

dependências

Parceiro do Plano
Nacional de Saúde 2014



Plano Nacional de Saúde
2012-2016



Grande entrevista com o comendador João Goulão:

“Houve sempre uma coerência e uma linha de rumo no desenvolvimento das respostas”

Narcotráfico, impunidades, regulação bancária, terrorismo, corrupção, fraudes financeiras, a manipulação, loucura, morte, as guerras na Síria, Iraque, Afeganistão, Nigéria, Sudão Paquistão, Ucrânia, Somália, Líbia, Palestina, Iémen, Congo, Iraque, entre outras, a lavagem de dinheiro do HSBC... factos que a história, um dia, acabará por julgar e autores que, espero, serão punidos.

Segundo a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, o direito há vida é inviolável, a tortura, a escravatura e o tráfico de seres humanos são proibidos por lei. Todo o ser humano tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Mas tudo isto, infelizmente, não passa do papel, apesar da existência (?) de um Tribunal Europeu dos Direitos Humanos...

Vem isto a propósito de uma reportagem que passou no dia 20 de Outubro na RTP2 e que, apesar do que vimos e ouvimos, teimamos ignorar... Existem pessoas que deram a cara, prestaram o seu testemunho, denunciaram e fizeram importantes declarações sobre a forma como os cartéis dominam o sistema bancário mundial.

A história começa por nos recordar que os acontecimentos do 11 de Setembro serviram para nos desviar a atenção dos problemas da banca, centrando a sua importância nas questões do terrorismo. Nada que não me tivesse já passado pela cabeça, dado o que a partir desse dia todos recordámos, desde os sucessivos e horríveis acontecimentos de invasão, ocupação e guerra de alguns países. Já há alguns anos, venho denunciando nos meus artigos de opinião a "santa aliança" entre o terrorismo financeiro, os cartéis da droga, o tráfico de armas e pessoas, as guerras e o terrorismo. Estamos a falar de biliões de dólares que são destinados a terroristas e aos cartéis de drogas. Sabe-se hoje que o sistema financeiro apenas queria e quer maximizar os seus lucros sem se preocupar com a origem do dinheiro, venha ele duma qualquer organização de droga, ou do tráfico de seres humanos ou armas. O que importa para o sistema é o lucro. A



morte de milhares de inocentes, para eles, é uma causa natural da engrenagem... E é assim que milhões de dólares financiam o Hezbollah e os cartéis de droga. Este é um sistema hipócrita, que prende e envia para a cadeia um jovem que esteja a consumir haxixe mas iliba as pessoas que lavam mais de 200 biliões de dólares. Isto para não falar da permissividade com o tráfico de drogas proveniente do México. Esta é uma teia muito complexa que envolve o HSBC o maior banco do mundo, altos funcionários da justiça ligados a firmas de advogados de Washington cujos maiores clientes são os maiores bancos, que não são processados nem enviados para a justiça mesmo perante fortes indícios de crime. E depois os mesmos funcionários decisores voltam para os bancos. Onde existe droga, existem os cartéis, as máfias e o terrorismo financeiro. A Europa não pode fingir que o problema não existe... Podemos não ver os barões da droga na porta dum banco mas ninguém tenha dúvidas que eles andam por lá, até porque é muito importante continuar a lavagem do dinheiro e isto não se faz por um ou dois empregados da banca. Isto faz parte do crime organizado e envolve os "finórios oportunistas" da gestão que usam e abusam da fragilidade do sistema financeiro internacional... Estamos a falar de gangs altamente sofisticados do crime organizado. A crise financeira terá dado o tom para a música que a orquestra tocará. O polvo estende os seus tentáculos obstaculizando uma justiça lenta e comprometida com o regime. A Europa está inundada de cocaína e haxixe, 100% da cocaína tem sido traficada pelos cartéis colombianos ou mexi-

canos e a presença deles é bastante notória... Em Espanha, foram detidos membros do cartel de Sinaloa. Em Itália, documentou-se o encontro de membros do cartel Zetas com chefes da máfia italiana. O Afeganistão é o maior produtor de ópio e heroína do mundo... Existe hoje clara evidência e documentação que nos permite aferir desta relação da narcofinança, do terrorismo com o tráfico mundial de drogas. Ayman Joumaa, colombiano de ascendência libanesa, integrou um amplo círculo de lavagem de dinheiro e tráfico de narcóticos que fornecia cocaína, entre outros, ao cartel de droga mexicano Los Zetas e depois lavava os lucros da droga, que devolvia aos mexicanos. Com as operações de lavagem de dinheiro do Hezbollah para legitimar ou transferir centenas de milhões de dólares da cocaína para instituições financeiras legítimas, é aquilo a que chamamos esquema de lavagem de dinheiro baseado no comércio.

O dinheiro proveniente da droga e todo o tipo de comércio ilegal chega ao Líbano e acaba na banca libanesa, a partir da qual pode ser reciclado de modo seguro. Comprar e vender carros novos e usados, fazer as transações nos países como o Togo ou o Benim, transportar dinheiro em aviões, para o banco Líbano-Canadiano, depositar numa conta em nome do cambista Hassan Ayach ou da Elissa e, mais tarde, fazer regressar aos Estados Unidos faz parte de um vergonhoso "jogo Internacional" que atenta contra a humanidade e os mais elementares direitos humanos.

O mundo está a enveredar por um caminho de insanidade, fantasia e ilusões. Vivemos momentos muito difíceis de guerras e de terrorismo, com a morte e a chacina de milhares de inocentes, sobretudo crianças, alimentado apenas pela sede de poder e de riqueza. A droga tornou-se uma fonte de financiamento essencial do terrorismo... Faz parte de um sistema que continua a alimentar um polvo corrupto e tentacular que está a liquidar a paz e a justiça social nos quatro cantos do mundo.

Sérgio Oliveira,
director

“Houve sempre uma coerência e uma linha de rumo no desenvolvimento das respostas”

Desde 1997 ao leme das estruturas decisórias portuguesas de combate às drogas e às toxicodependências e com uma experiência profissional no eixo do tratamento que se iniciou pouco depois dos 30 anos de idade, o Comendador Dr. João Goulão é hoje, aos 62 anos, uma das figuras que mais contribui internacionalmente para que o mundo passe definitivamente a olhar para as políticas de drogas com pragmatismo, elegendo o cidadão com comportamentos aditivos e dependências como foco e aproximando-o dos necessários cuidados. Nunca descurando o decisivo papel de todos aqueles que o acompanharam durante este percurso, é um dos principais mentores do designado “Modelo Português” que, ao longo de pelo menos uma década, deu a volta ao mundo, suscitando curiosidade e convencendo os mais cépticos. Enquanto dirigente de estruturas como o SPTT, o IDT e o SICAD, cruzou-se com governos de diferentes quadrantes partidários mas é peremptório em afirmar nunca ter sentido que houvesse uma liderança política muito interveniente por parte de qualquer um deles... Como mágoa, guarda a extinção do IDT e subseqüentes alterações na orgânica da actual estrutura que hoje lidera. Um momento que, aliás, quase o fez bater com a porta mas, ainda assim, João Goulão não virou a cara à luta. Contudo, como muitos que legitimamente encaram esta luta como sua, confessa assistir hoje a um fenómeno que em nada dignifica o tal “Modelo Português”: “as equipas estão cada vez mais depauperadas em termos de recursos, os profissionais que saem não são substituídos e as dificuldades são cada vez maiores”, lamenta.

Nesta grande entrevista a Dependências, João Goulão promete ainda continuar a pugnar junto da Tutela pela reconstituição de um serviço que reassuma as tarefas de coordenação de toda a intervenção desenvolvida pelas unidades de intervenção local...

Não poderia deixar de começar a entrevista com uma alusão ao português do momento, António Guterres, alguém com especial relevo também no domínio das drogas... Foi no governo liderado por António Guterres que se de-

senhou a estratégia nacional de luta contra a droga e a toxicodependência e, por isso, convidava-o a deixar-nos umas palavras sobre o “homem do momento”...

João Goulão (JG) – Faço-o com muito gosto porque estamos todos muito orgulhosos com a eleição de António Guterres para Secretário-Geral da ONU num momento em que acabámos de saber que, em definitivo, foi o escolhido. Tive a oportunidade, em Abril passado, de participar na UNGASS, a sessão especial das Nações Unidas dedicada ao tema das drogas, em Nova Iorque, e, aí, por um lado, sentimos o prestígio que a nossa política nas dependências e, em particular, na droga, tinha a nível internacional. Houve inúmeros discursos, de várias delegações, que referiram o exemplo de Portugal como algo a seguir e, depois, tivemos um evento especial a propósito do chamado “modelo português”, em que fiz a apresentação do modelo, moderado pelo nosso Embaixador nas Nações Unidas em Nova Iorque, Mendonça e Moura, com a participação do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Professor Fernando Araújo, tivemos o Director do EMCDDA, Alexis Goosdeel, o Presidente do Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes, Werner Sipp, e um representante do UNODC. E foi impressionante saber que uma medida que começou por ser contestada há 16 anos foi agora apontada como um modelo de boas práticas dentro do espírito das convenções. Obviamente, tivemos também enorme gosto em afirmar – porque na altura esta questão da eleição de António Guterres estava já em cima da mesa e o Senhor Embaixador fê-lo – que esta decisão política tinha sido tomada no seu governo. Claro que houve um sorriso mais ou menos generalizado entre os circunstantes, mas foi uma referência que considero extremamente oportuna, por um lado, eventualmente útil no sentido desta votação, mas sobretudo que indicia uma largura de vistas. Não esqueçamos que estamos a falar de há 16 anos atrás, em que uma decisão deste tipo, ao arrepio do que parecia ser a corrente dominante no concerto das nações, foi muito corajosa. Aliás, um dos “papões” encenados na altura pela oposição referia que as instituições da ONU, em particular a UNODC, nos iriam ostracizar e exercer todo o tipo de pressões pelo facto de termos tomado uma decisão que, segundo eles e ao tempo, ia contra o espírito das convenções de que Portugal era signatário.



Isso torna António Guterres um visionário?

JG – É sobretudo um homem corajoso, que não virou a cara à luta por essa potencial dificuldade que iria ter que enfrentar. Aliás, na altura foram acenados vários “espantalhos” e um destes era este, o das convenções das Nações Unidas. Veio a comprovar-se que assumindo com coragem e frontalidade os pareceres que entretanto foram produzidos, nomeadamente o do actual Provedor de Justiça, o Professor Faria e Costa, que nos dizia que, mantendo penalidades administrativas, continuávamos dentro do espírito das convenções, nada teríamos a recear a esse nível. As questões que eram na altura acenadas, que diziam que Portugal iria tornar-se num paraíso para toxicodependentes de todo o mundo, que as nossas crianças iriam começar a usar drogas desde tenra idade... enfim, uma série de “sustos”, felizmente não se concretizaram mas, uma vez que não existia experiência prévia, isto indicia coragem. Coragem de António Guterres, coragem do promotor directo que iniciou este projecto, José Sócrates, do Presidente da República Jorge Sampaio, do então Ministro da Justiça e actual Primeiro-Ministro, António Costa. Foi uma série de políticos que se conjugaram neste sentido e que foram extremamente importantes. Mas a responsabilidade política em última instância pertenceu a António Guterres, Primeiro-Ministro e congratulo-me pelo facto de o ter feito na altura e pelo facto de o ver agora reconhecido a nível universal pela sua largueza de vistas e coragem.

Ao longo das duas últimas décadas marcou indelevelmente o percurso português em matéria de políticas sobre drogas e dependências... Sendo muitos os méritos reconhecidos, arrepende-se de alguma decisão?

JG – Não, em boa verdade, se olhar para o meu percurso profissional, posso dizer que dei uma volta completa na minha vida para corresponder ao convite que me foi dirigido em 1997 pela Dra. Maria de Belém, então Ministra da Saúde, para deixar o Algarve, onde estava em pleno desenvolvimento da minha carreira profissional enquanto médico, aflorando ainda uma carreira política porque era vereador da Câmara Municipal de Faro. Descontando isso, mais a nível pessoal - sabe-se lá como teria sido o meu percurso profissional se continuasse no Algarve – é evidente que nem tudo o que foi feito neste entretanto terá sido perfeito. Mas penso que houve sempre uma coerência e uma linha de rumo no desenvolvimento das respostas, invariavelmente com o apoio, desde muito cedo, do meu colega Manuel Cardoso e também durante muito tempo da Dra. Rosário Gil. Fomos construindo e liderando um processo com várias características inovadoras, sempre com uma base de democraticidade bastante importante, nunca esquecendo a opinião dos profissionais que no dia-a-dia estão na linha da frente da resposta a este tipo de problemas.

Apesar do low profile que sempre evidenciou, liderou, ao longo destes anos várias estruturas da tutela responsáveis pela concepção e implementação de estratégias que, em última instância, visaram a diminuição dos consumos e dos respectivos impactos na sociedade portuguesa... Cruzou governos de esquerda e de direita, reunindo a preferência de ambos para as lideranças que foi assumindo... Ao fim destes anos, consegue fazer o jogo das diferenças entre governos de esquerda e de direita em matéria de drogas e dependências?

JG – De facto, desde 1997 até hoje, já trabalhei com várias equipas governamentais mas nunca senti que houvesse uma liderança política muito interveniente, descontando este momento da decisão da descriminalização que, aliás, foi uma proposta apresentada ao Governo por um grupo que teve também a honra de integrar. Digamos que o mérito maior foi ter desafiado na altura uma equipa multidisciplinar para desenhar uma estratégia nacional e enfrentar uma situação calamitosa que o país enfrentava na altura. Mas, tirando isso, penso que tem existido sempre um primado dos técnicos, a quem tenho a honra de dar a voz e a cara, e da evidência científica, sobre as grandes decisões políticas nesta área. Nunca me pareceu existirem ideias muito diferen-



tes por parte de qualquer destes políticos que nos tutelaram. Julgo que podemos dizer que actualmente temos, nesta área, políticas de Estado e não políticas deste ou daquele Governo. Nos últimos anos tenho sentido isso com particular acuidade nas sessões em que apresento o nosso Relatório Anual na Assembleia da República. Os debates têm sido relativamente mornos, porque não há grandes discordâncias... A única decisão que foi mais ou menos intempestiva e que me pareceu despropositada porque injusta e injustificada foi a extinção do IDT e este pulverizar das respostas pelas ARS. Não me pareceu que houvesse de facto uma lógica. Do mesmo passo que se alargava a abrangência da intervenção nesta área a outros comportamentos aditivos – já tínhamos tido a inclusão do álcool no nosso mandato – o que me parece bem e, mais uma vez, nos colocou na vanguarda da abordagem destes temas, acabar com o IDT só porque era um instituto público e porque sobre estes recaia a fama de gastadores e era preciso acabar com os mesmos a todo o custo, não resultou na prática. Propusemos a transformação do Instituto da Droga e da Toxicodependência no “Instituto das Dependências”, não uma alteração radical do modelo. Não poupámos nenhum dinheiro, perdemos eficácia e criámos entropias onde não existiam e confesso que, na altura, só não sei porque, sendo um adepto da política de redução de danos, achei que poderia ser mais útil continuando e resistindo para que pelo menos as equipas integradas nas ARS não fossem pulverizadas e os seus profissionais mobilizados para outros tipos de tarefas. Agora, o facto é que temos visto que as equipas estão cada vez mais depauperadas em termos de recursos, os profissionais que saem não são substituídos e as dificuldades são cada vez maiores.

Já na altura da fusão do SPTT com o IPDT tinham havido momentos de alguma tensão...

JG – Sim, mas em relação a essa, à posteriori, vim a admitir que talvez tenhamos ganho operacionalidade com a junção e com o facto de haver uma responsabilidade mais bem assumida, com a figura de um coordenador nacional com a capacidade de se entender também com representantes de vários ministros. Naquele modelo do IPDT, com responsabilidades na representação internacional, no desenvolvimento dos projectos preventivos e no financiamento de algumas intervenções e, por outro lado, o SPTT, com a responsabilidade na prestação directa de cuidados, havia também algumas dificuldades que, no âmbito do IDT, foi possível ultrapassar.

O que lhe passou pela cabeça no dia em que soube que o IDT ia ser extinto?

JG – A demissão, claramente! Apeteceu-me dizer “alguém que pegue nisto”... mas, depois, aquilo que presidiu à minha decisão e à da equipa para continuar foi exactamente isso: não vamos sair de cena, vamos tentar evitar que os danos sejam maiores.. Foi um momento difícil e, impulsivamente, tive mesmo vontade de deixar. Mas, na verdade, estas coisas das drogas também “agarram” muito os profissionais e já levo quase 30 anos de trabalho nesta área, não seria fácil encetar outro percurso, admito.

Sabemos que existem hoje muitos serviços deficitários ao nível de instalações e de recursos humanos... Como vê o caso concreto do CRI de Leiria, que tem mais de 400 utentes em programa de metadona, com apenas uma enfermeira a meio termo?

JG – Como compreenderá e numa atitude que tenho mantido ao longo destes quatro anos, não gostaria de comentar casos muito específicos. Não tenho dúvidas de que as ARS e seus Presidentes terão a melhor das intenções de assegurar os melhores cuidados à população nesta e noutras áreas. A “manta” é curta em termos de recursos e sinto que, apesar de tudo, tendo um serviço completamente dedicado a esta área é mais fácil gerirmos os recursos, recrutarmos ou mobilizarmos profissionais e prover às dificuldades que vão surgindo do que no âmbito das ARS, com a sua imensidão de responsabilidades. De qualquer modo, dir-lhe-ia que é inaceitável que 400 utentes possam fazer as suas tomas, que se supõem diárias ou perto disso, aferir da abstinência e fazer análises, com a ausência dos recursos necessários. Assim, a qualidade e os níveis de excelência a que nos habituámos estão seriamente comprometidos.

Também a implementação da Rede de Referência, que à partida parecia mais fácil de desenvolver no seio de cada uma das ARS entre os diversos níveis de serviços que delas dependem, na prática revelou-se ainda mais difícil do que as articulações das ARS com o IDT.

Viveu momentos de liderança marcados pela transferência de competências da justiça para a saúde, pela descriminalização, pela concepção e implementação da primeira estratégia nacional, pela concepção do PORI, pela devolução das respostas de prevenção, tratamento, redução de danos e re-inserção às ARS... Qual destes momentos o marcou mais?

JG – A perspectiva de que todas essas respostas laboriosamente instaladas e construídas poderiam de um momento para o outro desaparecer. Houve um momento marcante na evolução disto tudo que coincidiu com a introdução da regulação das respostas privadas. Aí, dá-se um salto que sempre me pareceu inteligente – prévio à minha liderança – de cometer ao Estado sobretudo a responsabilidade da intervenção em ambulatório e deixar a responsabilidade de gestão de Comunidades Terapêuticas sobretudo aos sectores Social e Privado. Não se conseguia com os meios existentes suprir todas as necessidades. Um momento marcante foi a introdução da regulação e a definição desta complementaridade. Isto salta-me à memória porque estive recentemente no Brasil, onde visitei algumas Comunidades Terapêuticas e tive a nítida sensação de ter andado 30 anos para trás porque a situação que se vive naquele grande país no que respeita à intervenção das Comunidades Terapêuticas está ainda muito perto do que vivemos nessa altura. A partir daí, do facto de tipificar estas respostas como Unidades de Saúde especializadas, da introdução da regulação, da capacidade de licenciamento, de fiscalização e da celebração de convenções houve um crescimento harmónico, ainda que nem sempre perfeito, mas bastante bem conseguido. O desaparecimento de uma entidade líder, do farol de todas estas intervenções ou pelo menos a introdução de uma interposta pessoa no acompanhamento dessas respostas pareceu-me verdadeiramente um “tiro no pé” e foi o maior susto que tive durante todos estes anos. Em suma, por um lado, no que respeita à possibilidade de as equipas antes pertencentes ao IDT serem desmembradas e os seus profissionais utilizados para assegurar outras respostas à população e, por outro lado, a possibilidade de, na ausência de fiscalização, na ausência de acompanhamento e de processos de licenciamento claros e transparentes, exercidos sobretudo numa perspectiva pedagógica, virmos a perder, retroceder e favorecer respostas menos sérias como tínhamos vivido no início dos anos 80, em que floresceram por todo o lado respostas privadas, algumas muito boas mas a maioria muito

más e que se constituíram como mais uma vertente da exploração do toxicodependente. Essa foi uma abertura a uma possibilidade que antecipei que poderia acontecer.

Quer queiramos quer não, Portugal continua a ter um positivo de resposta diferenciado, que privilegia o acesso a utentes com comportamentos aditivos e dependências face a outros, com outras patologias... Em que medida será esta especialização uma descriminação positiva?

JG – Sim e várias vezes senti algumas pressões e esbarrei com colegas que trabalham noutras áreas e questionavam por que é que essa população haveria de ter esse tipo de tratamento quando os próprios não o conseguiam para outros tipos de necessidades da população em geral. É evidente que sempre nos batemos por este tipo de população, que carece de descriminação positiva porque, de uma forma geral, é descriminada negativamente. Para que esteja em pé de igualdade com outros cidadãos, precisa de uma descriminação positiva e de respostas que tenham em linha de conta, à partida, que estamos muitas vezes a servir os excluídos de entre os excluídos.

Parece já ter engolido em seco a extinção do IDT e a criação do SICAD, supostamente subjacente ao esvaziamento de competências e de algumas respostas...

JG – Não posso afirmar que o que estava subjacente era isso... Nunca ninguém mo disse claramente. Mas também tenho agora a sensação de que foi útil ter ficado...

Existe um movimento liderado por um grupo de profissionais afecto à área das dependências, o propalado Grupo de Aveiro, que tem vindo a apresentar propostas e soluções que visam devolver ao país uma oferta qualificada e baseada num princípio que lhe é caro, o da centralidade no cidadão. O que terá o Dr. João Goulão a dizer a estes profissionais que teimam em resistir em prol desta população?

JG – O contributo desses profissionais, que decidiram reunir-se para reflectirem e apresentarem propostas, foi e é extremamente útil. Devo dizer que, quando a actual equipa ministerial entrou em funções, no primeiro contacto que tive com o Sr. Ministro e Secretários de Estado, falámos exactamente disso. É sabido que o actual Governo assumiu que, no primeiro ano, que terminou muito recentemente, não haveria alterações na orgânica dos ministérios mas, desde logo, foi manifestada abertura para equacionar e repensar estas estruturas. Mais tarde, na sequência do chamado Grupo de Aveiro e também de perguntas de grupos parlamentares, entre outros, tive oportunidade de falar várias vezes com a Tutela a este propósito. Tivemos um momento marcante, que foi a presença do Sr. Ministro no congresso do SICAD, em que revelou publicamente abertura para se pensar na reconstituição de um serviço que reassumisse as tarefas de coordenação de toda a intervenção desenvolvida pelas unidades de intervenção local. Mais recentemente, revelou que está a ser equacionada uma reestruturação mais lata do Ministério. Não temos qualquer informação quanto ao timing para que esta alteração possa acontecer. Como entenderá, sou quase diariamente questionado pelos profissionais mas não tenho uma resposta para lhes dar.

O que me obriga a insistir: quando todos os partidos políticos já assumiram que esta situação não é benéfica e sugerem nova alteração orgânica, o que faltará para a efectivar? Apenas vontade política



JG – Neste momento, creio que estamos pendentes da tal reestruturação mais vasta. . Essa vontade já foi manifestada mas a situação tem-se arrastado. Tínhamos a expectativa de que, na construção do Orçamento de Estado, nos fossem já dadas indicações para que fizéssemos reflectir na proposta de orçamento uma alteração, mesmo que ela viesse a ocorrer apenas no próximo ano mas, de facto, não houve essa indicação.

Para o comum dos mortais é difícil perceber como existe uma estrutura de topo como o SICAD e, depois, as DICAD, com uma tutela diferente...

JG – Apesar de tudo, penso que a criação das DICAD permitiu a sobrevivência destas unidades, integradas nas ARS sem que tivesse ocorrido a sua diluição. Houve, por exemplo, a constituição de um grupo de trabalho ao qual foi encomendado o estudo da forma de integração das unidades dedicadas aos CAD nos ACES e acabou por ser considerado que tal integração não era oportuna nem desejável... A existência das DICAD, apesar de tudo, permitiu manter ao longo destes quatro anos alguma coesão e, embora com outros “patrões”, uma coordenação próxima daquele que era o funcionamento das delegações regionais do IDT. Mas, pelo que me é dado entender, na prática, estas DICAD têm tido um poder muito limitado e pouca capacidade de decidir autonomamente.

Continua a ser o coordenador nacional de luta contra a droga... Com a extinção do IDT considera-se um coordenador sem competência?

JG – Não. Neste momento, o coordenador nacional é, por inerência, o director-geral do SICAD. É evidente que ter um serviço com quase dois mil profissionais, no âmbito do Ministério da Saúde, inteiramente dedicado a esta área, é diferente de ter um serviço com 80 profissionais... Depois da minha passagem de bastantes anos pelo Algarve, salta-me muitas vezes a analogia relacionada com o choco e o polvo... Diria que o IDT era um polvo com uma cabeça relativamente pequena e com uns tentáculos muito compridos e hoje temos o SICAD, que é um choco com uma grande cabeça e umas patinhas muito curtas. Portanto, a capacidade de intervir e de mexer no terreno é mínima. As únicas unidades que estão ligadas a nós, com o nosso suporte administrativo e de coordenação, embora não dependam organicamente do SICAD, são as CDT e, mesmo em relação às Comunidades Terapêuticas, somos os titulares dos contratos de convenção mas não somos nós que nos relacionamos com eles no dia-a-dia nem somos nós que pagamos os internamentos ali efectua-

dos, porque essa vertente orçamental está nas ARS, que abrem ou fecham a torneira de acordo com as suas disponibilidades.

Passados 16 anos sobre a descriminalização e sobre a aproximação da população tradicional toxicodependente, novos desafios se impõem quanto aos cuidados a prestar a indivíduos envelhecidos e sem grandes perspectivas de integração laboral... Já se perspectivou uma eventual integração na rede nacional de cuidados continuados mas, na verdade, muitas comunidades terapêuticas continuam a acolher indeterminadamente estas populações...

JG – Apesar de tudo, já houve algum progresso ao introduzirmos no funcionamento das Comunidades Terapêuticas a possibilidade da existência de estadia mais prolongada do que o habitual ano que era tido como limite. Neste momento, para aqueles toxicodependentes em muitos casos envelhecidos e sem qualquer tipo de retaguarda familiar ou perspectiva de reintegração laboral ou integração, afigura-se a necessidade de cuidados se calhar menos investidos do ponto de vista terapêutico mas mais do ponto de vista ocupacional e da prestação de cuidados de saúde gerais, que lhes permitam envelhecer com dignidade e de forma tão integrada quanto possível, quanto mais não seja nessas pequenas comunidades. O que eu imaginava e várias vezes abordámos a questão era a existência unidades específicas na rede de cuidados continuados que pudessem dar resposta a estas pessoas. Isso não tem sido possível e, verdadeiramente, existe uma discrepância expressiva ao nível dos custos envolvidos. Apesar de tudo, as Comunidades Terapêuticas dedicadas a esta área são incomparavelmente mais baratas do que os cuidados continuados, portanto, se tivermos a possibilidade de alargar estes programas residenciais mais prolongados e de criar condições para que os mesmos possam oferecer os níveis de cuidados que esta população carece, teremos vantagens.

Os 15 anos de descriminalização serão comemorados, discutidos e avaliados na cidade do Porto, onde decorrerá o próximo congresso do SICAD... Falamos de um modelo reconhecido internacionalmente mas nem sempre bem acolhido a nível doméstico...

JG – Não diria tanto... Digamos que a questão da descriminalização é conhecida no nosso meio especializado e menos conhecida pela população em geral. Em relação ao reconhecimento internacional, devo dizer que esse conhecimento também ocorre muito entre os profissionais, porque é com eles que nos relacionamos, mas há muito interesse por parte de políticos, jornalistas, investigadores... 15 anos é de facto uma idade significativa e penso que faz sentido reflectirmos acerca do que aconteceu, que na minha perspectiva foram ganhos muito significativos, mas vamos ouvir o que os vários players têm a dizer. Será um encontro de reflexão, em que os próprios profissionais das CDT poderão falar das suas experiências, os representantes de parceiros, nomeadamente as forças de segurança que com eles articulam, terão a oportunidade de dar também o seu testemunho, teremos uma mesa com uma perspectiva internacional... Mas tudo isto faz sentido quando, também na sequência da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o tema da droga, tomamos consciência da riqueza do debate que assola todo o mundo em torno destas questões. E que vai de extremos, desde o que assistimos nas Filipinas a vários outros países onde continua a existir pena de morte para crimes conexos com as drogas, até posturas que



apontam para a liberalização, que é afinal o que acontece na maior parte dos países. Não há mercado mais liberal do que a droga, que é condicionado apenas pelas circunstâncias da oferta e da procura. Agora, o que está em cima da mesa é a regulação, ou seja, a legalização ou o estabelecimento de regras que vão desde a produção à distribuição, a quem, como, em que locais, e a apropriação pelos Estados de algumas partes deste circuito, com o correspondente arrecadar de receitas fiscais. E há um movimento bastante amplo neste sentido. Em Portugal, este debate não tem sido muito vivo, embora algumas forças políticas o aflorem amiúde. Do meu ponto de vista, isso não acontece porque, de uma forma geral, a nossa população está relativamente confortável com o quadro legal existente. Há 15 anos, tínhamos a premência de mudar qualquer coisa, a todo o custo. Investíamos em cada vez mais profissionais, mais centros, mais esforço e as coisas pareciam cada vez piores...

...E valeu a pena...

JG – Sem dúvida que valeu a pena! A grande virtude desta decisão foi tornar o todo das intervenções muito mais coerente. Se toda a estratégia se baseava na ideia de que o toxicodependente é uma pessoa carente de cuidados de saúde e apoios sociais, mais do que de ir para a prisão, o todo das políticas, desde a base e do quadro legal das drogas, tinha que ser alterado em conformidade.

E notou isso na reunião da UNGASS?

JG – Sim, notei isso mas notei também que as convenções actuais consagram o paradigma proibicionista. Acho que fomos tão longe quanto possível dentro deste paradigma, ou seja, fomos ao limite, sendo que continua a ser proibido usar drogas em Portugal e a haver sanções, mas as mesmas são administrativas e não penais. Mas isto mantém-nos neste espírito do paradigma proibicionista. Aquilo que hoje se discute é um novo paradigma que não cabe nas convenções. Portanto, para que seja aceite é preciso alterar as convenções. Ora, com mais de 190 países, com posturas tão diferentes e com a necessidade de tomar decisões por consenso, das duas uma: ou António Guterres consegue um milagre no sentido de obter consensos na alteração deste paradigma ou então ainda teremos mais uns anos pela frente até que o mesmo seja alterado.

Em que medida poderá contribuir a validação científica para a alteração dessas posturas?

JG – Sim, repare: a evidência científica de que a descriminalização não teve efeitos negativos na evolução do fenómeno, bem pelo contrário, é um sinal positivo. Mas neste momento e à revelia das tais convenções já vamos tendo alguns ensaios do novo para-

digma regulador. Acontece em alguns estados dos EUA, embora a lei federal ainda não o assuma, ou no Uruguai, e faz todo o sentido que acompanhem com toda a atenção a forma como estas coisas evoluem nesses países, sendo necessário que tenhamos em linha de conta que as realidades são francamente diferentes. Se olharmos para o panorama das nações, vemos que os estados mais favoráveis a este novo paradigma regulador são países da América Latina, onde a droga mata mais porque as pessoas andam aos tiros umas às outras do que propriamente por via dos consumos... Temos a responsabilidade de estarmos atentos à evolução da situação nesses países, bem como à forma como grandes potentados internacionais se posicionam para se apropriarem deste novo mercado. É igualmente importante que não sejamos naives em relação a esta evolução. Na nossa realidade, a discussão sobre a legalização tem sido invariavelmente envolvida numa confusão mais ou menos deliberada com o uso terapêutico da cannabis - e faço um aparte para lembrar que, também aqui, fomos inovadores ao descriminalizarmos o uso de todas as substâncias. As experiências mais ousadas que têm surgido noutras zonas do mundo têm a ver com a descriminalização ou a legalização da cannabis... O que presidiu à ideia de descriminalizar o uso de todas as substâncias foi já a questão da centralidade no cidadão. O que verdadeiramente interessa é a forma como o cidadão se relaciona com a substância e não a substância em si própria. Não é a substância que tem que ser diabolizada. Temos que nos focar nas circunstâncias que levam o indivíduo a usá-las de forma problemática e a permitir que estas se tornem no centro das suas vidas. Quanto às propostas relativamente tímidas que têm surgido no nosso contexto sobre a legalização da cannabis, estabelece-se desde logo, mais ou menos deliberadamente, uma grande confusão entre o uso terapêutico e o uso recreativo. Penso que são ambas discussões legítimas mas que devem ser travadas em contextos completamente diferentes. O uso terapêutico é uma questão para profissionais de saúde, para o Infarmed, para as ordens e para os colégios de especialidade discutirem e constatarem se existem vantagens inequívocas na introdução do armamentário terapêutico de cannabis ou produtos preparados a partir de cannabis. Outra coisa é a discussão acerca das liberdades individuais e da legitimidade de cometer ao cidadão a responsabilidade de se autodeterminar, com substâncias presentes num mercado regulado e a pessoa faz o uso como o faz relativamente ao tabaco ou ao álcool, com limites de idade e de locais para comercialização. A questão é: será que teremos vantagem em legalizar substância que, comprovadamente dão problemas quando estamos a fazer um movimento contrário em relação ao tabaco, por exemplo? Mas confesso que não tenho ideias completamente fechadas em relação a isto. Antes de assumir uma posição e de me bater por ela, gostava de ver o resultado destas experiências que estão a ser ensaiadas noutros países, que arriscaram soluções porque necessitavam urgentemente de fazer algo.

Após quatro anos de incertezas, que suscitaram tantas dúvidas no seio dos profissionais que intervêm em CAD, poderá finalmente anunciar alguma novidade positiva no encontro do SICAD no Porto?

JG – Espero ter essa possibilidade. Tenho feito o possível no sentido de transmitir a quem decide a necessidade de reconstituirmos um serviço que tenha a capacidade de dar resposta à população que pretendemos servir. Não tendo a certeza de que tal pos-

sa vir a acontecer no próximo mês, o que posso dizer é que não deixarei de me bater por isso.

Temos estado muito centrados nesta conversa nas substâncias ilícitas e na questão do novo paradigma mas gostaria também de chamar a atenção para a intervenção que temos desenvolvido na área do álcool, já para não falar nos outros comportamentos aditivos, como o jogo, em que estamos ainda numa fase relativamente incipiente, embora já tenhamos concebido e ajudado a preparar algumas respostas no terreno. Em relação ao álcool, adoptámos também uma postura de desenvolvimento de políticas equilibradas entre a oferta e a procura, a exemplo do que fizemos relativamente às ilícitas. De forma geral, aquilo que podemos assumir como área da oferta no que respeita ao álcool, é assegurado através da regulação, das regras que são introduzidas e de uma política de preços. Também no que respeita a essa questão, temos defendido as nossas ideias de uma forma consequente. Criámos o Fórum Nacional Álcool e Saúde, onde parceiros de diversas áreas estão presentes. Para nós, o valor supremo é o da saúde mas não podemos ignorar que existem outros valores em presença, nomeadamente os da economia, num país depauperado como o nosso. E o desenvolvimento de políticas tem que ter também em consideração essas questões. Por outro lado, encabeçámos outro processo de extrema importância, assumindo a liderança de uma acção comum patrocinada pela Comissão Europeia, o RAHRA, no sentido de reduzir os efeitos do uso nocivo do álcool. É um projecto que decorre há três anos, coordenado pelo SICAD, com 28 parceiros da União Europeia e outros extra comunitários, que culminou com uma conferência final em Lisboa. Estou certo que a “Dependências” não deixará de lhe dar o merecido relevo, sendo o meu colega Manuel Cardoso a pessoa certa para lhe dar mais detalhes, uma vez que foi o Coordenador Executivo do projecto. Em suma, também nessa área, o tal “choco” em que o SICAD se tornou, apesar de não ter uma actividade directa junto da população que pretendemos servir, tem trabalhado arduamente na criação de instrumentos que possam ser úteis aos profissionais de primeira linha.

Estarão os actuais CRI e demais respostas existentes no país preparados para responder a essa problemática do álcool?

JG – Os problemas do álcool foram passados para a esfera de intervenção do IDT num momento em que o problema com as substâncias ilícitas estava em declínio, nomeadamente com o “inimigo público” número um, a heroína, em acentuada perda, e começávamos a sentir alguma capacidade sobrança para abordar novas áreas. Neste momento, se por um lado tivemos alguma degradação na capacidade de resposta das equipas e, se por outro lado tivemos algum recrudescimento de fenómenos clássicos relacionados com a heroína e um aumento da pressão ocasionado por outras substâncias e dos problemas relacionados com o álcool, é claro que as equipas estão no limite da sua capacidade de resposta. Para esses e para outros problemas teremos que reforçar a capacidade das mesmas. De qualquer forma, gostaria de deixar mais uma palavra de apreço a todos os profissionais que, nestas circunstâncias difíceis, têm conseguido assegurar o essencial do modelo e, já agora, a si, Sérgio, e à sua equipa da “Dependências” uma palavra de apreço pelo enorme trabalho de divulgação daquilo que vai sendo feito, de reflexão e conhecimento em torno destas áreas.

Acção comum financiada pela Comissão Europeia para reduzir efeitos nocivos do álcool:

Conferência final RARHA divulga recomendações em Lisboa

O evento, que resulta do trabalho desenvolvido ao longo de três anos pela joint action da Comissão Europeia, decorreu nos dias 13 e 14 de Outubro na Fundação Oriente e permitiu testemunhar uma bem conseguida harmonização de conceitos entre os 31 estados-membros participantes e várias organizações internacionais, como a OMS, a OCDE, o EMCDDA ou o Grupo Pompidou. De realçar ainda a produção final de recomendações com vista a reduzir o consumo nocivo de álcool e o reconhecimento, por parte do comissário europeu para a saúde e segurança alimentar, de que esta acção comum tem que continuar no futuro, para bem da saúde pública.

Dependências esteve presente numa conferência em que a tutela portuguesa da saúde fez questão de participar, através do ministro da saúde e do secretário de estado e entrevistou Vytenis Andriukaitis, comissário europeu para a saúde e segurança alimentar e Manuel Cardoso, coordenador da RARHA.

As percepções dos grupos de trabalho, apresentadas na conferência, têm um forte foco na cooperação mútua e partilha de conhecimento entre os Estados membros, abrangendo uma vasta gama de tópicos na redução dos efeitos nocivos do álcool, considerando os futuros desafios e impacto sobre a política de saúde pública na Europa.

Vytenis Andriukaitis, Comissário Europeu para a Saúde e Segurança Alimentar, foi claro na defesa da sua perspectiva mais fundamentalista: "Saúdo os progressos realizados por todos os Estados-Membros e entidades parceiras na presente acção comum. A pesquisa que realizaram mostra que metade dos nossos cidadãos apoiam medidas fortes para enfrentar os danos ligados ao álcool, tais como os preços altos, restrições sobre o número de pontos de venda e restrições de tempo e proibições de publicidade. Convido todos os Estados-Membros a trabalharem sobre estas bases e a implementarem medidas para combaterem os malefícios do álcool

sob uma ampla gama de políticas. Eu acredito que esta acção comum é um bom exemplo da forma como a Comissão pode ajudar os Estados-Membros a abordar o abuso do álcool e eu mantenho-me comprometido a continuar a apoiar os Estados-Membros a este respeito".

Todos os resultados elegem como objectivo proporcionar novos conhecimentos e ferramentas baseadas nos resultados RARHA em três áreas:

1. Acompanhamento dos padrões de consumo e efeitos nocivos do álcool:

Fornecer uma linha de base para a avaliação comparativa e monitorização da epidemiologia do álcool, incluindo os níveis e padrões de consumo e efeitos nocivos do álcool em toda a EU; Fortalecimento da capacidade metodológica comparativa na pesquisa sobre o álcool e crescente interesse em usar metodologia comum no futuro.

Resultados notáveis:

- Consumo excessivo episódico - colectado de forma comparativa pela primeira vez em toda a Europa, o estudo mostra que mais de 20% dos homens e mais de 10% das mulheres em países (21) representados nesta pesquisa bebem de uma forma perigosa pelo menos uma vez por mês.
- Fornecimento não registado - Em países com altas taxas de álcool e preços e praticamente sem controlo das fronteiras (como os países nórdicos da UE), as importações de álcool dos viajantes são uma fonte crucial de abastecimento não registado, enquanto nos países vitícolas as principais fontes de abastecimento não registado são de produções domésticas de vinho e de bebidas espirituosas.





- Atitudes em relação à política de álcool - Proporções substanciais, que vão desde mais de 40% para mais de 50%, apoiam medidas de controlo do álcool, tais como os preços elevados, restrições no número de pontos de venda e restrições de tempo e proibições de publicidade. Testes aleatórios em motoristas são apoiados por mais de 80%.
- Danos a terceiros - Cerca de um quinto dos europeus representados nesta pesquisa viviam com um bebedor bastante excessivo na sua infância ou adolescência e aproximadamente metade das pessoas admitiram ser negativamente afectadas por esse bebedor em sua casa. Quase 30% dos entrevistados relataram ter sido prejudicado por um bebedor excessivo conhecido por eles nos últimos 12 meses.

2. Guidelines para consumo de baixo risco nos países parceiros RARHA e um critério comum para baixo risco:

Definir guidelines de baixo risco como uma medida de saúde pública, com base na ideia de que os cidadãos europeus têm o direito de serem informados sobre os riscos relacionados com o consumo de álcool. Tomando como ponto de partida a diferença actual verificada quanto às guidelines nacionais, os parceiros neste trabalho exploraram a possibilidade de ampliar um terreno comum, a fim de contribuir para mensagens mais alinhadas dirigidas à população e aos profissionais de saúde.

Descobertas e destaques:

A importância de legislar e impor uma idade mínima de 18 anos para todas as bebidas alcoólicas em todos os países europeus.

O RARHA apresentou um cálculo inovador que demonstra que o risco de mortalidade devido ao álcool pode ser usado como uma métrica para os países europeus, apesar das diferenças nos seus níveis e padrões de consumo de álcool.

Guidelines nacionais de baixo risco poderiam ser apoiadas e amplificadas através de uma acção europeia.

É urgentemente necessária uma acção da Comissão Europeia para introduzir a prestação de informação aos consumidores sobre as bebidas alcoólicas nivelada com as informações obrigatórias sobre alimentos. Além de informações completas sobre os ingredientes e nutrição, poderia ser dado o número de gramas de álcool puro presente no produto para ajudar os consumidores a relacioná-la com a definição nacional de “bebida padrão” e das guidelines para consumo de baixo risco.

O RARHA demonstra que há grande - embora não total - consenso entre os especialistas de saúde pública sobre as principais mensagens sobre os riscos do consumo de álcool - por exemplo, que o consumo diário e o consumo excessivo ocasional são dois padrões de consumo potencialmente prejudiciais.

3. Encontrar exemplos de boas práticas na Europa e construção de um kit de ferramentas para reduzir efeitos nocivos do álcool:

Contribuir para a implementação da estratégia da UE destinada a apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool, concentrando-se em exemplos concretos de boas abordagens práticas que são implementadas nos Estados-Membros.

An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm

In 2006, the Commission adopted a strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. The Strategy covers five priority themes:

- ✓ Protect young people, children and the unborn child;
- ✓ Reduce injuries and deaths from alcohol-related traffic accidents;
- ✓ Prevent alcohol-related harm among adults and reduce the negative impact on the workplace;
- ✓ Inform, educate and raise awareness on the impact of harmful and hazardous alcohol consumption, and on appropriate consumption patterns;
- ✓ Develop, support and maintain a common evidence base.



O objectivo desta área consiste em contribuir para a implementação da estratégia da UE para apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool, concentrando-se em exemplos concretos de boas abordagens práticas que são implementadas; desenvolver critérios de boas práticas, compilar e disseminar as intervenções reconhecidas num kit de ferramentas.

Esta avaliação à escala europeia de intervenções de prevenção na área do álcool correspondeu a uma tentativa única para melhorar a qualidade das intervenções de prevenção do consumo de álcool nos Estados-Membros. Foram considerados três tipos de programas de prevenção:

- A consciencialização pública está a ser coberta pela área de programas públicos de comunicação e marketing social. Com um aumento do interesse político para a economia comportamental, essas práticas encaixam-se bem nesse paradigma.
- Intervenções baseadas na escola têm uma longa história, com um grande número de configurações diferentes em toda a Europa. Muitos não têm correspondido a um projecto que possa ser avaliado e medido; muitos mais têm mostrado pouco ou nenhum efeito sobre a redução dos danos causados pelo álcool.
- As intervenções precoces têm, durante um curto período de anos, conquistado um forte apoio por serem medidas rentáveis.

Consulte o kit de ferramentas em: <https://user-ucadpix.cld.bz/RARHA-ToolKit> (www.rarha.eu)

“O álcool continua a ser a terceira causa líder global para a doença e morte prematura. Na UE, os custos directos através de cuidados de saúde, crime, policiamento, acidentes e perdas de produtividade cifraram-se em 155 biliões de euros em 2010. Portanto, este é o momento para dar a conhecer esta estudos europeus e análises e recomendações”, afirmam os membros da joint action RARHA.



**MANUEL CARDOSO,
COORDENADOR DO
RARHA**

**“Os cidadãos
precisam
de mais
informação”**

**Que balanço faz destes três
anos de trabalho no seio do
RARHA, agora culminados
com uma conferência final?**

Manuel Cardoso (MC) – Diria que não foram três anos mas antes quatro porque a preparação da call correspondeu a um quarto ano, complicado e muito trabalhoso, numa primeira parte com muitas reuniões e discussões. Esta cal teve uma dificuldade inicial acrescida, que teve a ver com o montante de financiamento por par-

2014 – How to built a Joint Action

- ✓ RARHA is a Member States initiative that exists from joint work between European Commission and the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA).
- ✓ We have on board 27 from the 28 European Union Member States, plus Iceland, Norway and Switzerland.
- ✓ 32 Associated Partners and 29 Collaborating Partners, including World Health Organization/ Regional Office for Europe (WHO/Europe), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Organization for Economic Cooperation and Development (OECD Health Division) and Pompidou Group are participating in the Joint Action.
- ✓ 3 Horizontal Work Packages – Coordination, Dissemination and Evaluation and
 - 3 Core Work Packages – Monitoring, Guidelines and Tool-Kit;



te da Comissão Europeia, baixo face ao que os estados-membros pretendiam ou, se preferirmos, com demasiados estados-membros face ao montante que a Comissão estava disposta a investir. Por isso, quando temos 32 parceiros, o valor que a Comissão dedicou tornou-se escasso a dividir por todos e, simultaneamente, querendo os estados-membros apresentar projectos de intervenção, tornava-se ainda mais complicado... Portanto, o primeiro grande desafio consistiu em harmonizar muitos daqueles desejos e transformá-los num projecto exequível. E, efectivamente, conseguimos-lo. Mesmo antes disso, tivemos o desafio de começar a juntar estados-membros e parceiros e costumo afirmar com algum orgulho que, no início, quando fui a uma reunião destinada à discussão da joint action apenas seis representantes de estados-membros estavam disponíveis para participar e saí dessa reunião, em que aceitei a coordenação, com 21 estados-membros a dizer-nos que queriam participar, como parceiros associados. Depois, acabámos por ter todos os estados-membros e as demais entidades, uns com maior, outros com menor investimento. E ter como partners entidades como a OMS, o Grupo Pompidou, a OCDE ou o EMCDDA é excelente. O facto de terem dito sim já representa uma verdadeira aposta na joint action. Olhando para os resultados apresentados nesta conferência final, devo dizer que os mesmos são absolutamente fantásticos. Confesso que entrei para ter isto mas, ao mesmo tempo, não esperava que fosse tão bom. A título de exemplo, em relação às guidelines, confesso que não esperava ter estas recomendações tão sensatas. São recomendações absolutamente poderosas e aplicáveis. Não existem aqui fundamentalismos. Houve em simultâneo um grande

empenhamento por parte de todos e um tremendo bom senso e pragmatismo.

No início, esta RARHA dava um pouco a ideia de que iria produzir essencialmente diagnósticos, nomeadamente o mapeamento da situação de cada país, o que depois permitiria a comparabilidade entre os mesmos. No entanto, foi mais longe, empoderando os decisores políticos com as recomendações apresentadas...

MC – Absolutamente! Mas essa era, aliás, a ideia desde o início... A única dúvida que tínhamos, e por aí começou a discussão, prendia-se com este work package das ditas guidelines, cuja própria terminologia não foi feliz desde o início. Nós não pretendíamos fazer guidelines mas antes harmonizar conceitos. Falar sempre a mesma linguagem. E é também isso que está patente nas recomendações, uma vez que ninguém afirma, por exemplo, que a definição de baixo risco tem que ser igual para todos... mas diz-se o que não deve ser. O mesmo se aplica relativamente à ideia de não falarmos em bebida padrão, dadas as imensas diferenças, a esse nível, entre os estados-membros; por isso, recomendamos um valor em gramas de álcool, cabendo aos estados-membros definir como tentarão atingi-lo. Essa harmonização de conceitos foi atingida e as recomendações são uma mais-valia tremenda sem serem propriamente guidelines. Depois, havia a posição da OMS que, na minha perspectiva, está a propor algo que até pode ser desejável mas, neste momento, não é praticável. Para a OMS o lema é, apenas: “Álcool, quanto menos melhor”. Creio que os cidadãos precisam de mais informação.

A tool kit for evidence-based good practices

Covering 3 groups of interventions:

- **Early intervention services** (including brief advices)
- **School-based programs** (information and education)
- **Public awareness programs** (including new media, social networks and online tools for behavior change).....

... that have demonstrated their **effectiveness, transferability, and relevance**



Em que medida poderá esse conceito de consumo de baixo risco, que saiu daqui com uma assinalável unanimidade, ser equiparado à redução de riscos associada ao consumo de drogas ilícitas?

MC – Não gostava de o colocar nesses termos, até porque, nesse caso, estamos a falar de substâncias ilegais... De certo modo, o consumo das ilícitas não está liberto de um perigo que tentamos evitar quando tomamos medidas...

Mas também foi aqui assinalado que não existem consumos de álcool sem risco...

MC – É verdade... Mas repare num estudo que foi também aqui apresentado -e que se calhar nunca foi feito para as ilícitas-, sobre a avaliação do risco absoluto... O cidadão e a comunidade têm que perceber e assumir que os comportamentos têm riscos. Quando dizemos que o risco absoluto com determinado consumo é este, toda a gente percebe. Para as ilícitas não temos tanto isso... E preferia não tentar fazer sequer essa comparação, do mesmo modo que não gosto de fazer comparações com tabaco porque são situações completamente diferentes. Do tabaco já sabemos, desde logo, que não traz nada de bom e representa riscos. Relativamente ao álcool, conseguimos ter dúvidas. E conseguimos, eventualmente, saber que existe algum risco mas que o mesmo pode ser diminuído desde que não haja exageros...

O mesmo que se aplica ao sal, às gorduras ou ao açúcar...

MC – Exactamente! O problema não reside propriamente no consumo mas antes na quantidade... Em relação aos nossos comportamentos e aos excessos, o que fazemos é isso: há um tipo de consumo que, em princípio não trará risco mas, a partir do momento em que se gosta e consome demais, o risco vem associado. E é preciso que o cidadão e a comunidade tenham informação suficiente para decidir.

Estamos perante uma organização que, com poucos recursos e financiamento, conseguiu unir 31 países, com culturas, línguas e governos diferentes, com um esforço de logística tremendo, chegando a consensos e projectando uma linguagem comum. Tendo a coordenação sido feita na língua de Camões, também deverá constituir um orgulho para o país...

MC – Sim, é um orgulho enorme para nós e para o SICAD. O Sr. Ministro da saúde disse tratar-se de um orgulho para um país pequeno e creio que o fez com propriedade. Aliás, nós temos exemplos fantásticos a esse nível e não será por acaso que temos o novo secretário-geral das Nações Unidas... Acima de tudo, creio que conseguimos pôr sempre o objectivo comum à frente. Lembrem-se que, quando falamos sobre álcool ou drogas, eu sempre afirmo que precisamos de ter metas claras e essa tem sido a chave.

O que representará a presença do secretário de estado da saúde, ontem, no jantar oficial da conferência e a pre-

A tool kit for evidence-based good practices

• Good practice definition:

- Good practice refers to a preventive intervention (action/activity/working method/project/programme/service) that was found to be effective in accomplishing the set objectives and thus in reducing alcohol related harm. The intervention in question has been evaluated either through a systematic review of available evidence AND/OR expert opinion AND/OR at least one outcome evaluation. Furthermore, it has been implemented in a real world setting so that the practicality of the intervention and possibly the cost-effectiveness has also been examined.

• Questionnaire for Collecting the Good Practices was sent in Dec. 2014:

- from 32 countries, 48 cases were collected



sença do ministro da saúde no encerramento da mesma, num momento particularmente agitado em termos políticos, uma vez que se apresenta o Orçamento de Estado, e ainda a presença do comissário europeu da saúde e segurança alimentar?

MC – Francamente, não pensei nisso... Efectivamente, os três membros do Governo que nos tutelam estiveram 100 por cento connosco e creio que tal significa o reconhecimento do nosso trabalho. O ministro disse-o e creio que o sentiu face ao trabalho que temos feito a todos os níveis nesta área, pelos ganhos que temos tido. Mesmo na área do álcool, apesar de o mediatismo não ser muito significativo, também vamos tendo ganhos e alguns dados da OCDE que serão brevemente publicados reforçarão ainda mais as conclusões do recente ESPAD. Portanto, creio que esta presença reflecte o reconhecimento claro da organização como um todo e desta especificamente. A presença do comissário tem a ver com o facto de, pessoalmente, ser alguém empenhado nesta área do álcool. É evidente que qualquer comissário, tal como qualquer ministro, por muito empenhado que seja, tem sempre inúmeras limitações para conseguir levar as coisas avante. Com este comissário temos tido alguns momentos. Pelo facto de ser coordenador, tinha estado com ele quatro vezes e tínhamos falado uma linguagem bastante similar. Ele é muito mais fundamentalista do que eu, também o devo dizer. De qualquer modo, respondeu positivamente ao convite que lhe enderecei e acabou por vir. Sinto que ele gostaria imenso de deixar uma marca da sua passagem pela

Comissão nesta área e tentará fazê-lo. Mas reconheço que também para ele é extremamente difícil.

Durante o seu discurso na sessão de encerramento lançou um repto ao comissário no sentido de não deixar o RARHA cair. Estamos na conferência final, a joint action termina pelo menos a sua primeira fase dentro de pouco tempo e poderá seguir-se um período de implementação no terreno, fazendo chegar estas recomendações aos profissionais e entidades que intervêm mas, em entrevista à Dependências, o comissário deixou claro que o RARHA é para continuar...

MC – Eu, realmente, fui “oportunistico... O que disse é que trabalhamos desde Novembro do ano passado no sentido de percebermos qual era a posição dos estados-membros, por um lado, em relação a esta joint action e, por outro, em relação a uma nova. 26 dos 31 estados que participaram nesta joint action disseram e ainda dizem que querem participar de novo, sendo que outros dois estados, que não responderam em tempo útil ao questionário, nos revelaram hoje que também pretendem continuar. Desse trabalho, que pretendia identificar quem estaria interessado e quais as áreas que gostariam de ver abordadas, fomos trabalhando com a comissão e passando a mensagem e, em Junho, aconteceu uma reunião daquele comité (CNAPA) em que parecia que tudo corria sobre rodas... De repente, em Agosto, recebo uma mensagem de uma colega de outro estado-membro questionando o que se passava, uma vez que o que estava

A tool kit for evidence-based good practices

Results

	Early interventions	Public Awareness Interventions	School Based Interventions	Total
Rejected Interventions	10	3	5	18
Accepted Interventions	11	7	8	26
Total # Interventions assessed	21	9	13	43
% Accepted	52%	78%	62%	59%



**VYTENIS
ANDRIUKAITIS,
COMISSÁRIO
EUROPEU PARA A
SAÚDE E SEGURANÇA
ALIMENTAR**

**“Estamos
perante uma
situação muito
desafiante”**

no programa de trabalho da comissão era algo diferente... E em Setembro tivemos uma nova reunião do CNAPA em que nos foi dito que, afinal, não iria haver joint action porque os estados-membros não queriam. E a questão é muito linear: os estados-membros ora são representados por uma entidade, nomeadamente o ponto focal, ou são representados por outra entidade, que foi o que aconteceu neste caso. E aqui, as entidades que gerem isto podem realmente estar demasiadamente envolvidas noutras joint actions e, quando têm que fechar, esta é a área que desconhecem ou na qual não querem intervir tanto e deixam-na cair. São na mesma representantes dos estados-membros, mas não têm qualquer relação com o CNAPA e com as questões do álcool e, por isso, acabam por ter uma posição determinante em relação à continuidade da Joint action sem terem uma relação direta com esta área. Por outro lado, é incrível porque a Comissão está a pretender investir muito mais dinheiro do que o que eventualmente lhe poderia ser pedido para uma nova joint action. A Comissão pretende investir quatro milhões de euros nos próximos quatro anos quando, para esta RARHA, que foi de três anos, investiu 1,5 milhões. Portanto, isto é no mínimo estranho...

Que análise faz da posição assumida pelo comissário à nossa revista?

MC – A posição assumida pelo comissário é boa de ouvir mas a proposta que lhe chegar tem que ser consistente com isto. Porque se lhe chegar uma proposta avessa será muito difícil avançar.

Em que medida será esta área do combate ao uso nocivo do álcool uma verdadeira prioridade para a Comissão Europeia?

Vytenis Andriukaitis (VA) – Não o é apenas para a Comissão. É uma prioridade para todos nós, para todos os governantes, para todos os membros parlamentares, para todos os operadores. Repare: quantas mortes prematuras temos todos os anos? Todos sabemos... e é estranho! Temos, por um lado, um declínio demográfico e, por outro, uma população envelhecida e ainda um grande número de mortes prematuras de pessoas que deveriam estar em idade activa. Estamos perante uma falta de forças de trabalho, falta de actividades e falta de iniciativa para avançarmos em conjunto para mudar este cenário. A Comissão Europeia é uma parte dos Estados-Membros da UE... Eu tenho origem ucraniana e sei o quão desafiante é a situação no meu país, como o é na Bulgária ou na Irlanda, portanto, estas questões têm que estar na agenda das nossas decisões políticas, envolvendo parlamentos nacionais, governos, autarcas, Parlamento Europeu, Conselho Europeu e Comissão Europeia numa acção conjunta. Não reste qualquer dúvida de que estamos perante uma situação muito desafiante.

Como avalia o trabalho desenvolvido no seio do RARHA?

VA – Numa palavra, excelente! Agora temos que divulgar e disseminar percepções, conclusões e pesquisas e avançar.

Presume-se então que esta acção comum é para continuar...

VA – Sim, claro que sim, sem qualquer dúvida!

A tool kit for evidence-based good practices

Accepted Interventions

Level of Evidence	Early interventions	Public Awareness Interventions	School Based Interventions	Total
Basic Level	4	4	0	8
First indications for effectiveness	1	2	2	5
Good indications for effectiveness	1	1	3	5
Strong indications for effectiveness	5	0	3	8
Total	11	7	8	26

Entrevista a Leslie Rubin, Director Medico Developmental Pediatrics Specialists en Atlanta:

“Es importante diagnosticar al niño cuanto más pronto mejor”



Pregunta. ¿Cuáles son los instrumentos para detectar para diagnosticar un niño con Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)?

L. Rubin. Técnicamente los tres elementos que hacen falta para diagnosticar son: En primer lugar, la historia clínica de la madre sobre si ha consumido alcohol. En segundo lugar, las características físicas. Y en tercer lugar, un trastorno en el neurodesarrollo. En la madre hay que conocer su historia porque bien ella lo ha reconocido, o porque bien alguien del entorno lo ha dicho o porque tú mismo lo hueles o la ves intoxicada en algún momento. En cuanto a las características físicas, destacan por ser pequeños al nacer, su peso es inferior al percentil y además tienen unos rasgos característicos.

P. ¿Qué hacen en Atlanta para diagnosticarlos?

L.R. Lo que nosotros hacemos es realizar unas exhaustivas pruebas de medida. Lo realizamos alrededor de los ojos, en el espacio entre ambos ojos, medimos la longitud de las orejas, la colocación y forma de las orejas. También medimos el tamaño de la boca, el tamaño y configuración del filtrum. Además analizamos si tienen otro tipo de anomalías congénitas (en la piel, los genitales, las líneas de las manos, etc.). Utilizamos un sofisticado sistema de puntuación. Si terminado el reconocimiento tiene diez o más puntos, entonces es diagnosticado con SAF. Pueden tener muchos puntos, esto dependerá de la gravedad pero tienen que cumplir las tres características que hemos comentado al principio.

P. ¿Por qué es importante realizar un diagnóstico precoz?

L.R. Por varias razones. La número uno sería la importancia de conocer las necesidades particulares de estos niños. Ellos van a tener dificultades y si las conocemos vamos a poder ayudarles a que aprendan mejor, a que se comporten y ayudarles a ser exitosos en la vida. En segundo lugar, queremos conocerlo porque queremos saber cuál es la prevalencia. Necesitamos saber si el problema es pequeño, si afecta a pocos o a muchos niños. Queremos saber cómo de común es el problema. Y el tercero es para mí el más importante. Si conoces los criterios de diagnóstico, si conoces la magnitud del

problema, entonces será más fácil realizar buenas investigaciones. Porque la investigación requiere de criterios y definiciones muy claras. Esto es por lo que nosotros realizamos mediciones tan precisas con el sistema de puntos. Esto es por lo que invertimos en investigación.

P. ¿Cómo podemos ayudar a una persona que presenta una discapacidad causada por el SAF?

L.R. Lo más importante es que diagnostiquemos al niño cuanto más pronto mejor. Si lo hacemos antes de su nacimiento es fantástico. Tenemos que conseguir el compromiso con la intervención lo antes posible. Una de las intervenciones puede ser que los profesionales acudan a la casa y trabajen con la madre y con el niño para ayudar que la madre se comprometa. Con ello estás demostrando que estás apoyando a la madre, que estás allí para ayudarla a ella y a su bebé.

P. ¿Pero es esto posible? Es decir, lo que comenta requiere de una persona que esté todo el día con la familia.

L.R. Es posible. Claro que es posible, estoy convencido. Solo requiere de recursos. Por poner un ejemplo, una fundación tiene dinero para destinar a diferentes cosas, y esta puede ser una de ellas. Si tú inviertes pronto en esto, vas a conseguir lo que en economía se llama 'retorno de la inversión'. Si pones el dinero en el banco te dan un 2% o un 5% de intereses. Esto es lo mismo, si tú inviertes pronto en los niños, te darán intereses y más tarde tendrás mayores beneficios.

P. ¿Existe en EEUU un modelo para prevenir todos estos problemas de los que estamos hablando?

L.R. Existen varios modelos, no los conozco todos pero lo más importante es que el mensaje que debe difundirse a la población sobre salud pública es que las mujeres embarazadas no deben beber. Otra cosa muy importante es que las botellas tengan etiquetas que lo adviertan.

P. ¿Y un modelo de diagnóstico precoz?

L.R. Más que un modelo es tener conciencia o conocimiento, empezando por los profesionales de la obstetricia. Ellos tienen que detectar si puede haber un problema y advertir de los riesgos, incluso una vez haya nacido el bebé. Y si nos encontramos con que la madre aparece bebida o incluso con consumos de otras sustancias, una agencia estatal se encarga de a lo mejor llevarlo con otro miembro de la familia para que lo cuide debidamente. Y si más adelante la madre se rehabilita puede volver a cuidar del niño pero habrá que probarlo.

P. ¿Qué ayudas sociales necesitan los niños?

L.R. Los niños necesitan sobre todo estar en una familia que los quiera y los comprenda. Esto es para todos los niños lo más importante pero para estos niños más aún porque son más irritables y más vulnerables.

Casa de Saúde S. João de Deus do Funchal promove formação e partilha de experiências

A Casa de Saúde S. João de Deus Funchal organizou a IIª Convenção de Comportamentos Aditivos e Dependências da Madeira, que teve lugar nos dias 06 e 07 de Outubro de 2016, no Teatro Municipal Baltazar Dias, no centro da cidade do Funchal. O evento, que contou com cerca de 500 participantes, marca a continuidade de um trabalho de formação, reflexão e partilha de experiências há muito trilhada pela instituição na continuada intervenção, pesquisa, investigação e procura de respostas de excelência técnica e científica, conducentes às melhores práticas, segurança e qualidade assistencial que desenvolve.

A sessão de abertura das Jornadas foi presidida pela Secretária Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, Rubina Branco Leal, em representação do Presidente do Governo Regional da Madeira, Miguel Filipe Machado de Albuquerque.

Dependência marcou presença no evento e recolheu depoimentos de Rubina Branco Leal, Luís Filipe, Director Clínico do Instituto S. João de Deus e do médico espanhol Fernando Mora.



**RUBINA BRANCO LEAL,
SECRETÁRIA REGIONAL
DA INCLUSÃO E
ASSUNTOS SOCIAIS**

***“Os jovens
consomem
cedo e muito”***

“Gostaria de começar por agradecer à Casa de Saúde S. João de Deus e a todos os seus profissionais que dedicam grande parte do seu tem-

po a populações e indivíduos em situação vulnerável e tantas vezes de difícil solução, como são as dependências e os comportamentos aditivos. De facto, vejo aqui caras que há muitos anos estão nestas andanças. Eu própria, estou nesta área há mais de 25 com o Dr. Luís Filipe, onde elencámos vários projectos no âmbito da prevenção das toxicodependências. E é interessante verificar que todos vós continuam com o mesmo empenho e dedicação e não desistem porque este é, de facto, um trabalho em que não pode haver qualquer resistência da parte da comunidade técnica. Uma palavra de apreço à Comunidade dos Irmãos de São João de Deus pelos 93 anos de um trabalho em prol da saúde mental na Região Autónoma da Madeira. Não queria ser técnica mas, porque temos que olhar para os estudos, gostaria de deixar-vos alguns indicadores que me levam muitas vezes à reflexão. Um estudo nacional recente sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências revela que, em Portugal, os jovens consomem cedo e muito. Acho que temos aqui

a prova de que é da maior relevância a adopção de instrumentos e mecanismos que veiculem junto dos nossos jovens um conjunto de informações que promovam a capacitação e conhecimentos dos riscos associados aos diferentes consumos, tendo em vista a adopção de comportamentos e atitudes preventivas. O Dr. Luís Filipe já aqui anunciou e ninguém tem dúvidas: a prevenção é a melhor arma ao nosso alcance. Conhecemos os riscos colaterais que advêm do consumo, nomeadamente das bebidas alcoólicas e dos custos que isso traz para a saúde. Portanto, o que temos que fazer cada vez mais e sempre é, de facto, apostar na prevenção. E, neste sentido, a secretaria da minha tutela, com o indispensável apoio da Secretaria Regional da Saúde, através da Unidade Operacional de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (OCAD), tem no terreno um conjunto de projectos e programas relativos à prevenção dos riscos no âmbito das adições. Permitam-me que vos dê conta do mais recente desses projectos, que conta com o apoio técnico-científico, formativo e monitorização da OCAD. O Programa de Prevenção em Contextos Sociais Vulneráveis situa-se no eixo da prevenção selectiva, dado que as intervenções se dirigem a subgrupos ou segmentos da população com características ou comportamentos específicos. Está presente em seis concelhos da nossa região, através de 29 estruturas da comunidade, numa intervenção que se desenvolve, por exemplo, em cinco bairros sociais mas não só porque temos consciência de que existem populações que são efectivamente mais vulneráveis e é por aí que temos que começar. O objectivo passa por capacitar crianças, jovens e famílias, envolvendo-as numa acção efectiva, reduzindo os factores de risco e potenciando os factores de protecção. Para tal, procuramos desenvolver, junto de crianças e jovens, competências pessoais e sociais, a vinculação social e escolar e o conhecimento dos riscos associados às substâncias psicoactivas. E procuramos auxiliar os pais e apoiar os filhos na concretização de objectivos de desenvolvimento específicos para cada idade, nomeadamente ao nível do controlo dos impulsos. Replicámos neste programa modelos de intervenção já existentes e que se revelam como boas práticas preventivas nos grupos definidos e planificámos novas respostas baseadas nas necessidades dos grupos e dos contextos sinalizados e intervencionados. Julgo também que a criação das equipas de saúde concelhias e multidisciplinares, que futuramente estarão no terreno da Secretaria Regional da Saúde, constituirão uma mais-valia para os doentes, para as famílias e para o trabalho em rede.

Quando falo em danos colaterais, existem dados que devemos tomar em atenção: as dependências estão presentes em 57 dos 79 novos casos de violência doméstica na nossa região. Isto significa que 62,2 por cento dos agressores apresentam algum tipo de dependência, sendo o álcool o mais relevante. Isto sem falar no número de casos de sinistralidade ou de reclusos associados a comportamentos aditivos.



Permitam-me também falar em algo que tem a ver com a literacia da saúde e a aposta na promoção da mesma. Estimular a literacia em saúde dos mais jovens é incrementar as suas competências e conhecimentos para acederem, compreenderem, avaliar e utilizarem informação sobre saúde. Essas competências e conhecimentos em CAD permitir-lhe-á tomar decisões, prevenir consumos e promover uma vida saudável. Este é um desafio que pode e deve ser assumido, fazendo uso de ferramentas e meios que cada vez mais fazem parte do quotidiano dos nossos jovens.

Queria terminar respondendo às palavras do Sr. Director da Casa de Saúde... De facto, não pode haver parentes pobres na medicina porque também não podem existir doentes de primeira e doentes de segunda. Esse terá que ser sempre o nosso trabalho: abordar, intervir e tentar desmistificar o que é um doente e esta área da saúde mental, algo que infelizmente ainda não acontece.

Finalmente, tenho a expectativa de que, no próximo ano, à semelhança do que acontece com o contrato programa existente entre a Secretaria Regional da Saúde, que esta possa realizar um acordo de cooperação, no sentido de podermos contar com esta casa de saúde para mais uma parceria no apoio aos doentes com patologia demencial e de Alzheimer, bem como noutras áreas”.



LUÍS FILIPE, DIRECTOR DO ISJD

“Não podem existir instituições fechadas”

Que balanço faz desta II Convenção de Comportamentos Aditivos e Dependências da Madeira?

Luís Filipe (LF) – Penso que poderemos fazer um balanço positivo face à qualidade das comunicações mas também pela adesão que tivemos dos profissionais de saúde, da comunidade educativa e do público em geral que, de alguma forma, também integra os nossos objectivos no que concerne ao alerta para o exigente direito de cidadania, que pretendemos ver de uma forma cada vez mais participativa. Por outro lado, o evento possibilitou ainda que passássemos alguns conhecimentos actuais que os possam auxiliar nesta mudança de comportamento, não só daqueles que por qualquer razão são vítimas de um



problema de adição mas também aqueles que, não sendo vítimas directas, acabam por sofrer essas consequências e também têm um papel activo neste processo de prevenção e de reabilitação destes doentes.

Que barreiras se colocam hoje no combate ao uso nocivo do álcool?

LF – Desde logo, a cultura... Continuamos a viver numa sociedade em que, quando visitamos alguém, a primeira frase que ouvimos é “o que queres beber?”... Provavelmente, ainda não teremos encontrado outras formas de iniciar uma conversa amena, nem que seja entre amigos. Por outro lado, temos o tempo que demoram a surgir as medidas em termos de prevenção e a “guerra” e o poder baseado no lucro dos agentes económicos.

Que vantagens representa uma certificação da qualidade para uma unidade de saúde mental?

LF – Os processos de qualidade são hoje uma mais-valia. Penso que estamos no início e temos que continuar a esforçar-nos, sobretudo numa altura em que a escassez de recursos é uma realidade. São os mesmos recursos que, para além de tratar, têm que fazer os processos de qualidade e penso que é nesse meio-termo, entre encontrarmos o que é bom nesses processos de qualidade e, aquilo que eventualmente, havendo essa escassez de recursos, é menos bom porque nos pode tirar tempo para estarmos com os nossos doentes. Existem alguns dados que se podem aferir em termos de qualidade e se podem revestir de importância ao nível da gestão para reivindicarmos o nosso trabalho e outros apoios. Também me parece importante a participação dos doentes neste processo, que lhes permite constatar a sua evolução. Estávamos habituados a funcionar com base no que nos parecia e no nosso senso e hoje conseguimos objectivar o nosso trabalho, as perspectivas dos doentes quando iniciam um tratamento e perceber se as suas expectativas foram concretizadas no final. E adaptar o nosso trabalho e os planos de actividade das nossas unidades às expectativas conseguidas ou não que os nossos doentes nos transmitiram.

Mais do que uma discussão em torno da estigmatização em torno da doença mental, trouxe para este evento dois temas importantes: a investigação científica e as neoplasias associadas ao consumo do álcool. Porquê estas duas linhas?

LF – Uma vez que organizamos este evento de dois em dois anos, pretendemos alargar o espectro das comunicações e das capacidades técnicas e científicas dos nossos palestrantes. Em



relação à investigação, é um tema que me é muito grato, até porque o conhecimento em psiquiatria é de meia dúzia de anos, sendo que vão acontecendo diariamente coisas novas. Nestas regulações do prazer, que são coisas relativamente recentes, em que já sabíamos alguns porquês mas conseguimos hoje objectivar, isso ajuda-nos a criar algumas ferramentas em termos de prevenção. Se utilizar o que consigo demonstrar cientificamente e não aquilo que penso, é eventualmente mais fácil em termos de prevenção passar esse tipo de mensagem. Tanto mais que o nosso esforço ao nível da prevenção tem a ver com os adolescentes e jovens, que estão muito no porquê. Não basta dizer que é o psiquiatra que o defende... Se explicarmos cientificamente e sem margem para dúvidas, provavelmente a mensagem passará muito melhor. Por um lado, elegemos essa vertente do conhecimento e, por outro, até que ponto o mesmo nos pode ajudar em termos de prevenção. E também outro tema em que começo a pensar e que será provavelmente falado daqui a uns tempos: se começo a admitir que existe uma “causa biológica” para a minha incapacidade de parar, provavelmente muitas das “anormalidades jurídicas” acabam por não ter a imputabilidade que teriam se não houvesse esta organicidade. Em relação às neoplasias... enquanto pessoas, achamos que são coisas que só acontecem aos outros e que, provavelmente, será melhor não pensarmos nelas... Como se sabe, existe por um exemplo uma grande associação do cancro do esófago ao consumo de álcool e de tabaco. Não sendo um conhecimento actual é sempre importante alertarmos as pessoas.

A prestação de cuidados continuados em saúde mental tem sido envolta em muitas incertezas. A verdade porém, diz-nos que esta população precisa que se continuem a prestar cuidados, mesmo após a alta...

LF – Gostava de referir duas coisas que nos estão a dar muito prazer fazer: por um lado, no âmbito da qualidade, estamos a fa-

zer a avaliação dos nossos doentes em tratamento ao final de um mês, aos seis meses e a um ano. E questionamos a sua abstinência... O que a maior parte dos centros faz é questionar de forma indirecta. E estamos a fazer outra análise, o CDP, em que correlacionamos o que nos dizem os doentes com uma confirmação desses consumos. Obtivemos uma diferença entre os 10 a 12 por cento entre as confirmações biológicas e a verbalizada da abstinência. E como temos a sorte, de alguma forma, de vivermos numa ilha pequena, em que as pessoas se conhecem mutuamente, todos os nossos doentes, para além de levar a nota de alta, também enviamos essa nota para os serviços de psicologia dos centros de saúde comunitários. Essa continuação dos cuidados está a ser feita directamente da instituição de tratamento para os cuidados primários e, quando vêm ao follow-up, na maioria dos casos já sabemos o que estão a fazer, dada essa relação de proximidade.

Como materializam o apelo à participação da família no pós alta do doente?

LF – No plano individual de cuidados que, inicialmente, era só do doente e em que com este discutíamos o plano e as suas expectativas em relação ao tratamento, desde Janeiro deste ano que estamos a englobar nesse plano e nas expectativas do tratamento a própria família.

A que se referia em concreto na sua comunicação quando mencionou as “capelinhas”?

LF – Vivemos numa altura em que todos gostam de falar no papel das equipas e que trabalhamos todos em equipa mas, na verdade, temos alguma dificuldade em partilhar o conhecimento. E acho que não há equipa nenhuma que funcione se qualquer profissional não tiver a capacidade de partilhar esse conhecimento. Só assim se consegue funcionar em equipa. E depois temos hos-





pitais gerais, hospitais psiquiátricos e a comunidade e a informação não flui. O médico de família trata, tal como o faz o psiquiatra no hospital mas, depois, a máquina não estará suficientemente oleada para que a informação corra. Quando se fala na centralidade do doente, a nossa atenção tem que se centrar verdadeiramente no mesmo que, em determinadas alturas do seu processo de adoecimento, vai precisando de cuidados mais ou menos diferenciados. Agora, qualquer um tem que saber o que o outro está a fazer e de que modo pode também participar. Não podem existir instituições fechadas. Só com a partilha e abertura o tratamento será centralizado no doente e, no caso das dependências, também na família. Infelizmente, temos um serviço de saúde e outros órgãos governamentais que não olham o doente como um todo...

Em que medida continua o doente mental a ser marginalizado?

LF – Essa é uma questão de resposta muito complicada... Não vou dizer que não existe estigma porque o mesmo continua a manifestar-se mas, depois, temos outra camada que está “destigmatizada” de mais. Vivemos numa sociedade de consumo, do bem-disposto e do alegre e quase se está a retirar à pessoa a possibilidade de chorar e de estar triste. E isto também se torna um estigma. Portanto, se era um estigma tratar “à margem” um psicótico ou qualquer doença mental, também começa a ser estigma psiquiatrizar excessivamente algumas situações que, às tantas, não são psiquiatrizáveis, nomeadamente se tiver uma qualquer intercorrência na minha vida que me provoque tristeza e dor. Penso que os padrões normais da tristeza estão a diminuir e começa a tratar-se por vezes de ânimo leve alguns episódios ansiosos ou depressivos.



**FERNANDO MORA,
MÉDICO PSIQUIATRA**
***“O consumo de
psicofármacos
aumentou”***

Que importância assume a abordagem farmacológica no tratamento alcoólico?

Fernando Mora (FM) – Na minha opinião, é mais uma ajuda, um apoio e uma ferramenta para tratar o alcoolismo. Tem que ser acompanhada

por outros tipos de terapias porque a abordagem apenas farmacológica não é suficiente mas claro que ajuda a fazermos um tratamento integral do paciente com transtorno por uso de álcool.

O fármaco é metabolizado por todos da mesma forma ou existem especificidades?

FM – Não, o medicamento não é igual para todos... Existem curvas populacionais e, efectivamente, existem diferenças entre homens e mulheres, inclusivamente algumas enzimas que vão perdendo eficácia com a idade, daí que tenhamos por vezes que ajustar doses. Em suma, sexo e idade ditam algumas diferenças entre pacientes.

Em Portugal, têm sido registados indicadores preocupantes no consumo de psicofármacos sem receita médica. Como está a situação em Espanha?

FM – Em Espanha, o consumo de psicofármacos aumentou. Não de forma assim tão descontrolada porque não se vendem sem receita médica mas porque parece haver uma mudança no uso de psicofármacos.

Também relativamente aos demais fármacos, existe uma tendência para a automedicação e para o seguimento de conselhos provenientes dos mais idosos...

FM – Bom... entendo que isso se aplica actualmente de uma forma geral... Mesmo de boa-fé, quando alguém sente que ficou melhor graças à toma de determinado medicamento tem muitas vezes a tentação de o recomendar a alguém. Entendo que os fármacos têm que ser muito bem controlados porque, como me questionava, nem todos os metabolizamos da mesma forma e, como tal, não nos servem a todos da mesma forma. Tem que ser uma decisão sujeita a prescrição médica.



Imputabilidade e inimputabilidade no indivíduo com Problemas Ligados ao Álcool

A Unidade de Alcoologia de Coimbra organizou, com casa cheia, a segunda etapa do projecto "Ciclos Temáticos de Formação em Alcoologia". Com estas acções, a UAC pretende promover o debate técnico entre as diferentes áreas do saber e distintas entidades que concorrem directa ou indirectamente para o processo de prevenção, tratamento/reabilitação e reinserção de pessoas com problemas ligados ao consumo nocivo de álcool. As acções têm periodicidade mensal e a duração de 3 a 4 horas de formação no Auditório da Unidade de Alcoologia de Coimbra, nas instalações do antigo Hospital Psiquiátrico do Sobral Cid.

Na segunda actividade formativa, que decorreu no dia 25 de Outubro, o prelector convidado foi Carlos Braz Saraiva, Professor da FMUC, Regente da Cadeira de Psiquiatria, Chefe de Serviço de Psiquiatria Mulheres do CHUC, Presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidiologia e autor de vários livros da área, que abordou aspectos ligados à "Imputabilidade e inimputabilidade no indivíduo com Problemas Ligados ao Álcool".

Estas sessões são dirigidas a profissionais das várias áreas de intervenção, desde a saúde, os tribunais, as polícias, a Segurança Social, IPSS, ordens e associações profissionais, associações científicas, associações de doentes e todas as entidades que tenham interesse nesta área temática.

Dependências marcou presença nesta segunda formação e entrevistou Carlos Braz Saraiva.



CARLOS BRAZ SARAIVA, PROFESSOR DA FMUC

“Existem muitos mitos à volta do consumo”

Que importância assume este tema da Imputabilidade e inimputabilidade no indivíduo com Problemas Ligados ao Álcool e a partilha que aqui será fomentada com a comunidade técnica?

Carlos Braz Saraiva (CS) – Antes de mais, é importante devido à dimensão do problema em Portugal, na medida em que estamos perante um assunto que não é devidamente afluído nem discutido, mesmo por profissionais. Claro que isto tem a ver com ideias feitas que vêm desde há longo tempo, nomeadamente aquela que diz que o conceito do alcoolismo é um conceito cultural e, muitas vezes, não passa para o patamar de uma entidade nosológica e nosográfica configurada numa doença. E todo este tipo de hesitações e dúvidas leva a que haja muitas incertezas, não só em relação ao diagnóstico mas também, na vertente da psiquiatria forense, em relação às conclusões sobre imputabilidade ou inimputabilidade e, obviamente, perigosidade.

Falamos de uma dimensão que cruza saúde com justiça... Havendo agentes envolvidos como os profissionais da saúde, a quem cabe avaliar o doente, no final, quem decide é o juiz...

CS – Os peritos devem opinar em relação a vários aspectos, designadamente diagnóstico, prognóstico e, obviamente em relação à imputabilidade ou inimputabilidade mas isso tem o valor de uma perícia médico-legal, neste caso do âmbito da psiquiatria forense. Compete ao tribunal superiormente decidir e, em princípio, os tribunais valorizam as opiniões dos peritos mas, como é sabido, desde a década de 80 que foi introduzido o princípio do contraditório também em relação às perícias, o que faz com que ocasionalmente surjam diferentes perícias no tribunal, muitas vezes suscitando controvérsia e perspectivas diferentes porque a questão do alcoolismo é muitas vezes difícil de perceber.

Também parece estarmos a falar numa barreira muito ténue entre a imputabilidade e a inimputabilidade... Ou existirão limites claros que permitam facilmente identificar quando estamos perante uma conclusão ou outra?

CS – Eu acho que não existem limites claros e é, como diz, uma barreira muito ténue... Mas cada caso é um caso e cada circunstância e contexto é único e tem que ser tudo perspectivado em função do caso concreto. O mesmo indivíduo pode ser imputável no momento a ou inimputável no momento b. Depende muito, por exemplo, do próprio quadro clínico porque, quando se fala de alcoolismo, seria mais correcto denominar alcoolismos, no sentido das diversas possibilidades de manifestação da doença. A título de exemplo, um crime cometido em alteração do estado de consciência como em delirium tremens, em princípio, é sempre inimputável; agora, imagine um indivíduo que conhece os malefícios do seu consumo e já tem um histórico à volta desse tipo de comportamentos... provavelmente, será imputável. Como



disse e reforço, cada caso é um caso e mesmo o próprio indivíduo pode ter todas as suas variantes: imputabilidade, imputabilidade diminuída, que alguns autores designam como duvidosa, ou inimputabilidade e, dentro desta, pode ser perigoso ou não.

Quando são diagnosticados casos de inimputabilidade o tratamento compulsivo é sempre uma consequência?

CS – As medidas de segurança são uma consequência. A questão que está a colocar é muito interessante e levanta outro problema: por que é que nos casos de alcoolismo não é considerada a possibilidade de activação da lei de saúde mental? Esta é uma questão que justificaria provavelmente um colóquio mas, efectivamente, a sociedade não está mobilizada para tratamento compulsivo de alcoólicos, a menos que haja comorbilidades com psicoses. Haverá também aqui uma questão de força cultural que vem de longa data, que permite que até certo ponto o alcoolismo seja fruto de um país que produz bebidas alcoólicas e onde existem muitos mitos à volta do consumo.

...E fácil acesso...

CS – É fácil acesso, obviamente. Somos produtores, enalteçamos o valor do álcool, existem patrocínios de grandes empresas ligadas ao álcool em festivais, na comunicação social, na selecção nacional e um pouco por todo o lado e tudo isso quer dizer alguma coisa. Significa que é permissivo e susceptível de ser possível...

Talvez tudo isso sugira o desenho de uma estratégia de prevenção mais eficaz, mensurável e possível de ser ava-

liada... Já terá havido verdadeiramente uma estratégia de prevenção so uso nocivo do álcool em Portugal?

CS – Haver há, simplesmente as forças pró-álcool que se mexem no terreno são muito poderosas e não é fácil lutar contra as mesmas. Provavelmente, será preciso desenvolver um trabalho no seio das famílias, nas escolas, desmistificar muitos conceitos em relação ao álcool... Ainda não há muito tempo, ouvia dizer que o álcool dá força e energia para trabalhar... Repare que o álcool foi um vício ou como pertencendo ao mundo das neuroses ou das perturbações da personalidade até não há muitos anos. Entrou na nosografia psiquiátrica há poucas dezenas de anos. Como categoria à parte, é relativamente recente.

Ainda haverá muita investigação a desenvolver...

CS – Sim, há muita investigação para desenvolver e outra coisa igualmente importante é definir balizas e limites e evitar os excessos. No fundo é disso que estamos a falar. Isto é equivalente à forma como as pessoas por vezes diabolizam a internet... a internet tem coisas muito boas e outras menos boas, da mesma forma como não existem rosas sem espinhos. Temos que perceber que por trás de pétalas muito bonitas podem estar espinhos e é esse o mundo com o qual temos que conviver.

Em que medida será igualmente fazer um trabalho que vise uma melhor articulação com os cuidados primários de saúde?

CS – Sim, isso é óbvio.



Álcool e Festa... 50 Anos de Alcoologia e 30 Anos da SPA

O Auditório do Instituto S. João de Deus, em Lisboa, foi o palco eleito para a realização do VII Congresso e XXIV Jornadas da Sociedade Portuguesa de Alcoologia (SPA). O evento decorreu entre os dias 20 e 22 de Outubro e surgiu no ano em que se celebram 50 anos da definição de alcoologia por Pierre Fouquet surge em França e 30 anos de existência da SPA.

E o Álcool hoje, em Portugal, não é ainda o principal protagonista da Festa? Como? Onde? Com que intervenientes? Com que objectivos? Com que consequências? Foram estas as interrogações que a SPA lançou a mais de 200 participantes, que tiveram a oportunidade de debater uma série de temas muito diversos, da clínica aos aspectos sociais e culturais, cuja apresentação foi atribuída a alguns dos mais reputados especialistas e comunicadores nas respectivas áreas do conhecimento.

Dependências associou-se à “festa”...



**AUGUSTO PINTO,
PRESIDENTE DA SPA**

**“Mais de 92 %
dos doentes
não são
diagnosticados”**

Começando pelo tema destas jornadas, vemos uma vez mais debatida a associação entre álcool e festa...

O que pretenderam transmitir com esta escolha?

Augusto Pinto (AP) – Duas coisas são fundamentais: a primeira tem a ver com o ano em curso. O facto de este ano a desig-

nação de alcoologia fazer 50 anos já é, por si só, uma razão que justifica o reconhecimento da alcoologia, da necessidade de intervenção e desta visão pluridisciplinar, necessária para esta intervenção. Que, diga-se, continua a ser muito difícil... Há uma mensagem que tem 50 anos e, no entanto, continua a ter dificuldades em entrar na partilha das intervenções entre a saúde e as outras áreas. Por outro lado, comemoram-se 30 anos de existência da Sociedade Portuguesa de Alcoologia e esta é mais uma etapa que justifica uma intervenção muito provavelmente diferente e necessita de uma reflexão. Pensamos que estes 50 anos de alcoologia e estes 30 da SPA justificam precisamente uma mudança na estratégia de intervenção da SPA.

E por onde passará essa mudança?

AP – Essa mudança prende-se basicamente com toda a avaliação que a Sociedade tem feito e que se revela altamente preocupante. Nomeadamente no que concerne às dificuldades de intervenção em áreas dos cuidados de saúde primários, a pouca capacidade de formação na área da alcoologia não apenas em relação a médicos mas igualmente a outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e outros.

Tudo isso condicionará a referenciação dos utentes...

AP – Exactamente! Estamos num país onde mais de 92 por cento dos doentes não são diagnosticados... Portanto, não é possível intervir junto destes no sentido de tratar. E tratar um doente alcoólico não significa apenas tratar o indivíduo mas sim todo o sistema em que ele está integrado. E o benefício que representa tratar este doente para a sociedade, para a família, para o seu local de trabalho e para todos os ambientes em que este doente se integra... Iniciámos o evento com uma mesa em que pareciam existir muitos aspectos negativos – e a verdade é que o álcool tem esta vertente negativa e muita patologia interligada – mas acabou por sair daqui uma mensagem de esperança... E a perspectiva tem que ser essa. Temos que lutar no sentido da melhoria das condições de vida destes doentes,





oferecendo capacidade para um projecto de recuperação a médio e longo prazo e isto, naturalmente, tem que levar a uma maior consciência por parte das estruturas. E penso que a Sociedade tem aqui um papel. Precisamente por isso, tem encetado contactos com o Ministério da Saúde e vários responsáveis da área da saúde mas também pretende ir mais além nestas temáticas e quer propor algumas alterações, nomeadamente até legislativas que possam de alguma forma vir a permitir e facilitar o acesso mais rápido aos doentes e às respostas terapêuticas dos doentes. Neste momento, a SPA tomou a iniciativa de estudar melhor algumas alterações à lei sobre álcool e condução, no que respeita às coimas atribuídas e pensamos propor uma alteração da moldura penal... Pensamos que seria muito mais importante que alguém que é encontrado com alcoolémia acima de 1,2, o que é considerado crime, muitas vezes repetido, situação que pode ditar uma reclusão, estes doentes deveriam ser orientados para tratamento e para projecto de recuperação. Temos cadeias cheias de doentes que necessitariam de uma resposta atempada e não de serem introduzidos num estabelecimento prisional. Esta é uma das muitas ideias, a par da promoção da investigação. Neste congresso, temos um aumento dos prémios de investigação, tivemos um aumento de posters e das comunicações livres, portanto, há investigação e mobilização e queremos ser também um motor dessa investigação mas igualmente colaborar com a formação de muitos profissionais desta área. Estamos pois, nesta nova etapa a tentar dinamizar e continuar todo este trabalho através dos vários elementos da região norte, centro e sul da Sociedade. A propósito, devo dizer-lhe que as XXV Jornadas já estão agendadas para os dias 18 e 19 de Outubro do próximo ano, no Algarve... Temos que continuar a trabalhar, pensar noutras iniciativas e, fundamentalmente, motivar e mobilizar os profissionais para que esta intervenção continue a desenvolver-se.

Creio que será legítimo identificar dois percursos antagónicos nesta área do álcool... Se, por um lado, ao longo destes últimos 30 anos, a evolução do conhecimento foi notória, até ao nível tecnológico e farmacológico e mesmo

no que respeita à especialização dos profissionais desta área, por outro lado, os resultados parecem apontar para um caminho inverso... Se há mais conhecimento, técnica e tecnologia, o que estará a falhar?

AP – Felizmente, temos mais conhecimento. Este conhecimento vem dar razão e base de sustentação às muitas propostas que vão sendo feitas por vários profissionais e instituições. Naturalmente, temos aqui o outro lado da “festa” e não é por acaso que o álcool está sempre ligado à festa no nosso país. O aspecto cultural é importante. E também não podemos dissociar desta dificuldade de intervenção a representação social do álcool em Portugal, bem como o aspecto e a pressão económica e, por último, as razões políticas que levam a dificultar algumas intervenções. Todas juntas serão o grande óbice a desenvolver mais rapidamente a intervenção. Mas à medida que vai havendo uma maior consciencialização por parte da população, vai havendo tomada de consciência da necessidade destas mudanças e a aceitação de novas políticas será mais fácil.

Que comentário lhe merece esta nova intenção do Governo em aumentar a taxação sobre os produtos de álcool com, uma vez mais, o vinho de fora?

AP – Há muitos anos que dizemos que a taxação é fundamental. O aumento do custo do álcool é fundamental. Muito provavelmente, a importância do vinho no nosso país dificultou no passado a diminuição da alcoolémia e dificulta ainda hoje a taxação do vinho. Penso que, progressivamente, será possível. Também há pouco tempo começámos com o aumento da idade para apenas algumas bebidas e, neste momento, aplica-se a todas e penso que a taxação chegará também ao vinho. Não há álcool bom e álcool mau. Temos que ser muito claros: o álcool é todo ele terrível quando consumido em excesso e as noções de excesso e de consumo moderado têm estado efectivamente em mudança e o que dizíamos há 30 anos não tem nada a ver com o que diz a investigação actual. Portanto, temos que ir ajustando linguagens com esta capacidade de fazer mobilizar a sociedade para a mudança. Não é fácil e nós temos que ser os motivadores.



Dia Nacional do Mutualismo assinalado em Lisboa:

Redemut projecta futuro do mutualismo em Portugal

O Auditório da Companhia de Seguros Lusitânia foi pequeno para juntar a maior Rede Mutualista do País que, aproveitando o dia 25 de Outubro, dia Mundial do Mutualismo, levou a debate as principais preocupações sobre a complementaridade, sustentabilidade e actualidade do mutualismo enquanto sistema de protecção social e do Sistema Nacional de Saúde. O debate foi aberto pelo Arquitecto João Afonso, Vereador dos direitos sociais da Câmara Municipal de Lisboa e contou, entre outros, com a presença de Abdelaziz Alaoui, Vice-presidente da Association Internationale de la Mutualité (AIM), de Stéphanie Soares, Administradora da Mutualité Française, Edmundo Martinho, ex-Presidente da International Social Security Association e ainda Joaquim Rocha, António Tomás Correia, Jorge de Sá, Manuel Pizarro, Maria de Belém Roseira e Mário Jorge Neves. No encerramento, esteve Fernando Regateiro, Coordenador Nacional para os Cuidados de Saúde Hospitalares, em representação do Ministro da Saúde. Dependências associou-se ao evento e entrevistou José Luís Ferreira, Presidente da mais importante rede mutualista do País.



**JOSÉ LUÍS FERREIRA,
PRESIDENTE REDEMUT**

**“Estamos no
bom caminho”**

O Dia Mundial do Mutualismo foi comemorado com algumas sugestões e críticas lançadas pelo meio por Edmundo Martinho... Falta de

facto estratégia ao mutualismo para se afirmar com mais preponderância?

José Luis Ferreira (JLF) – Falta pelo menos mais união dos participantes, dos associados e associadas da Redemut. Temos que compreender que são associações centenárias que, ao longo dos anos, foram vivendo sós e dificilmente se consegue encontrar uma estratégia de união e de partilha entre elas. Enquanto não houver essa união, muito difícil será o entendimento e até a implantação e a força do movimento para reivindicar seja o que for do poder político.

Edmundo Martinho falou também em dependência... De que continua a depender concretamente a mutualidade?

JLF – A Redemut tem uma dependência porque as associações mutualistas têm que ser sustentáveis. Ou o são ou morrem, tal como sucede com as empresas ou as pessoas se não tiverem meios de subsistência. Como tal, têm que ser geridas com muita ponderação e determinação para que sejam sustentáveis. A Redemut é uma recém-nascida e, com alguma dificuldade, tem efectivamente alguma subsidiodependência das associações porque ainda não conseguiu implementar-se para que, no seu seio, consiga a rentabilidade necessária para a sustentabilidade.

Apesar de ser uma rede, parece ter furos a mais...

JLF – Não entendo que seja uma rede furada. Tem alguns constrangimentos na sua união mas isso é natural, uma vez que a Redemut tem ainda três anos de sobrevivência. Alterar o percurso de associações centenárias vai demorar algum tempo. No seio, o movimento partiu-se entre a União das Mutualidades e a Redemut. Eles continuam a sua vida e nós a nossa e procuramos o entendimento e, como o Dr. Edmundo Martinho disse, a Redemut é que está no bom caminho no sentido de fazer o trabalho em rede. Temos noção de que é difícil mas é um caminho que vamos percorrendo.





Sendo as associações centenárias, os desafios actuais são novos. Como presidente, que estratégia elege com vista a integrar uma nova resposta que partilhe serviços entre as diferentes entidades e evite sobreposições e concorrências desnecessárias?

JLF – Estamos aqui a ver que, pelo menos, nem todas as associações têm os mesmos objectivos. Independentemente de serem mutualidades, algumas elegem fins mais sociais, outras de saúde e outras fins também específicos. Estamos no caminho de conseguir essa união, que consiste em que todas as associações partilhem os seus serviços com todas as associadas e todos os mutualistas. Importante é que uma pessoa, por exemplo de Lisboa, quando for ao Porto ou a Faro seja atendida numa associação mutualista como se estivesse na sua zona. É preciso introduzir uma nova dinâmica porque estamos em 2016 e as necessidades são outras.

Hoje, dia 25 de Outubro, celebra-se o dia do Mutualismo... Sem querer tocar novamente na ferida da divisão entre as instituições, esta separação entre a União das Mutualidades e a Redemut, soa mais a caso de polícia e até já se dão ao luxo de alterar o dia do Mutualismo...

JLF – Isso terá que ser perguntado à União das Mutualidades... Nós mantivemos rigorosamente o dia. O dia 25 de Outubro foi aquele em que um grupo de associações se reuniu em Coimbra para criar a União das mutualidades. Durante muitos anos, entendeu-se que esse seria o dia do Mutualismo e é isso que reivindicamos, assumindo-o como um compromisso, embora estranhemos que outra união altere o dia sem perguntar à Redemut e às associações desvinculadas da União das Mutualidades se poderíamos alterar o dia do Mutualismo. Isso foi feito com 200 assina-

turas de pessoas que não podiam discordar e, com essa base, acharam por bem mudar o dia...

Sei que constituem uma rede solidária, que tenta integrar respostas que satisfaçam as necessidades das pessoas... O que gostaria de dizer às instituições representadas pela União das Mutualidades que, supostamente, deveriam actuar em rede para melhor responderem às demandas sociais e de saúde?

JLF – As nossas garanto-lhe que estão bem, que foram elucidadas e que estão a trabalhar connosco. E trabalharemos sempre para as trazer e para resolvermos os problemas. Do outro lado, não sei... Não podemos reivindicar o que devem pretender as outras instituições. Só chamo a atenção para o facto de serem coisas completamente diferentes. A Redemut sentiu necessidade de fazer esta divisão porque a satisfação, quando estava na União, não resolvia o problema. As nossas 21 associadas representam hoje mais de 700 postos de trabalho, têm cerca de 800 mil associados e não são exactamente iguais às associações locais que têm 20, 50 ou 100 associados que se juntam para fazer qualquer coisa. Nós temos uma actividade económica, nomeadamente até de apoio aos nossos associados e, como tal, temos necessidades diferentes. Mas isso não quer dizer que eles não possam percorrer o seu caminho. Quando sentirem dificuldade na União poderão vir ter connosco, que cá estaremos para os receber. Estou convicto de que a justiça há-de ser feita. Embora as nossas necessidades sejam completamente diferentes das que caracterizam as demais instituições, não podemos ter o mesmo número de votos que outras instituições que têm 40 associados... Terá que ser preconizada uma solução que possa conjugar as necessidades, a existência e a representatividade.

