DGH em colaboração com a DGCSP.

Seguidamente, nascida a criança, calcula-se que uma em cada nove terá problemas de desenvolvimento, dado serem muito poucas e mal distribuídas, as entidades e estruturas responsáveis pela detecção, avaliação orientação e intervenção junto dessas mesmas crianças. Com vista a uma (1.3.) — avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção junto de crianças com deficiência», as DGCSP e DGH criarão — 1.3.1. — «Consultas de avaliação do desenvolvimento nos centros de saúde», os SNR, DGCSP, DGEBS, e DGSS implementarão — 1.3.2. — «equipas multiprofissionais para detecção, diagnóstico, encaminhamento e intervenção», novamente as DGH e DGCSP erguerão o 1.3.3. — «Centro de Desenvolvimento do Porto (Hospital Maria Pia)», enquanto a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e a DGCSP serão responsáveis pelo — 1.3.4. — «Funcionamento do Centro de Desenvolvimento da Parede (ex SLAT), ficando assim, posta em pé uma rede hierarquizada e articulada, pronta a dar resposta a estes problemas.

Mas a criança cresce, e entra na idade de ir à Escola, e nesta, os mecanismos postos à sua disposição, no que toca à saúde, ou são insuficientes ou têm sido mal aproveitados.

Assim, no que diz respeito à — 1.4. — «Saúde Escolar», pretendendo-se um alargamento do nú-

mero de concelhos e da população abrangida, uma implementação do respectivo programa básico dirigido prioritaria-



mente a alunos dos ensinos pré-primário e primário e uma melhoria de articulação entre as várias estruturas locais implicadas, a DGCSP e o IASE procederão a — 1.4.1 — «Exames específicos» nos campos de «rastreamento da cárie, da visão, da audição e do controle e de desenvolvimento»; à 1.4.2 — «Dotação de meios humanos e materiais» dos diversos centros e à — 1.4.3. — «Formação de profissionais».

Sabia o leitor que Portugal é o país da CEE, com maior índice de sinistralidade no que respeita a acidentes de viação? E que tende a aumentar? Certamente que sim, dada a frequência com que tal facto é referido nos órgãos de comunicação social. Mas que o nosso lugar na lista dos acidentes de trabalho (a diminuir, no entanto) não seja, de modo nenhum, invejável, talvez adivinhasse, embora sem ter a certeza? Assim como nos chamados «domésticos e de lazer», sobressaindo aqui os acontecimentos com os mais novos (até 14 anos), com quedas, intoxicações, queimaduras, afogamentos e, espantoso, rebentamento de foguetes e similares?

E há que, para além das mortes, contabilizar os feridos e os doentes, derivados de tanta irresponsabilidade e de tanto descuido!

É pois, também na — (1.5. — «Prevenção de acidentes de viação, domésticos e de lazer, de trabalho e das doenças profissionais», que um plano mais difícil e demorado se tem que desenvolver, visto que implica «alteração dos comportamentos da população em geral e de grupos populacionais específicos», «melhoria das condições de higiene e segurança no trabalho», a par de uma «maior fiscalização por parte das entidades com-

petentes». Não esqueçamos que numa sociedade que, por vezes, parece em progressiva desagregação, a desumanização por interesses económicos, nomeadamente no campo do trabalho, é dado alarmante.

Grande esforço, muita vontade, e grande número de entidades, estarão envolvidas nos projectos considerados necessários, e que são: — 1.5.1. — «Formação de crianças, jovens e professores sobre educação rodoviária»; — 1.5.2 — «Realização do concurso inter-escolas de segurança rodoviária para alunos do ensino primário» (PRP/Min.Educação); — 1.5.3 — «Conclusão do estudo dos custos económicos e sociais dos acidentes de viação» (PRP); 1.5.4. — «Campanha de apoio ao emigrante» (DGV, PRP/IA Emigração); 1.5.5. — «Campanha álcool e condução» (DGV, PRP, GNR, PSP) — 1.5.6. — Implementação de exames escritos para condutores de velocípedes com motor» (DGV); 1.5.7 — «Cursos de formação de agentes de prevenção rodoviária» (PRP/IEFP); 1.5.8. — «Legislação sobre obrigatoriedade do uso de cinto de segurança no interior das localidades» e 1.5.9. — «Legislação sobre a obrigatoriedade do transporte de crianças até aos 12 anos de idade no banco da rectaguarda» (DGV/PRP); 1.5.10 — «Sistema comunitário de informação sobre os acidentes em que se encontram implicados produtos de consumo — Projecto ELHASS» (INDC); — 1.5.11 — «Campanha de segurança infantil» (INDC/IASE, INS, DGEBS, DGCPS, INEM, SC Misericórdia, ANCO, DECO, SNR); 1.5.12 — Campanha para a prevenção de um tipo especial de amputação endémica» (LPDM/MS, ME, INDOC, CML, Fundação C. Gulbenkian, SNR); — 1.5.13. — «Sensibilização sobre os riscos de actividades profissionais nos próprios locais de trabalho» (DGHST); — 1.5.14. — «Cursos de formação para trabalhadores e outras entidades», — 1.5.15 — «Divulgação de regras de higiene e segurança no trabalho»; — 1.5.16 — «Estudo das normas comunitárias em matéria de higiene e segurança no trabalho, visando a sua adequação no direito interno» (DGHST); — 1.5.17 — «Sensibilização da população escolar em matéria de higiene e segurança no trabalho» (DGEBS/DGHST) e 1.5.18 — «Reestruturação do Instituto Nacional de Sangue» (M.S.)

• Já em vigor.

Reuniões no S. N. R.: Imposto Único em debate

A Direcção Central da ADFA tem vindo a manter, regularmente, contactos com o SNR, nomeadamente com a chefe do seu Gabinete Jurídico, com vista à resolução de vários problemas surgidos com legislação recentemente saída.

Neste momento, a questão crucial prende-se com o regime de «Imposto Único» e a sua aplicação aos deficientes militares. A dr.^a Eduarda Osório, profunda conhecedora da ADFA, e que tão importante trabalho desenvolveu aquando do chamado problema «dos africanos», tem, também neste caso, mostrado grande interesse por este novo assunto, tudo indicando a possibilidade de uma solução que defenda o direito dos deficientes.

Creemos que um melhor e mais largo acolhimento se tem vindo a desenvol-

ver, a vários níveis, sobre a forma como deve ser entendida a pensão dos deficientes militares, já que devida a um serviço militar obrigatório a que não se eximiu, em nome

que a lei não tem, por vezes, contemplado na dimensão devida, e porque associados seus têm entre os seus familiares deficientes comuns, conhecendo os problemas fi-



da Pátria, a mesma deve entender-se, não como privilégio mas como direito indeclinável, com reconhecimento de todos.

Mas porque a ADFA se insere numa sociedade mais vasta de cidadãos a

nanceiros que a situação acarreta, tem insistido, nessas reuniões, no sentido de que haja um desagravamento das taxas relativas aos rendimentos de trabalho quando se verificarem essas condições.

Na realidade, e mais não vindo que aoi encontro das propostas de legislação levadas a Bad Ischl pela ADFA, a nossa pretensão é de que as pensões, como acto indemnizatório, não devem ser contabilizados em termos de rendimento.

Recordemos, mais uma vez, que as propostas da ADFA, após terem sido aprovadas naquela «V Conferência Internacional sobre legislação relativa aos antigos combatentes e vítimas de guerra», foram entregues, com as modificações necessárias, ao secretário de Estado Adjunto da Defesa Nacional, a fim de lhes serem dado seguimento. Aliás, um representante deste órgão governamental tem estado presente nas reuniões do SNR.

E como resultado palpável das reuniões desse grupo, coordenado pelo SNR através da dr.^a Eduarda Osório e integrado por representantes do Ministério da Defesa Nacional, do Ministério das Finanças e da ADFA, já foi entregue ao Secretário de Estado dos Assuntos Fiscais o respectivo memorando, pelo que se espera a consequente apreciação governamental e se deseja uma rápida decisão.

Sobre o assunto continuaremos a dar notícias.

Associação Portuguesa de Segurança Social e ADFA — Intercâmbio

Conforme contactos havidos este mês entre a ADFA e a APSS, passará a verificar-se, a partir de agora, um maior intercâmbio entre as duas entidades, com vista a mais larga difusão de assuntos de segurança social que interessam aos cidadãos em geral e particularmente aos deficientes.

A APSS, fundada em Fevereiro de 1987, e cujos fins estatutários são (Art.º 2.º):

- o estudo e debate das questões respeitantes à Segurança Social;
- a promoção da convivência intelectual e da troca de conhecimentos e experiências entre os seus associados;
- a divulgação dos ideais e das realizações da Segurança Social e das matérias com ela conexas;
- a promoção do ensino e da formação profissional em Segurança Social;
- o acompanhamento do desenvolvimento

do sistema português de Segurança Social, bem como dos sistemas estrangeiros de segurança social e das actividades das organizações internacionais que se ocupam da matéria;

é responsável pelo suplemento «Segurança Social» integrado no semanário «O Jornal» (última sexta-feira de cada mês), por um espaço radiofónico, «Segurança Social», no programa «24.ª Hora» da Rádio Comercial, onda média, às terças e quintas-feiras (entre as 23 e as 24 horas), editando ainda uma revista (que se pretende mensal), nos quais informa e esclarece todas as questões relacionadas com este tema, desenvolvendo artigos, publicando reportagens e entrevistas. Aliás, conforme foi noticiado no «Elo» anterior, a Direcção Central da ADFA foi convidada aos seus microfones em 1 de Setembro passado.

ASSISTÊNCIA MÉDICA

SEDE

CLÍNICA GERAL
Médico: sócio
dr. Fernando Brito
PSIQUIATRIA
Médico: dr. Proença
FISIATRIA
E TERAPIA FÍSICA
OSTEOPATIA:
Dr. Borges de Sousa

Segundas e Quintas-feiras, às 14 horas, na Sede

Terças-feiras, às 12 horas, na Sede

Consulta e tratamento, quartas e sextas-feiras, das 10 às 13 horas

Quartas e sextas-feiras às 10 horas



OCULISTA
de Sapadores Lda.

TÉCNICO DIPLOMADO (LNETI)

Descontos para sócios da ADFA:

Aros e lentes 20% Lentes de contacto e produtos 10%

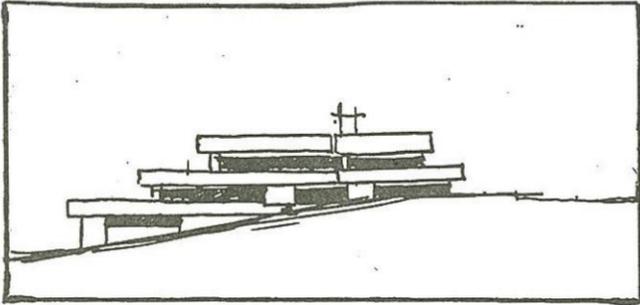
Rua do Vale de Santo António, 255-B
(junto à Rua de Sapadores)

Telef. 82 60 80

1100 LISBOA

(Continua)

Sede já tem local



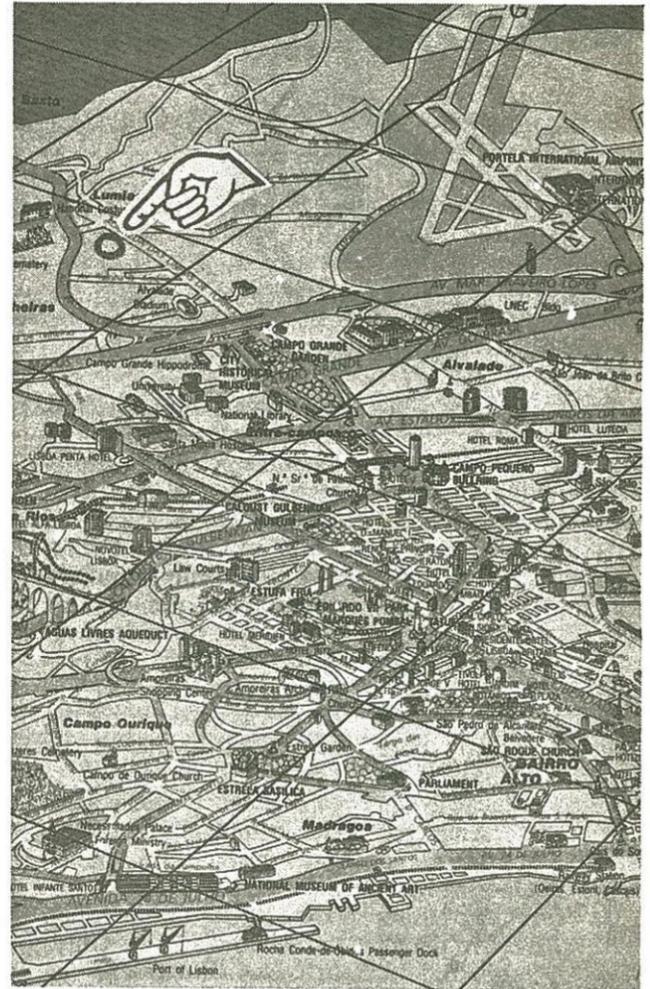
Conforme previsto na notícia publicada no ELO de Julho passado, e até em anteriores, após devidamente analisados os pareceres emitidos pelos técnicos, sócios arquitecto António Ferreira Gomes e engenheiro

civil José Bernardino Sardinha, foi decidido aceitar o terreno do Lumiar, já então referido, com cerca de 3000 m², confinante com a Escola Prática de Administração Militar e com proximidade ao Lar da CVP e ao Centro

de Paralisia Cerebral, entre outro equipamento de apoio aí existente, tendo-se concluído pela impossibilidade de implantação da Sede em Sete-Rios, em termos de cumprimento do programa da ADFA, a longo prazo, tendo esta decisão sido comunicada ao Senhor Presidente da Câmara Municipal de Lisboa, através de ofício de 13.10.88.

No entanto, e porque a ADFA privilegia os contactos pessoais, no passado dia 18 foi a sua Di-

recção Central recebida pela sr.^a dr.^a Rosa Maria Sampaio, assessora para a área social, a quem pediu que transmitisse ao eng.^o Krus Abecasis os sinceros agradecimentos dos DFAs pelo andamento do processo, procurando, ao mesmo tempo, interessar os serviços para uma rápida assinatura do protocolo de cedência, visto que grande parte do que é necessário fazer passa pela existência de tal documento. Sobre esta questão informou-nos a dr.^a Rosa Maria Sampaio que, embora haja necessidade de ser apresentada e aceite em sessão camarária a cedência, a ADFA já tem autorização para



STRESS DE GUERRA

(Continuação da 4.^a pág.)

perturbações, tais como perturbações de sono, pesadelos e pensamentos constantes relacionados com a guerra, desinteresse por actividades como o trabalho, dificuldade de relacionamento com os outros, problemas conjugais e familiares, tristeza e depressão, ansiedade, irritabilidade, sensação de insegurança, abuso de bebidas alcoólicas, dores de cabeça constante, sensibilidade exagerada do ruído, entre outros. No fim da psicoterapia de grupo, isto é, ao fim de quase 4 meses, os indivi-

duos manifestam francas melhoras nas diversas perturbações referidas.

Esta melhoria do estado psicológico foi não só detectado pelos terapeutas através de instrumentos de avaliação psicológica, como foi reconhecida pelos indivíduos ao longo das sessões de grupo. Foi igualmente reconhecido pelos indivíduos a importância da psicoterapia ser realizada em grupo, na medida em que este proporciona um clima de compreensão entre elementos que vivenciaram idênticas experiências de guerra, e um ambiente fa-

vorável para todos falarem abertamente, se assim o entenderem, do que passaram e sofreram na guerra e de como hoje se sentem em relação a esse vivência.

Os resultados obtidos neste tipo de tratamento psicológico do stress de guerra, incentivou os terapeutas a darem continuidade a este trabalho, junto da ADFA, esperando assim contribuir para uma melhoria do estado psicológico e da adaptação social, familiar e profissional dos ex-combatentes da guerra colonial.

* Psicóloga

proceder aos estudos e levantamentos que entender convenientes, assim como os próprios serviços autárquicos estão alertados para responderem, no possível, ao que lhes for solicitado.

Perante este panorama, e realizados já alguns dos trabalhos, pretende-se apresentar, até ao fim do ano, um primeiro estudo prévio, de forma

que 1989 seja um ano de grande esperança, ou melhor, de maiores certezas já que, tantas compreensões e boas-vontades interessadas e empenhadas, conseguir a quantia julgada necessária para a obra nos parece, quase, um dado adquirido.

Não queremos deixar de aproveitar a alegria desta notícia para expressarmos

aos sócios António Ferreira Gomes e José Bernardino Sardinha o profundo reconhecimento de todos, na ADFA, pelo trabalho, gracioso, desenvolvido e pelo imenso interesse que têm posto em todas as acções desencadeadas, quer sejam estudos, entrevistas, contactos ou visitas, no sentido de um mais rápido andamento do processo.

ADFA e o livro

A ADFA esteve presente na Sociedade Portuguesa de Autores, para assistir ao lançamento do livro de Donato Gallo sobre o Colonialismo Português.

No dia 13 de Outubro na Sociedade Portuguesa de Autores (SPA) foi lançado o livro «O Saber Português» (antropologia e colonialismo).

O autor, investigador do Departamento de Ciências Sociais do Instituto

Universitário Oriental de Nápoles, foi despertado para os aspectos do colonialismo português nos finais da década de 60 quando constatou que, apesar do seu pequeno espaço físico e fragilidade económica, Portugal conseguiu manter um enorme império colonial quando todas as grandes potências haviam já, há muito, abandonado os seus domínios coloniais.

A base da sua investi-

gação foram os relatórios feitos pelos elementos governamentais, que se encontra arquivados no antigo Ministério do Ultramar.

A importância do livro de Donato Gallo está na demonstração de originalidade do relacionamento que Portugal manteve com as suas colónias a tal ponto que o tornam «sui generis», permitindo-lhe «gerir» até 1974 largos territórios ricos em matérias primas.

NOTICIÁRIO vário



APEC COMEMORA 100 ANOS

A par de diversas actividades ligadas às comemorações do seu I Centenário, a Associação Promotora do Ensino dos Cegos tem estado a levar a efeito um ciclo de conferências intitulado «A integração da pessoa cega na escola e na sociedade», de que se realizaram já duas, tendo sido a primeira no dia 12 de Outubro, sobre o tema «O papel da APEC na educação da pessoa cega» e sendo palestrante a sr.ª D. Maria Antónia de Oliveira Martins de Mesquita, Directora da APEC. No dia 19 realizou-se a segunda, «A integração da pessoa cega na sociedade», pelo sr. dr. Filipe Pereira Oliva, responsável pela área de deficientes visuais da Biblioteca Nacional e Presidente da Direcção da Liga de Cegos João de Deus. Pelo interesse e pertinência desta questão, transcrevemos do programa:

«A integração social é uma preocupação das sociedades modernas. A ideia de que os Estados devem proporcionar essa integração e conduzir nesse sentido a política de reabilitação, generaliza-se cada vez mais.

A integração social dos deficientes visuais levanta muitas e graves dificuldades, pois a sua reabilitação implica a compensação de insuficiências motivadas pela falta da vista, o sentido em que assenta a organização e desenvolvimento da vida individual e colectiva.

Esta situação tem que



CLÍNICA DO HOMEM

Clínica do Homem em fórum internacional

Realizou-se em Boston, Massachussets, de 7 a 9 de Outubro, o II Congresso Mundial sobre Impotência Sexual e o VI Simpósio Internacional para a revascularização dos corpos cavernosos, organizados pela ISIR (Sociedade Internacional para o Estudo da Impotência) e sob a égide da Escola de Medicina da Universidade daquela cidade norte americana.

Dada a extraordinária importância do acontecimento e o interesse que se vem desenvolvendo em redor desta questão, já que é enorme o avanço

ser encarada conjuntamente pelos serviços do Estado e por uma estrutura associativa dos deficientes visuais capaz de trazer ao estudo e resolução dos problemas um contributo que reflecta fielmente os interesses destes cidadãos. São presentemente enormes entre nós as expectativas de, dentro em breve, termos uma entidade com esta capacidade — uma associação humanista, tifológica, responsável, nacional e democrática.»

Do ciclo fazem ainda parte, no dia 26 de Outubro, «A integração da pessoa cega na escola»; dia 9NOV, «A cultura como veículo de integração da pessoa cega na sociedade»; dia 16NOV, «O trabalho como veículo de integração da pessoa cega na sociedade»; dia 23NOV, «O desporto como veículo de integração da pessoa na sociedade»; dia 30NOV, «A biblioteca na formação cultural da pessoa cega».

As conferências realizam-se sempre às 18 horas, na Biblioteca Municipal Luís de Camões, Largo do Calhariz 17-1.º esq.

A APEC tem, também, um estudo um «Plano de formação profissional» que englobará cursos de «formação de braillogia», «braillografia», «pesquisa da informação» (estes três subdivididos em vários módulos ou especializações), «formação musical», «musicografia» e «afinadores de piano», sobre o que ELO dará as convenientes informações logo que possível.

que têm conhecimento a pesquisa e o tratamento respectivos, realizou-se também, no dia 6, um curso pré-congresso, ministrado por reputados especialistas mundiais, que versou os principais temas a debater. Nos dias 7 e 8, pelo grande volume e qualidade dos trabalhos apresentados, houve necessidade de sessões simultâneas que, quer sob a forma de «leituras do estado da arte» quer sob a forma de comunicações e posters, seguidas de debate, abrangeram as áreas propostas de «Anatomia», «Fisiologia», «Far-

macologia», «Etiologia», «Diagnóstico e Terapêutica das disfunções erécteis, particularmente na impotência sexual masculina», tendo-se privilegiado os métodos terapêuticos, nomeadamente os farmacológicos, os cirúrgicos (com relevo para a revascularização arterial) e a cirurgia venosa para o tratamento da impotência. Um outro fórum em destaque, foi o sobre «Próteses e engenharia biomédica», onde se consideraram os avanços nos equipamentos para diagnóstico, com relação à pesquisa da rigidez peniana e as Cavernometria e Cavernografia por infusão dinâmica, bem como os equipamentos para tratamento, nomeadamente as próteses penianas e os de vácuo para utilização externa.

Pela primeira vez na história destas organizações, foi abordada a «difusão sexual feminina», quer do ponto de vista da componente psíquica quer da orgânica.

Revelando o crescente interesse mundial por este

Novo centro de reabilitação

Foi recentemente inaugurado em Lisboa um novo Centro de Fisioterapia, integrado em clínica onde existem várias especialidades médicas assim como actividades próprias, tais como ginásticas de manutenção, respiratória, correctiva e médica, terapia da fala e ocupacional, etc.

ELO espera em breve ter uma conversa com os



Lisboa Set/88

3.º Congresso Europeu de Terapia Ocupacional

A ADFA congratula-se com o facto de ter sido convidada a presidir à sessão de abertura desta reunião internacional, o secretário nacional de Reabilitação, o que demonstra que as terapeutas ocupacionais portuguesas, e as suas instituições associativas, têm plena consciência de que a reabilitação, campo em que desempenham papel extremamente importante, só pode ser alcançada com diálogo e grande intercâmbio entre todos os seus grupos componentes, afirmou a Elo o presidente da nossa direcção central, que assistiu a essa mesma cerimónia, convidado pelo gabinete de organização do III Congresso Europeu de Terapia Ocupacional que decorreu em Lisboa, de 26 a 28 de Setembro passado, nas instalações da Reitoria da Universidade Clássica.

José Arruda sublinha-

campo de investigação, foram apresentados cerca de 250 trabalhos, tendo participado 260 investigadores de 29 países (desde os EUA à Checoslováquia, passando pela Bélgica, por exemplo), tendo-se feito representar Portugal pela equipa da Clínica do Homem, dirigida pelos dr. Pereira da Silva e dr.ª Mota Diniz, integrando ainda os drs. Eduardo Moos e J. Lencastre, a qual apresentou os seguintes trabalhos: «O estudo das perturbações psicológicas em homens com disfunção sexual» e «A Rigidometria em tempo-real com Rigi-Scan e a sua exactidão».

(*) Sendo estas reuniões bienais, a de 1990 far-se-á no Rio de Janeiro, Brasil e a de 1992 em Milão, Itália, tendo a delegação portuguesa apresentado a proposta de realização do congresso em qualquer dos anos seguintes, em Portugal

(*) Sobre a «Clínica do Homem» veja-se o ELO de Abril deste ano.

responsáveis pelo «Centro de Reabilitação Física» (CREFIS), dado julgar ser seu dever informar os associados da existência e do funcionamento de qualquer entidade, quer oficial quer privada, ligada ao sector da deficiência.

Para os que estejam mais interessados, podemos indicar os telefones para onde poderão ligar: 83 44 33 e 83 44 18.

ria ainda a extrema importância dos contactos entre as organizações de terapeutas e as de deficientes a fim de se conseguir um melhor entendimento dos problemas próprios e pessoais de cada lado, os quais, tantas vezes, e quando não existe essa compreensão prévia, levam a posições de antagonismo e até de agressividade que muito dificultam os trabalhos da reabilitação, atrasando ou mesmo impossibilitando as desejadas melhoras e soluções.

«Sabemos que os deficientes, no nosso caso especial talvez até mais, têm, muitas vezes, comportamentos e reacções bastante difíceis e, para muitos, incompreensíveis, o que se deve, em parte, talvez à consciência da própria condição, mas muito em especial, ao facto real, embora se o que-

ra esconder ou diminuir, de uma marginalização latente», acrescentaria.

Aliás, o próprio secretário Nacional de Reabilitação, dr. Francisco Pólvora salientaria, ao abrir o Congresso, que sendo a reabilitação um processo universal, global, respeitando critérios comuns e dirigindo-se por igual a todos os deficientes, embora atendendo às características de cada um, exige uma metodologia muito especial, com grande participação do próprio paciente.

Salientando uma cada vez maior necessidade da terapêutica ocupacional, reforçou a tónica de colaboração entre as entidades públicas e privadas, tendo focado o extraordinário papel destas últimas no notável esforço feito e na qualidade técnica já atingida, no campo espe-

cerca de 300 terapeutas ocupacionais, divididos nas duas grandes áreas de saúde mental e de terapia física, e embora a profissão ainda seja exercida em regime privado (obedecendo, sempre, a prescrição médica), a maioria trabalha na função pública, em hospitais, centros de saúde, centros de reabilitação e reeducação e centros para a terceira idade, tendo desenvolvido êxitos assinaláveis, principalmente no campo da saúde mental infantil e entre idosos, estando a processar-se, actualmente, notável afirmação na área dos cuidados de saúde primários.

Decorrentes dos vários debates e dos numerosos trabalhos apresentados, saíram importantes conclusões que Etelvina Brito, em nome da APTO, na sessão de encerramen-



fífico da deficiência, competindo ao Estado dar-lhes o preciso apoio e procurar, reunindo-os, traçar linhas de orientação e colaboração comuns, como é o caso da discussão e apresentação das bases de uma política de reabilitação, já coligadas e estruturadas em Plano Nacional, entregue também já, para apreciação governamental. (*)

Este encontro europeu, que reuniu cerca de 500 especialistas nacionais e estrangeiros, procurou discutir o presente e o futuro da profissão, tendo abordado temas como a reeducação de deficientes motores, a reeducação na saúde mental de crianças e adultos, dificuldades de aprendizagem e formação de terapeutas.

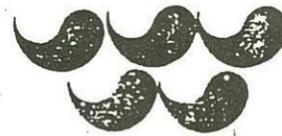
A presidente da Associação Portuguesa de Terapeutas Operacionais (APTO), assinalou que é função desta especialidade, o devolver às pessoas as funções físicas e/ou psíquicas que perderam por acidente, olhando o paciente como um todo, um ser inteiro, pelo que este trabalho não pode ser confundido, como muitos o fazem, com o de fisioterapia, o qual diz respeito apenas ao retomar de movimentos e funções motoras.

Em Portugal existem

(*) Sobre o «Plano», o nosso jornal tem publicado variados artigos nomeadamente neste número.

DESporto

DESporto
DESporto
DESporto



'88 SEOUL
PARALYMPICS



Seoul Paralympic Organizing Committee

Ouro Olímpico para Portugal

Em oitava edição, está a decorrer em SEUL, exactamente no mesmo cenário e nos mesmos locais onde ainda há pouco se realizaram as 24.ªs Olimpíadas da Era Moderna, os JOGOS OLÍMPICOS PARA DEFICIENTES, prolongando-se as respectivas provas até 25 de Outubro.

Recorde-se que esta realização, paralela aos jogos de Verão, se iniciou em 1960, em Roma e tal como na sua congénere, a chama olímpica é transportada em estafeta (neste caso envolvendo 280 atletas, 88 dos quais em cadeira de rodas), culminando com a entrada triunfal no Estádio Olímpico, seguindo-se o acender da pira e o juramento, já perante todos os participantes, que este ano foram cerca de 4200, em nome de 65 países. Portugal, já medalhado em edições anteriores, fez-se este ano representar por 13 atletas, todos de paralisia cerebral, que competirão, nas várias classes, em «lançamento de precisão», «lançamento de distância», «triciclo», «boccia individual» e «boccia de equipa», «kick ball», «bola medicinal», «slalom», «club», «peso», 100, 200, 400, 800, 1500, 3000 e 5000 metros.

Ao fecho desta edição de Elo, sabemos já que várias medalhas de ouro, prata e cobre foram conquistadas pela nossa representação, esperando poder-se, no número de Novembro, incluir uma mais completa reportagem sobre o acontecimento.

Apraz-nos registar, desde já, no entanto, a atenção e a informação que têm sido prestadas aos Jogos pela Comunicação Social em geral e, muito especialmente pela RTP que, todos os dias, quer nos noticiários normais quer no «Remate» e no «Domingo Desportivo», não os tem esquecido. Curioso será saber que recepção irá ser reservada pelas altas entidades deste País a estes nossos representantes...

Como curiosidade, explique-se o simbolismo quer do emblema quer da mascote, respectivamente:

— a configuração do «W» da bandeira representa os cinco oceanos e os cinco continentes (nas suas cores verde, amarela, encarnada, azul claro e preto) e simboliza, ao mesmo tempo, a harmonia e a unidade de todos os deficientes do Mundo. A disposição horizontal é a igualdade e humanidade enquanto a forma ondulante expressa a vontade e a determinação dinâmicas dos deficientes em superar as suas dificuldades;

— o urso é bem conhecido pela sua extraordinária coragem e pela sua sabedoria. Em todos os países do Mundo e em todas as épocas o urso está refreenciado nas constelações Ursa Maior e Ursa Menor. Os dois ursinhos pretos de colar, que correm com as suas pernas entrelaçadas, significam que todos os seres humanos podem viver juntos, pacífica e harmonicamente e, chamados carinhosamente de GOMDOORI, apelam para que os Paraolímpicos Seul 88 sejam a grande festa da vitória dos deficientes.

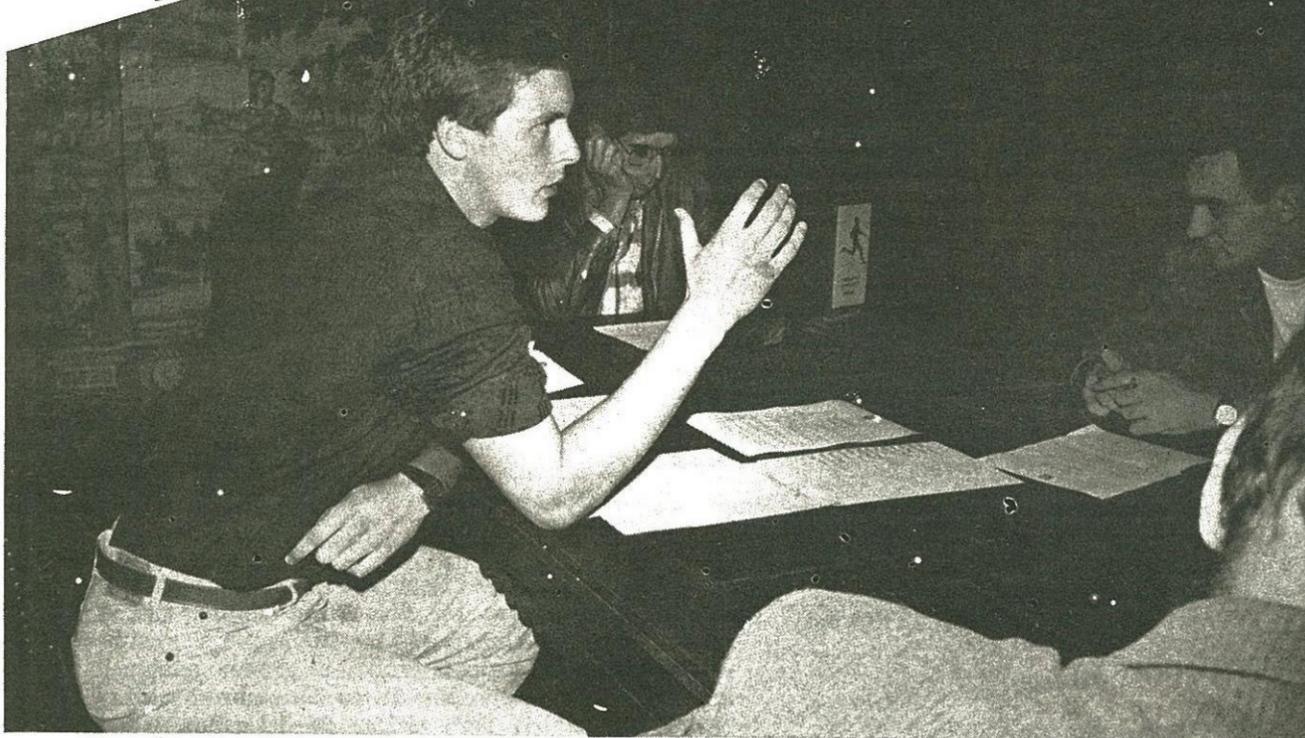


**SPECIAL
OLYMPICS
PORTUGAL**

Em jeito de adenda, refira-se que o Comité Internacional reconheceu ainda recentemente a «Special Olympics International», um movimento de desporto para deficientes mentais, também instalada em Portugal (Porto) e que já este ano levou a efeito, em Coimbra, os III Jogos Special Olympics.

DESporto

Desporto na ADFa/Sede



Com vista a um relançamento em bases de trabalho organizado e com, pode-se dizer, «pés e cabeça», realizou-se no passado dia 21, uma reunião entre o novo técnico responsável, José Alberto Ribeiro Gomes, e os atletas desta casa.

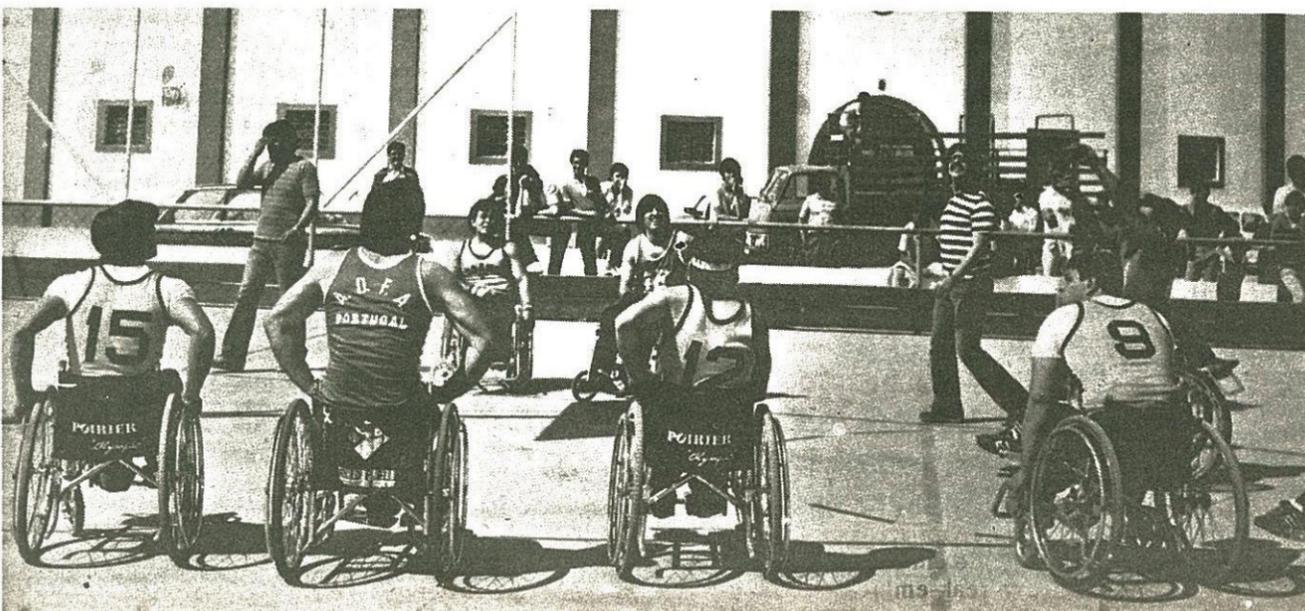
Na realidade, depois de um período alto, com predominância, talvez em 1981, «Ano do Deficiente», as actividades desportivas apresentaram uma fase de «adormecimento» que levaram a um cada vez maior desinteresse pela sua prática. Embora com representação em alguns eventos nacionais, e até internacionais, notava-se uma progressiva desagregação do sector. Com a presença do referido técnico e de apenas cinco atletas (António Martins, António Vilarinho, Horácio Ferreira, Jorge Neto e José Pavoeiro), já que os restantes, justificando ou não a sua ausência, não compareceram, procedeu-se a uma análise realista da situação, tendo José Gomes feito a apresentação daquilo que é, podemos dizer, a sua proposta de programa para reactivar a prática e de que destacamos as seguintes premissas: todos se comprometem a participar, representando digna e honestamente a ADFa; a Associação, em si, afirma-se disposta a cumprir os acordos com os seus atletas, procurando resolver as questões de condições de trabalho, instalações, material e equipamento; os atletas, por seu lado, aceitam que a assiduidade e a pontualidade são factores de grande importância em treinos e em competição e, finalmente, o técnico propõe-se, e compromete-se, a planear e conduzir os treinos, quantificando e qualificando o trabalho a realizar, procurando o rendimento

possível ao mesmo tempo que tentará resolver, e ultrapassar, as questões que dificultam o bom andamento das actividades.

Passando-se a uma aberta troca de impressões, verificou-se que a desconfiança, e até descrença, inicial foi dando lugar a um certo entusiasmo, fruto da boa vontade de todos e de cada um, da generosidade do «jovem» técnico e da experiência dos «velhos» atletas. Postas várias outras questões, nomeadamente transportes e assistência médica, elas foram devidamente apontadas para posterior apresentação à Direcção Central. Focado ainda o factor da polivalência do atleta da ADFa, já que é (ainda) em pequeno número, terá que se desdobrar por várias modalidades, passando os treinos a serem orientados em termos de preparação geral, mas com a possibilidade de se virarem, em cada momento preciso, para um tipo mais específico de actividade. Como também foi focado, e reconhecido pelos presentes, haverá que aparecer sempre, independentemente de haver ou não saídas, já que se não se trata propriamente de um grupo excursionista. Sempre que for possível, isso far-se-á, mas esse possível passa não só pelo convite como também pelo nível que se tenha atingido.

Com estas perspectivas, esperemos que seja um facto a reactivação do desporto na ADFa, pelo que relembramos que os treinos se verificam no RALIS, com o seguinte horário:

3.ª-FEIRA — das 18.30 às 19.30 horas
6.ª-FEIRA — das 18.30 às 20.30 horas
SÁBADO — das 10.00 às 12.00 horas.



Participando construimos o futuro

E nesta base se apela, mais uma vez, a todos os associados que transformem o III CONGRESSO num dos momentos mais altos e mais válidos da já longa história da ADFA.

Há sócios altamente qualificados no seu ramo profissional que podem ter intervenções extremamente importantes nos debates e nos trabalhos.

Há sócios que, através de contactos com entidades e organismos, quer nacionais quer internacionais, têm uma experiência a transmitir, uma sugestão a dar.

Há sócios que subsistem com enormes dificuldades e com graves problemas de ordem económica, familiar ou profissional e esses, tanto como os outros, têm uma palavra a dizer, uma queixa a apresentar, um caso a relatar.

É DO PERMANENTE E ABERTO DIÁLOGO ENTRE TODOS OS DEFICIENTES QUE TEM QUE SAIR UMA ASSOCIAÇÃO CADA VEZ MAIS FORTE E MAIS PODEROSA NO CAMINHO DA INTEGRAÇÃO E DA RECUPERAÇÃO.

Necessitam-se de trabalhos sobre informações e sensibilização, focando qual deve ser o papel e a imagem da ADFA face ao exterior; sobre a reabilitação e integração, como questão social; sobre legislação, gestão, informática e novas tecnologias, visando uma maior rentabilização dos nossos serviços e do nosso pessoal; sobre..., sobre... E mesmo que não seja sócio, qualquer pessoa, que pelos seus conhecimentos, pelo seu interesse ou pela sua experiência, ache que pode dar um contributo válido ao nosso trabalho, será, com certeza, muito bem vindo.

Em 24 de Setembro último, conforme noticiado, realizou-se em Coimbra uma reunião da Comissão Organizadora do Congresso com as sub-comissões regionais, com vista a decidir as alterações e os ajustes necessários, dados os atrasos verificados na fase de preparação e elaboração dos trabalhos. Presidida pelo COC, estiveram presentes as sub-comissões de Lisboa, Porto, Castelo Branco e Famalicão, apresentando as restantes justificações de ausência, tendo-lhes sido já enviada documentação própria. Madeira e Açores não foram convocados, dado que o Presidente da Comissão, dr. Reis Santos, se deslocou pessoalmente a essas Delegações. Assistiram ainda os elementos da Comissão de Redacção e do Gabinete Executivo.

Eis o novo calendário aprovado:

- 07NOV88 — data limite para as Delegações comunicarem à COC as datas das AGD para a eleição de delegados;
- de 26NO a 11DEZ88 — eleição de delegados;
- 15DEZ88 — data limite para entrega na COC das sínteses e pareceres resultantes dos debates havidos nas Delegações;
- 20DEZ88 — data limite para o envio das relações dos delegados eleitos em cada Delegação;
- 02JAN89 — expedição pela COC dos documentos síntese resultantes do debates nas Delegações e
- 14/15JAN89 — realização do III Congresso.

Foi também apresentada uma linha de acção da comissão que refere:

1 — Visitas de trabalho às Delegações com o objectivo de, em cooperação com as sub-comissões, fazer o ponto da situação do desenvolvimento das tarefas de preparação ao nível da Delegação;

- Participar numa sessão de trabalho com os sócios da Delegação, numa perspectiva de dinamização
- participar em encontros com órgãos de Comunicação Social locais para divulgar o Congresso.

2 — Realização de nova reunião com representantes das Sub-Comissões, se e quando se justificar;

3 — Realização de uma conferência de Imprensa de âmbito nacional, com o objectivo de divulgar o Congresso (em fins de Novembro);

4 — Solicitar audiências com órgãos de soberania e outras entidades com o objectivo de dar notícias da realização do Congresso e formular eventuais convites. Sugere ainda o COC que para os debates nas Delegações sejam convidados os autores dos trabalhos admitidos ao Congresso, permitindo desse modo um esclarecimento muito rico e um debate mais proveitosos.

Sobre o sistema organizacional do Congresso, foi apresentado um organograma que tentaremos descrever. Assim, existe uma COMISSÃO ORGANIZADORA com três membros (Presidente da Mesa, dr. Reis Santos; sócio n.º 1, Couceiro Ferreira e representante da D. C., Guedes da Fonte), apoiada pelas SUB-COMISSÕES e por três gabinetes; SECRETARIADO EXECUTIVO (que será o GOS, coordenado por Lopes Dias), COMISSÃO DE REDACÇÃO (com três membros, dois dos quais já designados, Jerónimo de Sousa e Bruno da Costa) e RELAÇÕES PÚBLICAS (subdividido em Protocolo e Relações com a Comunicação Social, integrados por elementos do COC, da DC e do GOS).

Por seu lado, o próprio Congresso terá o seu respectivo SECRETARIADO e também nova COMISSÃO DE REDACÇÃO, a eleger pelos delegados.

E já agora, quem são os delegados? Há-os de dois tipos. Os por inerência, a referir: membros do Conselho Nacional (Cumulativos), membros da Mesa da Assembleia-geral Nacional (3), membros da Direcção Central (5) e 2 elementos por Delegação (excepto Lisboa, com 4 e Porto, com 3), representando um os corpos sociais e o(s) outro(s) os sócios, o que perfaz o número de 35. Os restantes delegados (130) serão eleitos em Assembleias das Delegações, segundo o critério de 2% dos sócios com a quota em dia à data de Maio deste ano (segundo o Regulamento), o que indica 50 para Sede, 2 para Bragança, 6 para Castelo Branco, 9 para Coimbra, 4 para Évora, 7 para Famalicão, 4 para Faro, 4 para Funchal, 3 para Ponta Delgada, 28 para Porto, 4 para Setúbal e 9 para Viseu.

Passando aos problemas logísticos, foi confirmado o Hotel Penta como local do Congresso, havendo alojamento, para os delegados de fora de Lisboa e Concelhos limítrofes, nas noites de 13/14 e 14/15 e alimentação para todos os congressistas em 14 e 15, podendo os de mais longe jantar em 13. Aliás, será montado um secretariado de apoio no próprio hotel, a funcionar a partir das 17 horas do dia 13, Sobre divulgação e publicidade do Congresso, foi indicada a saída de cartazes que já estão a ser enviados a todas as Delegações (a quem se sugere a distribuição e afixação nos locais públicos mais em evidência, tais como estações, gares, bancos, hospitais e outros), assim como a edição de pequenas vinhetas a serem afixadas na correspondência.

LISBOA-SEDE — Realizam-se plenários abertos a todos os associados, nos dias 28 de Outubro (20.30 h) e 12 de Novembro (14.30 h), embora a sub-comissão esteja sempre pronta a prestar qualquer informação necessária. Em 26 de Novembro realizar-se-á a Assembleia para eleição de delegados. Neste caso, a própria sub-comissão tomou a iniciativa de apresentar uma lista, tendo já contactado aqueles sócios que, quer pela sua vida associativa, quer pela sua experiência e capacidade técnico-profissional, podem dar maior contributo e ênfase aos debates. E, procurando uma maior representatividade, propôs a indigitação de dois nomes por núcleo, alguns dos quais já indicados: Alcobaça — Sílvia Ferreira Marques Lourenço e Manuel Coelho Amaro (efectivos), Daniel Agostinho da Silva (suplente); Peniche — Horácio Anacleto da Luz e José Fernando Oliveira Santos (efectivos), Adelino Fernandes António; Santarém — Silvério Jorge Rodrigues e António José Carregueira Santos (efect.), António José dos Santos Martins (supl.); Tomar — Carlos Alberto de Matos Filipe e José Paulo Valente dos Santos (efect.), Luís Filipe E. do Couto (supl.).

De qualquer maneira, informa-se que qualquer outra lista pode ser apresentada, bastando para isso que seja proposta por um número de sócios em situação legal, cinco vezes o quantitativo de delegados a eleger, isto é, no caso da Sede, $5 \times 50 = 250$.

PORTO — Marcadas reuniões para análise e debate dos trabalhos em: Lordelo/Paredes, 29 de Outubro, 15 horas, junto à Escola Secundária; Porto — 5 de Novembro, 15 horas, na Delegação; Vila do Conde — 5 de Novembro, 15 horas, nos Bombeiros Voluntários; Porto — 12 de Novembro, 15 horas, na Delegação; Santa Maria da Feira — 12 de Novembro, 15 horas, junto à Câmara Municipal; Viana do Castelo — 19 de Novembro, 15 horas; Porto — 19 de Novembro, 15 horas, na Delegação; Chaves — 26 de Novembro, 10.30 h, no Núcleo; Amarante — 26 de Novembro, 15 horas, na Escola Secundária e Porto — 26 de Novembro, 15 horas, na Delegação.

COIMBRA — Realizam-se reuniões todas as 6.ª-Feiras, pelas 21 horas, até Dezembro, na Delegação.

SETÚBAL — Marcados dois plenários, na sede da Delegação, para os dias 19 de Novembro, 15 horas e 3 de Dezembro, 17 horas.

OUTROS LOCAIS — Figueira da Foz — 26 de Novembro, 15 horas, na União dos Sindicatos da F. F. (Rua da República 206); Águeda — 29 de Outubro, 15 horas, na Delegação APD, frente à RN; Cantanhede — 26 de Novembro, 15 horas, na Sociedade Columbófila (R. António José de Almeida); Marinha Grande — 29 de Outubro, 14 horas, junto às bombas da SACOR (Av. do Vidreiro).

- É a solução de transição antes da alta definitiva de um tratamento clínico e a transferência do caso ao médico de família;
- Possibilita uma alta precoce;
- Possibilita a observação e controle terapêutico após a alta;
- Possibilita ensino e orientação dos familiares quanto ao tratamento domiciliário.

Para que os hospitais de dia possam servir os nossos ideais, precisamos de ter uma equipa terapêutica e uma regulamentação de alta, de modo que o hospital não passe a assumir um carácter proteccionista ou a função de um local para passar o dia.

O dia nestes hospitais transcorre aproximadamente desta maneira;

Os utentes são trazidos até às nove horas pela ambulância ou mini-ônibus e todos chegam às 9 horas ao hospital.

Das 9 às 9.30 h é servido o pequeno almoço ou café da manhã.

Entre as 12 e 13 h é servido um almoço.

A partir das 16.30-17 h inicia-se o transporte para casa.

Durante as horas matinais e após o repouso posterior ao almoço (do 1/2 à 1 h), até à hora de voltar para casa os utentes recebem medidas terapêuticas indicadas quando da sua admissão para o hospital.

Funções do Hospital de Dia Geriátrico, em Glasgow:

- 1 — Médicas: exame clínico e medidas diagnósticas simples e medidas médico-terapêuticas, incluindo serviço conciliar de outras clínicas como ortopedia, urologia, oftalmologia e outras especialidades (dependendo do número de vagas um a dois médicos);
- 2 — Enfermagem: todo serviço de enfermagem, incluindo higiene corporal e aplicações de medicamentos (uma enfermeira-chefe, outra enfermeira-chefe, dependendo do número de vagas algumas estudantes de enfermagem e auxiliares de enfermagem);
- 3 — Terapia ocupacional (Terapeuta ocupacional);
- 4 — Fisioterapia: prevenção, reabilitação, reaprendizado das actividades da vida diária, terapia de grupo ou isolada, banheiro e cozinha-modelos (dependendo do número de vagas um a dois fisioterapeutas);
- 5 — Terapia da palavra (logopedista meio período);
- 6 — Pedicure (meio período);
- 7 — Tratamento médico (em geral, conciliar);
- 8 — Fornecimento de refeições (funcionários conforme número de vagas);
- 9 — Aconselhamento e aprendizado dos familiares para o atendimento individual necessário em casa (feito por enfermeiras, terapeutas, médico);

- 10 — Possibilidade de atendimento espiritual;
- 11 — Cabeleireiro, manter roupas em ordem, demais (auxiliares);
- 12 — Encorajamento para estabelecer contactos sociais, indução de actividades em grupo, contacto com centros de idosos antes da alta (assistentes sociais, enfermeiras).

4 — CONCLUSÃO

O facto de não aceitarmos que nos afastem da família, do nosso meio ambiente, de tudo o que nos é querido, implica que defendamos que as acções do Estado se têm de basilar por metas, programas a atingir através da execução de planos de acção projectados.

Toda a acção a desenvolver pelo Estado tem de se basear em projectos.

Partindo do conhecimento da realidade social, a ADFA conjuntamente com o Estado, deve estabelecer objectivos e criar os programas de acção necessários para os atingir.

Baseados nestes princípios poderemos ter enfim uma 3.ª idade socialmente aceite, integrada, humana, que transforme o fim da vida num período muito diferente de determinado período da juventude.

Não corramos o risco de nos transformarmos em velhos em serviço e idosos de campanha.

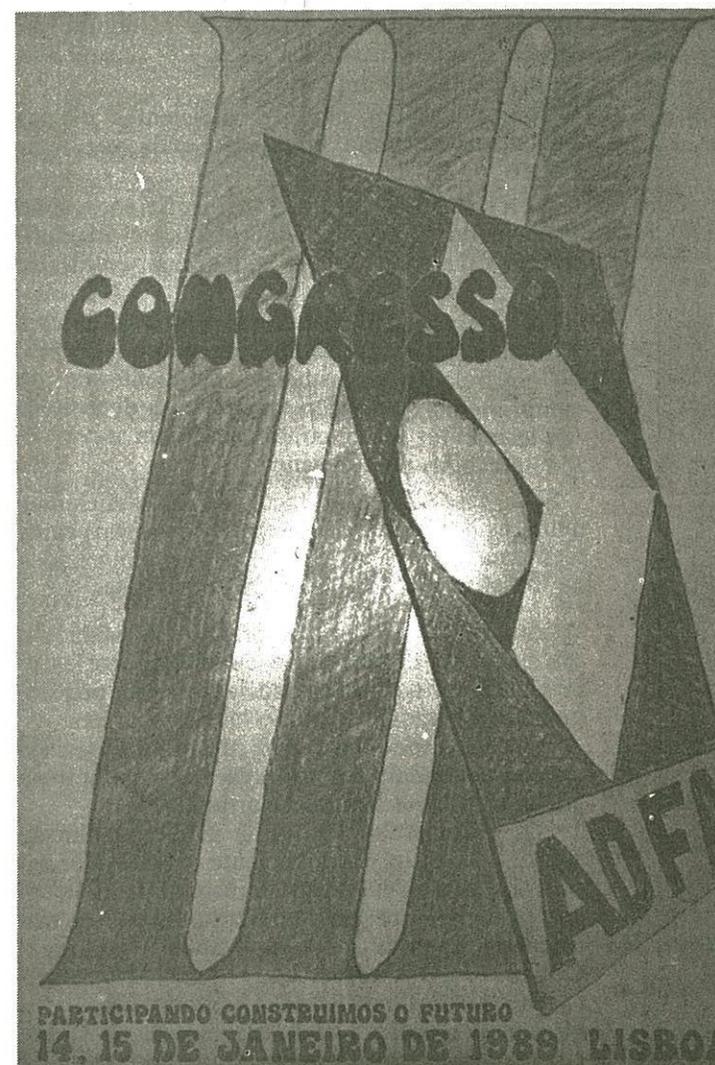
Conjuntamente vamos traçar caminhos orientadores no sentido não só de prolongar a vida, mas também de torná-la mais activa e agradável.

A terceira idade é para se assumir. Contamos para isso com o apoio da família, da comunidade, da psicologia, da medicina e do Estado.

Acreditamos que envelhecer não é esperar a morte.

METAS A ATINGIR

- Abolição dos termos deficiente «em serviço» e «em campanha», sendo substituídos, bem como a legislação correspondente, apenas por deficiente militar;
- Rever o sistema de segurança social;
- Examinar as condições de emprego e adoptar medidas que o assegurem efectivamente;
- Criar unidades de reabilitação a nível da comunidade, visando uma vida independente;
- Promover exames clínicos periódicos;
- Eliminar as barreiras que se opõem à utilização de meios e serviços públicos;
- Fortalecer a cooperação internacional na permuta de informação;
- Exigir que o Secretariado de Reabilitação seja actuante;
- Sensibilizar a instituição militar, de que cada indivíduo é um potencial candidato da DFA, mesmo em tempo de paz;
- Criar centros geriátricos de dia com apoio ao indivíduo, à família e na sua comunidade.



Tendo sido enviada para publicação, tardiamente, a presente tese da Delegação de Coimbra, subscrita pelo associado José Martins Maia, só neste número de ELO pode sair.

Assim, deverão os nossos leitores separar este destacável, juntando-o ao caderno saído em Setembro, para o que se numeraram as páginas em continuado.

A TERCEIRA IDADE DO DEFICIENTE MILITAR

JOSÉ MARTINS MAIA

OBJECTIVOS	SUMÁRIO	ESTRATÉGIAS		DURAÇÃO
		METODOLOGIA	RECURSOS	
<ul style="list-style-type: none"> — Compreender as implicações da deficiência crónica no indivíduo, na família e na comunidade. — Conhecer as características da terceira idade no Deficiente Militar. — Sensibilizar para a satisfação das necessidades do indivíduo, neste período etário. 	<ul style="list-style-type: none"> 0 — Introdução 1 — Deficiência crónica 1.1 — Reacções ao stress 1.2 — Reabilitação funcional 1.3 — Esperança de vida 1.4 — Reabilitação familiar e profissional 1.5 — Assistência Social 2 — Fisiologia da 3.ª idade 2.1 — No Deficiente Militar 2.2 — Recursos da comunidade 3 — Legislação 4 — Conclusão 	Método expositivo	Retroprojector, gravador, diapositivos	± 30 m.

P.S.: Podem surgir pequenas alterações ao sumário provisório.

0 — INTRODUÇÃO

Quando me propus apresentar o tema «A Terceira Idade do Deficiente Militar», no III Congresso da Associação dos Deficientes das Forças Armadas, não medi as dificuldades que iria encontrar para o desenvolvimento de tão sensível e complexa questão.

A terceira idade não poderá ser analisada de ânimo leve e muito menos vista apenas como uma etapa da vida, período que antecede a morte.

Esta fase etária da vida não pode nem deve ter como objectivo principal o acordar vivo no dia seguinte.

A minha experiência como deficiente e o cariz da minha deficiência conduzem-se a sensibilizar todos os deficientes que para além do presente, existe um futuro a que temos direito com o mínimo de qualidade de vida, devendo preocuparmo-nos atempadamente com uma situação que poderemos evitar através da nossa preparação que passa inevitavelmente também pela reabilitação do próprio Estado no que concerne à problemática da qualidade de vida do deficiente militar.

Vou tentar ser claro, passando a apresentar umas certas reflexões que, no fundo, não são mais do que, se quisermos, um desabafo, reflectindo algumas preocupações que tenho em relação a este período da nossa vida.

Somos portadores de deficiências e doenças que nos irão acompanhar até ao fim da nossa existência, as quais transportamos com mais ou menos dificuldade.

Tivemos o dever de defender a Pátria, agora queremos reivindicar assistência atempada, adequada e eficaz a iniciar hoje para que o amanhã seja vivido com o mínimo de dignidade.

OBJECTIVOS

— Compreender as implicações da deficiência crónica no indivíduo, na família e na comunidade;

— Conhecer as características da terceira idade do Deficiente Militar;

— Sensibilizar para a satisfação das necessidades do indivíduo, neste período etário.

1 — DEFICIÊNCIA CRÓNICA

A Organização Mundial de Saúde define deficiência como: «qualquer restrição ou falha de capacidade (resultante de uma diminuição), para desempenhar uma actividade de um modo ou segundo uma ordem considerada normal para um ser humano.»

Para crónico o sinónimo é permanente.

Logo a deficiência crónica é aquela que acompanha o indivíduo até ao fim da sua vida.

Alguns deficientes são ainda portadores de doenças que o seu acidente desencadeou.

Esta situação foi causada por um regime político, apoiado pela religião, que semeou o obscurantismo, o qual nos conduziu para o

cárcere físico e psicológico — a guerra colonial que deixou marcas profundas na juventude da década de 60 e princípios da de 70; deixou-nos ainda cerca de 30 mil feridos.

Como proceder com os deficientes e suas incapacidades numa população cada vez mais velha?

A legislação existente é insuficiente, não abrangendo as principais necessidades dos deficientes sobretudo a nível económico, cultural e social.

No caso particular dos deficientes militares é gritante a falta de sensibilização do poder político em relação aos que se deficientaram no cumprimento do serviço militar cujas doenças e/ou ferimentos foram considerados em serviço e/ou agravados pelo mesmo.

Será caso único o facto de os deficientes militares portugueses estarem em conceitos cujas razões nada têm a ver com os direitos enunciados na Constituição da República Portuguesa.

A ADFA não tem cumprido na totalidade o seu papel de intransigente defensora dos legítimos direitos dos seus associados, não pressionando o Estado no legítimo interesse destes.

O termo de deficiente militar em serviço deverá terminar dando lugar a terminologia única: deficiente das forças armadas.

Os pedidos de nova junta médica, a fim de adquirir alteração do coeficiente de desvalorização, são alvo de legislação injusta na medida em que o deficiente militar perde direito à sua requisição passados 10 anos após a primeira. Obriga-o a pedido intercalar.

É de considerar ainda o modo como são atribuídas determinadas desvalorizações: sem um exame clínico competente.

1.1 — Relações ao stress

A alta do Hospital Militar será sinal palpável de que o deficiente militar atingiu, o máximo do seu potencial e, agora vai voltar para o ambiente que deixou tempos atrás, onde o conheciam como uma pessoa válida.

Será o livrar-se da massa humana que superlotou os hospitais militares.

Será ter sido a preocupação como o outro, com o ser humano, quantas vezes «entregue» a uma equipa não existente, não funcionante, que não trata o indivíduo como um todo: o seu corpo, a sua mente e a sua integração familiar e profissional.

É o grande choque com os olhares compadecidos, os gestos desajeitados, um meio que entretanto evoluiu sem a sua presença.

Para alguns foi o recomeçar da estaca zero, modificação na casa, modificação no estatuto profissional e familiar, dependência nos gestos do dia a dia. Provavelmente as dúvidas das suas próprias capacidades e dos sentimentos dos que os rodeiam. Certamente a luta pela reconquista do seu lugar.

Há serviços hospitalares e de saúde pública de geriatria em quase todos os países do globo.

Em Portugal é, por enquanto, o generalista, como médico de família, quem poderá dirigir uma preparação sistemática dos seus doentes em ordem à velhice, usando para esse fim os métodos e recursos ao seu alcance.

É urgente que os curricula dos técnicos de saúde forneçam informação sobre a terceira idade.

A saúde diminui quando a pessoa envelhece, caracterizada por um declínio no funcionamento de todos os sistemas orgânicos.

As necessidades fisiológicas de protecção e segurança estão aumentadas em qualquer indivíduo.

A terceira idade pode significar dependência da família ou de outros, ou do Estado, para assistência financeira ou emocional.

O planeamento desta fase de vida deve ser feito, fundamentalmente, em seis áreas: renda, actividades, organização de vida, alteração de funções, saúde e assuntos legais.

Muitos de nós não tivemos tempo de planear a nossa terceira idade. As incapacidades anteciparam a perda de saúde, quer física quer mental, e ainda a nossa integração comunitária.

O rendimento global do nosso organismo está afectado precocemente.

É o envelhecimento que se manifesta a nível físico (órgãos, aptidões, sistema nervoso) e a nível psíquico (deterioração progressiva das próprias funções físicas, declínio progressivo das faculdades e funções mentais, transformação do meio familiar e de vida profissional, reacções do indivíduo perante tais factos).

Está descrito que a taxa de colesterol aumenta sob o efeito de uma agressão: o stress emocional.

Durante a guerra da Coreia, inquéritos médicos mostraram que a angústia do combate aliada ao medo da morte, favorecem o enfarte do miocárdio; a autópsia de indivíduos mortos em combate mostrou que os homens novos, entre os 20 e 35 anos de idade, apresentavam, com grande frequência, lesões ateromáticas da aorta e das coronárias.

Toda e qualquer vida desregrada é factor de alteração no envelhecimento, sobretudo quanto à frequência do stress.

A prevenção contra o envelhecimento passa por uma vida saudável — de difícil acesso para muitos de nós —, alimentação adequada e, sobretudo, por vigilância de saúde: exames periódicos.

A idade cronológica de todos nós está alterada. O nosso bilhete de identidade indica 40 anos, mas somos portadores de uma idade patológica (é a que advém das incapacidades provocadas pela guerra), de uma idade fisiológica (da eficiência física, das nossas possibilidades funcionais restantes) e de uma idade psíquica (é a da eficiência intelectual que depende das possibilidades do pensamento, da qualidade e da orientação das motivações).

A maior parte das políticas da terceira idade têm sido elaboradas ignorando as causas do envelhecimento das populações e, logicamente, dificilmente podem prever a sua evolução no futuro.

Somos uma população de homens que servimos de carne para canhão.

Queremos ser uma população hoje e amanhã não de velhos, mas de pessoas em que o Estado apoia o envelhecimento, que se envolve nele, que rejuvenesce connosco.

A criação de instituições que apoiem a 3.ª idade, tendo em vista procurar fazer um diagnóstico perfeito e um tratamento curativo, ou pelo menos paliativo, para qualquer incapacidade existente, de forma a obter a maior independência possível — Centros Médicos Geriátricos, é uma meta a atingir.

Impõe-se urgentemente estudar o processo fisiopatológico do envelhecimento do deficiente militar, porquanto o aumento da longevidade sem equilíbrio acarreta consequências sérias de ordem múltipla-individual, económica e social.

Queremos continuar a ser — sem desespero — seres humanos integrados, moralmente temos esse direito, além de outros que nos assistem.

Os serviços de Geriatria só serão legítimos quando forem criadas estruturas para esse fim.

A mistura de idosos com o jovem adulto corre o risco de despertarem um interesse médico menor, de serem submetidos a uma terapêutica menos apropriada e, principalmente, de serem considerados amiúde como doentes crónicos, mais ou menos irrecuperáveis, e sujeitarem-se a internamento num asilo, onde não se trata ninguém, alberga-se!

Estas unidades de cuidados, para possuírem o máximo de eficácia serão dotadas de todas as possibilidades terapêuticas, ocupando a fisioterapia o primeiro plano, a qual deverá ser iniciada o mais cedo possível. A assistência será feita por uma equipa multidisciplinar, devendo ainda possuir serviço médico-social ao domicílio e estar em estreita ligação com os Organismos Públicos e Particulares que tratam dos idosos.

Os resultados terapêuticos nos idosos, serão muitas vezes inconstantes, raramente espectaculares, serão parciais, lentos ou nulos. Todavia deverão ser sempre tentados.

Glasgow, na Grã-Bretanha, pode-nos servir de modelo para apoiar a 3.ª idade ao deficiente militar no nosso país.

À partida os técnicos encontram-se totalmente interessados no sucesso terapêutico.

O tamanho destas unidades de cuidados varia conforme a localização, oscilando o número de camas entre 12 a 50. São situadas em locais calmos e de fácil acesso.

As suas funções são:

— Oferecer possibilidades detalhadas para o diagnóstico, mais do que foi possível até ao momento em base ambulatória;

— Evitar o internamento em muitos casos, que não requerem uma imobilização;

de no «bem estar» e as atitudes em relação aos idosos reflectem, frequentemente, um valor central do pensamento actual: a equação da produtividade económica como valor pessoal.

A sincronia entre os serviços de saúde e serviços sociais, são um aspecto da optimização dos cuidados do idoso.

Pode incluir esquemas e práticas tais como hospitais de dia, serviços de socorros, grupos de ajuda mútua ou facilidades de transportes promovidos por agentes institucionalizados ou voluntários.

Não se deve mudar o padrão básico da vida do idoso, mas ajudá-lo e guiá-lo, já que procura uma forma de vida, que tome em consideração a sua doença.

A equipa de saúde tem de descobrir o significado de «boa qualidade de vida» e adaptar os objectivos de forma a ajudá-lo a alcançar este significado.

2.1 — No deficiente militar

Treze anos de atrocidades sem fim, fruto de um clima de guerra vivido de formas diferentes por todos nós, de certo que deixou nos nossos rostos, nas nossas vidas, nas nossas mentes, nas nossas famílias, marcas de tempos difíceis, de desilusão, de revolta, de envelhecimento precoce.

O hospital militar transformou-se num beco cuja saída despontou com o 25 de Abril de 1974.

Alguns tivemos reabilitação, muito poucos reintegração e quantos temos apoio funcional e psicológico presentemente?

Desde 1984 que se proclama «Todo o homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.»

A Assembleia Geral das Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, aponta «Ninguém será submetido à tortura nem a tratamentos ou castigo cruel, desumano ou degradante.»

Em 1975 é proclamada a Declaração dos Direitos dos Deficientes, podendo ler-se no seu artigo 4.º: «Os deficientes têm os mesmos direitos civis e políticos que os outros seres humanos...».

A Constituição da República Portuguesa prevê no seu Artigo 71.º (Deficiente):

«1. Os cidadãos física ou mentalmente deficientes gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontram incapacitados.»

No seu Artigo 72.º (Terceira Idade):

«1. O Estado promoverá uma política da terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas.»

«2. A política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e sugiram o isolamento ou marginalização social das pessoas

idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação activa na vida da comunidade».

Em 1979, surge a criação da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde — Lei n.º 56/79 —, através do qual o Estado assegura o direito à população da saúde, nos termos da Constituição.

Os cuidados de saúde foram esquematizados em três grupos fundamentais, a fim de facilitar a realização da prestação de cuidados. Nós encontramos-nos no segundo, o qual aponta:

Prestação de cuidados (em saúde de clínica; saúde ambiental; cuidados de saúde comportamental, incluindo a educação para a saúde; de saúde a grupos de alto risco: saúde materna e infantil, incluindo o planeamento familiar, saúde escolar, saúde emocional, saúde dos idosos, saúde dos deficientes e incapacitados; e de grupos prioritários: vacinação, luta contra as doenças com mais altas taxas de mortalidade e imobilidade, luta contra as endemias locais).

A Carta Para os Anos 80, proclamada pela Rehabilitation International no Canadá é apresentada ao mundo como a principal contribuição para o Ano Internacional do Deficiente, onde apontamos apenas um dos vários objectivos: «Assegurar que todo o deficiente e toda a família que inclui um membro deficiente receba toda e qualquer reabilitação, ajuda e assistência de que necessite para reduzir os efeitos produzidos pela deficiência e proporcionar a cada uma vida plena e um papel construtivo na sociedade.»

A 1981 vimos chegado o Ano Internacional do Deficiente, onde a tônica dominante é colocada no direito à vida, à reabilitação e ao trabalho.

Não basta proclamarmos, teoricamente, os direitos comuns e universais de todas as pessoas. Se isso não for acompanhado de adequadas acções educativas, condições económicas afectivas e com critérios libertadores, pode não passar de uma hipocrisia, para se conseguir uma falsa paz de consciência.

Precisamos de uma política de saúde que cubra, sobretudo, populações em risco e de alto risco.

Temos o dever de cuidar da nossa própria «saúde», defendendo-a e promovendo-a.

Somos um grupo de alto risco, possuindo doenças crónicas, incapacitantes.

Temos um serviço de saúde burocratizante, inoperante.

Queremos saúde para todos, hoje, amanhã, no ano 2000, a qual terá planificação dos nossos cuidados como população específica, centros de saúde funcionais e que venham ao nosso encontro, técnicos de formação adequada em equipas multidisciplinares.

Desde 1909 que se fala de geriatria (capítulo de medicina que estuda as doenças do idoso).

Em quase todos os países do Mundo se dedica grande atenção aos problemas relacionados com os idosos, quer por parte dos cientistas quer por parte de certos organismos do Estado.

Para outros, foi o ódio, a revolta, o encontrar-se sozinho numa situação deste tipo.

Passaram os 20, os 30. Passarão os 40 e brevemente chegará a data cronológica da 3.ª idade. Que nos resta?

Inúmeras formas de stress surgem na vida da maioria dos indivíduos de qualquer idade. Como eles e suas famílias respondem a este stress e a adaptação que são capazes de fazer, influencia fortemente os seus níveis de saúde.

Identificado num estado precoce, muitos problemas potenciais de saúde e sociais, podem ser controlados ou até evitados, se não total, parcialmente. Isto implica uma vigilância contínua da população ao nível de cuidados de saúde primários, mas com uma sensibilidade consciente do direito de privacidade de cada indivíduo.

1.2 — Reabilitação funcional

A 9 de Dezembro de 1973, foi emitida a declaração dos Direitos dos Deficientes, apontando o Artigo 3.º: «Os deficientes têm os direitos inerentes ao respeito pela sua dignidade humana. Os deficientes, qualquer que seja a origem, natureza e gravidade das suas deficiências e incapacidades, têm os mesmos direitos fundamentais que os seus concidadãos da mesma idade, o que significa em primeiro lugar e acima de tudo, o direito a uma vida decente, tão normal e tão completa quanto possível.»

Na reabilitação a missão do médico não termina quando é passada a fase aguda da doença, termina apenas quando o doente tiver aprendido a viver e a trabalhar com a capacidade que lhe resta.

O interesse pelo doente não deverá reportar-se apenas ao enriquecimento curricular dos técnicos aquando da sua fase aguda e, se ele vence esta fase, há depois e quase sempre abandono do doente.

Todavia, muitos de nós, fomos capazes de aprender a tratar de nós próprios, de aprender a andar, a procurar emprego e família.

Devemos considerar a reabilitação:

— física -usar ao máximo as potencialidades físicas restantes);

— psíquica (reabilitação mental, anulando/diminuindo os distúrbios emocionais que ocorrem na mente do indivíduo); e

— social (a sua adaptação ao ambiente social, considerando a sua incapacidade parcial/total. Isto poderá implicar a modificação da sua residência, ou a procura de uma nova casa, ou um modo de vida completamente diferente daquele onde se habituara, devendo tudo ser planeado enquanto o doente estiver em tratamento).

Planear, programar e humanizar os cuidados na assistência aos deficientes, serão metas a atingir, não esquecendo a humanização dos técnicos e das instituições. A recuperação psicológica é, no deficiente militar, terapia indispensável à reabilitação física que ele procura.

Reabilitação para todos, implica uma decisão de reconhecer a igualdade, a solidariedade e a integração como princípios orientadores do desenvolvimento sanitário no nosso país.

Implica inovações na tecnologia dos serviços de reabilitação, nos sistemas de gestão e na distribuição.

1.3 — Esperança de vida

A melhoria das condições sócio-económicas e culturais de alguns dos deficientes, alargou-lhes o horizonte na vida. São o acesso a uma vida regrada, a uma nutrição adequada, ao lazer, à formação da família, à realização profissional.

Viver na cidade, no campo, o acesso à instrução, à informação, à saúde, à vida colectiva, são alguns factores que interferem com o leque que nos permite ter uma esperança de vida maior ou menor.

Muitas vezes o deficiente encontra-se entregue a si próprio. Depara-se com barreiras múltiplas no seu dia a dia: são as precárias condições económicas, habitacionais, acesso ao local de trabalho, acesso a edifícios públicos, isolamento permanente, centros de assistência distantes, falta de assistência domiciliária, acrescidas de desmotivação e abandono, quantas vezes, dos familiares mais chegados.

Viver quantos anos mais?

Para quê?

Os indivíduos que se deslocam em cadeira de rodas, deparam-se muitas vezes com hospitais e centros de saúde situados em zonas de difícil acesso.

Ultimamente assiste-se no nosso país ao incremento dos cuidados de saúde primários.

A criação de novos centros para a assistência ao indivíduo já atinge o rásius igreja/freguesia?

É preciso pensar na qualidade de vida do deficiente e não apenas dar vida aos anos.

Muitos de nós temos uma personalidade muito forte para enfrentar as situações de mudança de saudável a deficiente (não o portador de um risco cicatrizado, mas o que não consegue ultrapassar as barreiras fisiológicas, de segurança, de amor, de auto-estima e de auto-realização).

A não satisfação destas necessidades básicas irá provocar em muitos de nós, tensão física e psicológica, a qual conduzirá à falta de bem-estar, ao desequilíbrio no indivíduo, resultando frequentemente a frustração, a privatização, o conflito. Daqui à destruição é um passo.

Há o dever de prolognar a vida de todo o ser humano, qualquer que seja o seu estado de saúde física ou mental, sem esquecer que este dever deverá passar pela qualidade de vida após a contracção da deficiência.

Alguns autores admitem que o limite de vida de cada ser humano é determinada pela «massa hereditária». Não obstante, o curso da vida pode ser modificado em qualquer dos seus períodos;

assim, pode produzir-se aceleração ou atraso logo ao começar a vida fetal, mais tarde durante a adolescência ou na idade adulta e ainda na velhice. Uma alteração na velocidade do curso de vida, num determinado período, é capaz de ter influência nos períodos seguintes e, portanto, no início da velhice e na duração da vida.

1.4 — Reabilitação familiar e profissional

É no lar doméstico, rodeado de afectos familiares, que o deficiente encontra o meio mais natural e mais adaptado para se desenvolver.

O deficiente carrega consigo traumas muito acentuados, o maior dos quais é provocado pela reacção da sociedade, reacção de quase recusa, por falsamente se julgarem os deficientes como incapazes. Negam-se-lhes os meios que permitiram a sua reintegração, se não total, ao menos parcial.

Num passado ainda não muito longínquo, os deficientes não eram objecto de particular interesse por parte dos organismos oficiais. As grandes iniciativas eram de instituições religiosas de cariz criativo.

Mas o Estado tem para com os deficientes militares um papel indeclinável a cumprir, e tanto mais imperiosamente quanto mais complexa e onerosa é a especialização dos cuidados para eles requeridos.

Dará apoio a instituições, tem obrigação de as completar sempre que sejam insuficientes os seus recursos, com meios eficazes de apoio material e técnico, que, em vez de as asfixiar, na realidade as estimule.

Por outro lado, como garante do bem comum e do respeito de todos os cidadãos, só a ele cabe a definição, realização e integração de uma política global de cuidados.

As iniciativas privadas e o seu apoio e incrementação, a preparação de técnicos, a construção de unidades hospitalares especializadas e apetrechadas, a publicação de legislação própria, a organização de um sistema de saúde que acompanha os deficientes nas suas reais limitações, são tarefas que estão abertas à acção do Estado, lhe incumbem e a comunidade humana tem o direito de esperar.

Esta organização deveria ter tido início aquando da alta hospitalar, a qual é um dos momentos mais privilegiados de intervenção de equipa de saúde de reabilitação, interagindo aos diferentes níveis.

A reabilitação familiar e profissional passa pela integração do deficiente. Esta é sempre um desafio aos serviços de saúde locais, com todas as suas falhas humanas, falta de comunicação entre os vários níveis e os diferentes profissionais.

O deficiente militar é uma pessoa vulnerável. Susceptível ao aparecimento de um acréscimo de problemas físicos, mentais e ainda às crises sociais. A actuação de técnicos de saúde em momentos cruciais da sua vida e de suas famílias pode levar a resultados positivos.

Porque a família é considerada como a força de maior suporte em qualquer ambiente em que o indivíduo se encontra, ela também tem um papel intrínseco na prevenção das crises.

Os padrões da família estão em mudança, dando a família alargado lugar à família nuclear, onde as mulheres — tradicionais prestadoras de cuidados — estão a assumir novas responsabilidades fora da família.

O maior, o mais rápido e mais continuado apoio, vem da família, pelo que os serviços de saúde formais, devem suportar e não substituir os cuidados contínuos. Os membros da família devem saber que podem esperar receber uma ajuda e conselho imediatos, quando e onde deles precisarem.

Todas as técnicas de reabilitação devem ser utilizadas a fim de que os deficientes (mutilados, cegos, paraplégicos, estorpiados e outros) vivam dignamente, com o mínimo de condições para satisfação das suas necessidades.

Se nada se fizer a fim de que os deficientes crónicos trabalhem dentro dos limites das suas capacidades e não nos proporcionem oportunidades de desenvolver as nossas capacidades restantes, dentro de duas dezenas de anos, com o aumento da expectativa de vida, seremos um incapazado por cada pessoa apta a trabalhar.

Uma boa situação social e económica!

Compete à ADFA não deixar que daqui por 20 anos sejamos uma associação de asilados.

A incapacidade física e mental impedirá muitos indivíduos de retomarem o trabalho

A orientação vocacional, o cuidar de si mesmo e a capacidade de exercer trabalho útil, são objectivos a atingir na recuperação de muitos de nós.

No domicílio, se o deficiente não aplica o cuidar de si, não tem ajuda da família, fica ao desamparo, sem saber como tratar-se.

Esta situação é consequência da falta de serviços de Medicina Física e Reabilitação.

2 — FIOLOGIA DA TERCEIRA IDADE

O ciclo vital é composto por três fases: o crescimento, a maturidade e a senescência; isto é, todo o adulto foi criança e todo o idoso adulto.

Os acidentes e as doenças podem alterar o ritmo da evolução deste ciclo.

É aos 20 anos que se preparam os 60! Como pode o deficiente militar preparar o seu envelhecimento, se repentinamente se vê confrontado com uma fractura compulsiva no seu ciclo vital, com uma situação imposta?

Esta falta de tempo pode resultar numa perturbação do equilíbrio mental e psicológico.

O que é envelhecer? É um processo universal e irreversível, iniciado no momento do nascimento, e que se traduz por alterações várias e complexas, que se acentuam em determinada altura do transcurso humano. Embora universal, nem todos envelhecemos da mesma forma e ao

mesmo ritmo e cada um de nós fá-lo a tempos diferentes.

Um tetraplégico vê que o seu transcurso humano é alterado. É olhado por poucos como um ser biopsicossocial, por muitos como um peso, um inválido, um indivíduo com as suas capacidades limitadas.

Sente precocemente a «perda» por redução do número e género de contactos sociais, o papel desempenhado sofre alterações.

O envelhecimento do organismo está ligado, naturalmente, ao envelhecimento dos órgãos e estes podem sofrer uma regressão harmónica e gradual, constituindo um envelhecimento global, ou o envelhecimento é de ritmo irregular, isto é, há uma regressão apenas de um ou de outro aparelho ou sistema orgânico e esta «sensibilidade parcial» de um sector do organismo traz como consequência, um envelhecimento dos outros sectores e, conseqüentemente, uma senilidade total e precoce.

O jovem não se transforma em adulto numa noite! Mas muitos de nós passamos de adulto a velho repentinamente.

Além de doenças físicas, passamos a transportar marcas de uma guerra, de um regime: as perturbações psicológicas e ainda alguns as psiquiátricas.

Quantos fomos os caçadores caçados?

Quantos lembramos o sonho mau?

As perturbações psíquicas representam um dos pontos mais sombrios do deficiente militar.

Mandamentos em Gerontologia:

- 1 — A mistura de idades é uma obrigação absoluta.
- 2 — Cada um deve ser mantido no seu quadro de vida: o cidadão na cidade, o rural na aldeia.
- 3 — A procura duma actividade é indispensável à conservação da saúde física ou mental.
- 4 — O empenho e a participação das pessoas idosas devem ser considerados como a base da organização gerontológica do futuro.
- 5 — Se se verifica que a habitação é incompatível com as condições fisiológicas, psicológicas e económicas criadas pelo envelhecimento, a selecção dum alojamento com equipamento colectivo próximo ou integrado deve ser procurado desde que se instala a reforma.
- 6 — Logo que uma solução colectiva foi escolhida, a manutenção no quadro da vida deve ser assegurada mesmo quando sobrevém doença ou incapacidade.
- 7 — O serviço hospitalar de geriatria impõe-se como um serviço de reinserção social.
- 8 — É preciso manter uma cadeia contínua entre os serviços ocupando-se do idoso no hospital, na colectividade ou no domicílio.

9 — Uma «preparação para a reforma» impõe-se como um elemento de educação social e de formação dos espíritos.

10 — Um controlo de todas as actividades deve ser exercido por serviços especializados, de acordo com as direcções da acção sanitária e social.

Os Estados Membros da Organização Mundial de Saúde, concordaram que a primeira meta social para as próximas décadas deveria ser «a obtenção por todos os povos do mundo, no ano 2000 de um nível de saúde que lhes permita atingir uma vida social e economicamente produtiva».

A Organização vê aqueles que vão envelhecendo como um desafio especial para a aplicação deste compromisso.

Há 30 anos, a população mundial incluía 205 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Em meados da década de 1970, os números subiram para perto de 305 milhões e, se a tendência actual se mantiver, pelo ano 2000 atingirão 585 milhões.

Este crescimento é de considerável importância para os Governos. Um certo número destes, mostram já interesse em encorajar uma mais profunda participação das pessoas idosas, no curso da vida nacional. Muitos reconhecem também a necessidade de desenvolver políticas específicas e programas para as pessoas idosas nas suas sociedades, vendo este facto, como uma parte importante do planeamento compreensivo para o desenvolvimento social e económico.

A OMS elaborou um programa sobre cuidados aos idosos centrado em cinco elementos dos cuidados primários de saúde: abordagem multidisciplinar, integração dos serviços de saúde e social; educação para a saúde; participação da comunidade nos cuidados; e reconhecimento do papel da família.

A estrutura dos programas seguida pelos Estados-Membros varia, mas todos partem do objectivo comum: ELEVAR A QUALIDADE DE VIDA e isto tem um significado vital, quando se planeia para uma pessoa idosa.

Uma medida básica para elevar a qualidade de vida de todos os grupos etários, mas particularmente de gente idosa, são os cuidados que eles prestam a si próprios (o auto-cuidado) ou recebem de outros (médico de família/clínica geral, especialidades e sub-especialidades), para otimizar as funções físicas, sociais e psicológicas nos vários estados de saúde, considerando todas as etapas da vida.

Em muitas comunidades de nações em desenvolvimento, os homens e as mulheres (idosos) são reconhecidos como líderes e altamente respeitados. São vistos como reservatório de conhecimentos e divulgadores de sabedoria.

Na grande maioria dos países industrializados, são frequentemente descritos em termos de perdas, deficiências, disfunções, incapacidades e inaptações. É posta ênfase na doença em vez