

Cidade do Porto acolheu evento organizado pelo GIHEP:

Saúde do fígado e inclusão em debate multidisciplinar

O GIHEP - Gastroenterology and Hepatology Porto Training Center organizou, com o apoio do Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar São João e da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, o encontro científico A Saúde do Fígado e o Roteiro pela Inclusão. O evento decorreu no dia 24 de novembro, no Palácio do Freixo, no Porto. Entre o programa científico do encontro, foram abordados muito transversais e perspectivados numa óptica integrada, o que resultou numa sala cheia e na captação do interesse mediático, por parte de diversos órgãos de informação. O estudo do fígado foi holisticamente versado, tendo incluído comunicações e discussões de temas como a “Intervenção na adição e dependência: O caso Português”, numa conferência da autoria de João Goulão, “Inclusão social e reinserção: Perspetiva médica”, “A saúde do fígado como veículo de inclusão”, “O que faz uma instituição hospitalar e académica ser inclusiva?”, “A saúde do fígado como veículo de inclusão” e “Pode a medicina narrativa integrar uma estratégia inclusiva?”.

Dependências esteve presente no encontro e entrevistou Guilherme Macedo, responsável pela organização, e Celso Manata, Diretor-Geral da Reinserção e Serviços Prisionais.



GUILHERME MACEDO
“Existem comportamentos assumidamente de risco que acabam por afetar todos nós”

Fala-se muito neste evento em integração e inclusão... Inclusão relativamente à multidisciplinaridade e à democratização do acesso a novos utentes... Em que medida estarão esses vectores plasmados na concepção do programa?

Guilherme Macedo (GM) – Sim, está. Essencialmente, o conceito de integração e de inclusão é dirigido aos doentes que pertencem a franjas da sociedade relativamente aos quais tem que haver uma atenção redobrada e inclusiva. Mas esse esforço de inclusão cognitiva e conceptual dos médicos, de uma maneira geral, mas também de outras estruturas de profissionais da saúde, passa por eles próprios terem no seu espírito uma visão inclusiva do assunto. Não é possível criar uma rede de articulação para garantir proximidade a estes doentes sem haver um conceito filosófico de base, humanista e dedicado à causa de servir que tem que alimentar esse caminho.



Nos últimos tempos, a Hepatite C tem estado na agenda, sobretudo devido à nova área trazida pelos novos tratamentos farmacológicos... Não poderá correr-se o risco do esquecimento em torno de outras patologias graves no que concerne à saúde do fígado?

GM – Uma das coisas que não fazemos neste tipo de reuniões é dar protagonismo exclusivo à Hepatite C. Esta dominou até o próprio circo mediático, nos últimos anos, entendendo que deveria dominar ainda mais porque o assunto não está resolvido mas isso é apenas um pretexto adicional para nos lembrar a todos que a saúde do fígado se faz tendo em atenção vários outros componentes, nomeadamente as que concernem ao comportamento individual e ao da sociedade. Por isso é que aqui, logo na introdução deste encontro, foram apresentadas imagens de artistas e outras individualidades que, pelo seu exemplo e testemunho, mostram de alguma forma à sociedade que existem comportamentos assumidamente de risco que acabam por afetar todos nós.

Entretanto, e porque também se fala de Hepatite C, a verdade é que apesar desta esperança traduzida nos tratamentos ainda existem franjas populacionais em risco e outras por diagnosticar... Deu aqui um exemplo, através do Centro Hospitalar São João, nomeadamente no projeto de intervenção nos estabelecimentos prisionais mas ainda existirão populações à margem...

GM – Sim e para não ir muito longe basta falarmos em todos os outros estabelecimentos prisionais que ainda não têm esse programa. O nosso, no âmbito do qual é a nossa equipa que se desloca aos estabelecimentos prisionais de Santa Cruz do Bispo e de Custóias, foi um projeto piloto, que está a correr de uma forma extraordinária, temos muitas dezenas de doentes curados e, como tal, esse impacto está garantido de imediato. A questão é reproduzir este conceito, que também não entendo que deve ser pulverizado. Não penso que seja razoável esperar que 25 instituições de saúde vão aos estabelecimentos prisionais, o que não é prático nem realista, mas interessa concentrar alguns esforços para que possamos ir a todo o lado, como provámos ser possível fazer-se. E quem manifesta este esforço

de procura inclusiva do tratamento dos reclusos, obviamente incorpora no seu conceito uma disponibilidade para integrar todas as outras franjas sociais no seu percurso. Agora, a proximidade a essas franjas é um território que é preciso construir.



**CELSO MANATA,
DIRETOR-GERAL DA
REINserÇÃO E
SERVIÇOS PRISIONAIS**
**“Com esta nova
abordagem
evita-se o feito
estigmatizante”**

Este encontro remete para um roteiro pela inclusão... Sendo os estabelecimentos prisionais uma primeira plataforma para a inclusão de indivíduos que cumprem penas, pergunto-lhes se os mesmos já fazem parte deste roteiro ou se, pelo contrário, ainda haverá muito a fazer?

Celso Manata (CM) – Há certamente muito ainda a fazer mas estamos no bom caminho e, sobretudo, estamos muito bem acompanhados. De facto, desde fevereiro de 2016 (momento a partir do qual passei a exercer, pela segunda vez, a função de Diretor-Geral da Reinsertion e Serviços Prisionais) tenho constatado uma atitude de grande aproximação e colaboração por parte dos serviços do Ministério da Saúde.

O tema que está a ser tratado neste seminário insere-se, aliás, numa das áreas onde essa extraordinária colaboração tem ocorrido, podendo mesmo ser invocado como um caso paradigmático de boas práticas. De facto: em Janeiro de 2017 a DGRSP assinou um protocolo com o Centro Hospitalar de São João no sentido de serem os médicos do serviço de hepatologia a deslocarem-se ao Estabelecimento Prisional do Porto para aí tratarem os reclusos portadores de Hepatite C; em Junho já estávamos a alar-



gar o âmbito do Protocolo ao Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo (feminino); e, quando estávamos a concluir as negociações com o Centro Hospitalar Santa Maria para estender essa articulação à região de Lisboa, os Srs. Secretários de Estado Adjuntos da Saúde e da Justiça produziram um despacho que, designadamente, determinou que essa articulação passasse a ocorrer em todas as prisões do país. Todo este processo é um excelente exemplo de boas práticas, quer no que concerne à gestão dos recursos públicos – permitindo-nos fazer mais com menos recursos –, quer do ponto de vista da defesa dos direitos humanos, porque estamos a tratar os cidadãos reclusos com maior dignidade. Com efeito e no que se reporta ao primeiro aspeto, repare-se que através de uma única deslocação à prisão o profissional de saúde atende de um conjunto alargado de reclusos os quais, antes do protocolo, tinham de ser transportados em diversas deslocações ao hospital, o que envolvia uma significativa mobilização de meios (v.g. guardas prisionais e carros celulares) e uma multiplicação de consultas. Por outro lado – e seguramente mais importante – com esta nova abordagem evita-se o feito estigmatizante (diria mesmo degradante) de alguém, por estar doente, ter de ser conduzido a uma consulta num local público, escoltado e algemado...

Acrescentaria que estes protocolos são apenas um exemplo da excelente articulação que atualmente existe entre os Ministérios da Saúde e da Justiça. Essa articulação está a ser orientada e dinamizada através de um grupo de trabalho criado há alguns meses pelos Srs. Ministros da Saúde e da Justiça e que integra membros dos gabinetes ministeriais e também elementos das direções gerais de ambos os departamentos governamentais. A sua missão consiste em fazer o levantamento exaustivo das necessidades da área da saúde nas prisões e nos centros educativos e, em sequência, definir respostas para tais necessidades. A circunstância de, no mesmo grupo, se encontrarem representantes da área política e da área técnica tem -se revelado muito positiva, obtendo-se mais-valias evidentes das sinergias criadas através da associação da sensibilidade política ao conhecimento técnico. Com efeito, desta forma produzem-se, obviamente, soluções muito melhores e, sobretudo, respostas exequíveis e que temos a garantia de serem executadas, na medida em que o grupo também monitoriza os resultados do seu trabalho.



Finalmente queria ainda referir que, neste percurso, temos por diversas vezes acolhido soluções inovadoras e que, por isso, merecem destaque. A título de mero exemplo posso aludir à articulação em curso com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, através da qual iremos partilhar a informação clínica sobre os reclusos e jovens que se encontram internados em centros educativos e lançar, muito em breve, a telemedicina nos estabelecimentos prisionais de Portugal.

Tem sido fácil esse diálogo num país onde a saúde e a justiça têm andado há vários anos de costas voltadas?

CM – Tem sido muito fácil! Como dizia, nestes 24 anos que levo a trabalhar nesta área dos serviços prisionais - quer em Portugal quer no estrangeiro (exerci funções inspetivas de prisões e de outros lugares de privação da liberdade durante 11 anos em representação do Conselho da Europa) -, nunca tinha sentido tão grande aproximação e tão boa relação, quer ao nível do poder político, quer ao nível da organizações que integram a administração. E, já agora, permita-se-me sublinhar que, para além da redução de custos que desta forma estamos a alcançar e de um tratamento mais condigno que está a ser proporcionados às pessoas privadas da liberdade, também estamos a promover uma intervenção mais oportuna e mais eficaz para esses cidadãos e para a população em geral.



A propósito da oportunidade da intervenção repare-se que, atualmente, recebemos o recluso sem qualquer informação ao nível da saúde. E de acordo com o Código de Execução de Penas ele tem que ser entrevistado pelos serviços de saúde em 24 horas e visto por um médico em 72 horas. Ora, não tendo qualquer informação sobre esse indivíduo, é perfeitamente compreensível que o médico prescreva um conjunto (muitas vezes alargado e extremamente dispendioso) de exames e de meios auxiliares de diagnóstico que, frequentemente, já foram realizados na comunidade. Através da articulação que estamos a fazer com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde essa situação deixará de ocorrer pois toda a informação clínica do indivíduo que entra numa cadeia está disponível para os profissionais de saúde que aí exercem funções.

Por outro lado, também beneficia a sociedade porque todos os registos clínicos produzidos durante o tempo em que alguém esteve preso passarão a estar disponíveis no Sistema Nacional de Saúde. Desta forma se obtém uma relevante redução de custos mas também uma intervenção mais oportuna ao nível da prestação de cuidados de saúde

Finalmente e ainda a propósito da proteção da sociedade, repare-se que o tempo de prisão muitas vezes é uma oportunidade única para tratar um conjunto de indivíduos que, muitas vezes padecendo de doenças contagiosas, só em reclusão conseguem fazer o tratamento de que necessitam. Na verdade, na prisão é possível contata-los regularmente, verificar o seu estado de saúde e, através da toma assistida da medicação, garantir que realizam até ao fim o tratamento adequado.

Tenho estado a abordar os problemas de saúde dos reclusos e dos jovens integrados em centros educativos mas é também importante prestarmos atenção ao que se passa com os funcionários.

A atividade dos funcionários da DGRSP – nomeadamente nas prisões e nos centros educativos – é realizada num ambiente muito “pesado”, no qual se convive diária e repetidamente com sentimentos muito negativos como a amargura, a angústia, o medo, o desespero, a frustração, a raiva e a desolação de vidas destroçadas de seres que, amiúde, nunca tiveram os apoios de que necessitavam. Para além de ter de suportar e

compreender essa realidade, os funcionários têm de promover atitudes positivas e incutir motivação para que estas pessoas acreditem num projeto que as integre na comunidade e lhes propicie uma vida feliz. Ora esta é uma missão extraordinariamente complexa, muito desgastante e amiúde mal compreendida, que pode conduzir a dependências diversas, em especial do álcool e de substâncias estupefacientes. Quando (re)inicie funções deparei-me com uma total ausência de normas que combatessem o consumo de álcool e de drogas e uma completa inexistência de qualquer abordagem de apoio e tratamento a esses funcionários. Ora tal situação era inaceitável, não só pelas razões que já referi mas também porque entre os trabalhadores da DGRSP existe o Corpo da Guarda Prisional que é uma corporação armada e que, por vezes, tem de recorrer à força. Para resolver essa situação apresentei proposta de lei sobre o controlo do consumo de álcool e de droga no Corpo da Guarda Prisional que já foi aprovada na Assembleia da República. Porém, até à presente data não foi utilizada nem o será enquanto a DGRSP não dispuser de um serviço de medicina no trabalho que propicie tratamento aos funcionários que, sendo adictos do consumo de álcool e de drogas, estão disponíveis para resolverem esse problema. Com efeito não me parece justo começar a punir os guardas prisionais sem lhes dar uma oportunidade de se tratarem. Assim, ao mesmo tempo que promovíamos a aprovação da referida lei, começámos a programar a criação da unidade medicina no trabalho, que entrará em funcionamento no primeiro trimestre de 2018. Naturalmente que, também para a implementação desta importantíssima unidade, estamos a contar com o apoio dos serviços do Ministério da Saúde.

Em conclusão, estou muito contente com a articulação que temos tido com o Ministério da Saúde. Sabemos todos que temos muito por fazer. Contudo, no balanço que fazemos do trabalho já realizado encontramos já resultados palpáveis e muito encorajadores, o que é muito positivo, não apenas porque estamos a caminhar no sentido correto, mas sobretudo porque o estamos a fazer de mãos dadas com os serviços do Ministério da Saúde, o que nos dá uma garantia acrescida de que o Futuro pode ser risonho.

