dependências



OBRIGADO, JORGE SAMPAIO

Pelo exemplo e dedicação no combate pela descriminalização da droga, na luta contra a sida e contra a tuberculose em Portugal

O PROBLEMA DO AFEGANISTÃO CHAMA-SE HEROÍNA... E ASSOBIOS PARA O LADO



Quando falamos do Afeganistão, temos de falar das plantações das papoilas e da produção da heroína, que naquele país representa 80 a 90% do total da produção mundial. E não podemos ignorar a importância e o papel dos Talibã e do seu poderoso exército de mujahidins, armado pelo aparente inimigo, que desde sempre partilharam um território cujo negócio nada tem a ver com a liberdade ou a democracia, mas sim com o crime, organizado, e a corrupção que a economia da droga sustenta no Afeganistão. Talvez isto possa explicar o acordo de Donald Trump, o então presidente dos USA, com o aparente inimigo, os Talibã, deixando de fora os seus aliados ocidentais e o governo do Afeganistão.

Para que possamos entender melhor este vergonhoso acordo entre os dois bons inimigos e a aparente humilhação pela qual o mundo ocidental está a passar precisamos de recorrer a alguns fatos: Segundo Kevin Barret, analista académico e político da Universidade de Wisconsin "os Estados Unidos invadiram o Afeganistão com o intuito de explorar a indústria do ópio e da heroína, que geram cerca de 1,5 trilhões de dólares por ano com essa atividade".

Na verdade, em 2015, o valor dos opiáceos produzidos no Afeganistão foi de 1.560 mil milhões de dólares, o equivalente a 7,4% do PIB. No mesmo ano, estrategicamente, os Talibã reduziram uma parte da produção de heroína, o que fez aumentar o preço e um forte custo de 51.000 milhões de dólares, apenas nos EUA, que em 2016 ultrapassou as 64 mil pessoas mortas por overdose, o equivalente a 175 mortes por dia, muito mais que a guerra entre as forças aliadas e os Talibãs.

Ninguém tenha dúvidas: a violação dos direitos humanos, o tráfico de pessoas e de armas, que nunca ninguém explicou neste importante negócio da droga, o preço da heroína, os níveis de dependência, o contrabando e a violência relacionada com as drogas vão continuar a influenciar a política no Afeganistão. Só mudaram os protagonistas, mas os agentes do negócio são os mesmos, porque a indústria da produção do ópio é extremamente rentável, num país que nunca conheceu a paz, onde existem mais de 4 milhões de heroinómanos dependentes da "ditadura da agulha", mais de 900 mil mulheres consumidoras de heroína, e mais de 100 mil crianças que nasceram com a síndrome da dependência do ópio.

Vinte anos depois, o que não nos dizem os senhores do mundo? O que nos esconderam durante todos estes anos? O que foi feito para eliminar os mais de 20.000 membros dos 1.900 gangues organizados com ligações ao crime organizado? E o que foi feito dos 150 grandes grupos que organizam diariamente o tráfico de drogas do Afeganistão para a Rússia, o maior consumidor (setenta toneladas) de heroína? E agora, o que vai acontecer a estas mulheres e crianças e às famílias abandonadas pelo seu governo, traídos pelas forças dos EUA e dos seus aliados, abandonadas ao seu destino mais cruel porque ninguém lhes assegura ajuda e segurança, e cujo destino, depois de se apagarem os holofotes mediáticos, desgraçadamente já lhes está traçado: a fome, a miséria e a morte, porque a riqueza produzida pela heroína no Afeganistão faz parte de um grande e importante negócio dos carteis da droga integrados no crime organizado, que controla o submundo de vários países. Não sei qual vai ser o futuro daquele povo, mas sei que o cultivo da papoila continuará a ditar a lei no Afeganistão. E o mundo, com os EUA à cabeça, continua a assobiar para o lado que mais lhe convém...

Sérgio Oliveira, director



"AINDA FALTA AWARENESS NA COMUNIDADE MÉDICA E DEVERIAM ACABAR AS RESTRIÇÕES DE EXAMES"



Segundo a OMS, a principal causa de mortalidade infeciosa é a hepatite C, com o dobro de mortes relativamente ao VIH/Sida, o que, confesso, me causou alguma perplexidade...

Catarina Vieira (CV) – Exatamente... a mortalidade associada à hepatite C não está exclusivamente associada à doença hepática. Aliás, a hepatite C associa-se a um vasto conjunto de doenças sistémicas e tem um grande impacto em tudo o que seja mortalidade associada ao fígado, mas também mortalidade e morbilidade associada a outras doenças, com a agravante da evolução silenciosa, o que faz com que, na maior parte dos casos, o diagnóstico possa ser muito tardio.

Haverá a consciência de estarmos perante um significativo problema de saúde pública?

CV - A comunidade científica tem essa noção, mas também essa vertente teve de ser trabalhada. A divulgação da informação no seio da comunidade médica e não só também não foi tão fácil como se possa pensar. E temos de trabalhar na população geral, mas igualmente os profissionais de saúde e, se conseguimos nos últimos tempos aumentar os conhecimentos junto de profissionais de saúde e capacitá-los para intervirem no rastreio, diagnóstico e, nalguns sítios, tratamento - nalguns locais, o tratamento é efetuado, em parte, por enfermeiros - o trabalho junto da população não tem sido tão bem conseguido e ainda temos um caminho a percorrer nesse sentido. É lógico que as campanhas efetuadas aquando da divulgação do objetivo da OMS, da eliminação das hepatites virais e em particular da hepatite C até 2030 originaram uma maior divulgação e sensibilização da população no geral, mas, infelizmente, e tendo em conta os acontecimentos recentes do último ano e meio, perdeu-se um pouco do trabalho que vinha a ser efetuado. A população no geral ainda não tem a noção de estamos perante um problema de saúde pública, ao contrário do que sabem agora sobre o Covid.

Se recuarmos 30 anos, percebemos que as principais causas da hepatite C se associavam a deficiências na esterilização de equipamentos médicos e a transfusões de sangue... quantas destas pessoas desconhecerão ainda hoje o seu estado relativamente à infecão?

CV – Por isso mesmo, não se sabendo e existindo esses fatores de risco, se recomenda que toda a população faça o teste pelo menos uma vez na vida. E se mantiver comportamentos de risco, deverá fazê-lo anualmente.

E por que não se faz?

CV - Não se faz por variadíssimas razões: desde logo, porque há ainda uma falta de informação para todos os profissionais de saúde o solicitarem; não se faz por constrangimentos na capacidade e autonomia que as unidades de cuidados de saúde primários têm para pedir inclusive testes. Há limitação relativamente ao número de exames e à regularidade com que os podem pedir; não se faz por desconhecimento da população e algum receio que esta possa ter relativamente ao resultado. Efetivamente, é uma área em que se houvesse mais awareness para todos nós, médicos, sempre que estamos a fazer um pedido de uma análise e se estamos a estudar um doente que tem um problema de qualquer outro foro que não o gastrenterológico, se pensássemos todos em pedir, iríamos efetivamente aumentar a nossa capacidade de diagnóstico. Por isso se fala em várias estratégias, micro e macro, para tentarmos aumentar o número de doentes que conseguimos identificar e muitas dessas estratégias são de oportunidade, seja num serviço de urgência ou nas unidades de endoscopia digestiva, otorrino ou outras, aproveitando todos os tempos em que o doente tem uma passagem por um médico para rastrear

Em que medida poderiam ser também envolvidos os municípios e as suas redes sociais, no sentido de erradicar esta doença?

CV – Sim, penso que os municípios devem estar envolvidos, até porque as várias estruturas locais, sejam de apoio a sem-abrigo, sejam de apoio a toxicodependentes e as demais que existem de apoio a famílias mais necessitadas, deveriam ter algum tipo de contributo. E nalguns municípios isso está a acontecer. E esse contributo poderia passar, por exemplo, pelo financiamento de testes rápidos, de forma a diagnosticar na comunidade, município a município, uma doença que é de saúde pública por todo o país, mas também é daquele município e irá acabar por assegurar uma melhoria provável até de inserção social desses cidadãos a médio e longo prazo.

Nesse âmbito, parece fazer todo o sentido falarse na descentralização da saúde e na deslocação dos profissionais ao terreno, algo que poderia ser reforçado aproveitando recursos já existentes...

CV – Localmente, hospital a hospital, da mesma forma que município a município, dependendo da nossa vontade e esforço individual enquanto médicos, já damos o nosso cunho pessoal. E também saímos da nossa zona de conforto. Vários hospitais têm-no feito. É o que temos feito no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, em que temos vindo a colaborar com o CRI da Península de Setúbal, no sentido de, junto da ET - Estrutura de tratamento do Barreiro, e no âmbito de um estudo observacional com apoio do ISAMB e da GILEAD", sair a equipa médica e de enfermagem do hospital e irmos ao local, aproveitando o facto de o utente lá estar para o identificar e tratar. Da mesma maneira, saímos do hospital e vamos aos estabelecimentos prisionais. É lógico que estas não são estratégias transversais. São estratégias que irão depender sempre da motivação das equipas, o que faz com que possa ser uma estrutura frágil em termos de recursos humanos. Mas o ganho é imediato. Apanhamos o doente que, de outra maneira, não viria ao hospital. Em suma, temos de sair dagui, de ir aos sítios onde as pessoas estão, temos de trabalhar com as entidades locais, associadas ao município ou ONG, para junto dessa população conseguirmos levar os meios necessários. E também temos, enquanto comunidade médica, de perceber que estes são fármacos simples, com tratamentos rápidos e que não originam reações adversas significativas, de fácil manejo e que há forte evidência de que o tratamento pode ser administrado, inclusive, por outros profissionais da área da saúde. Portanto, não temos de estar, nós médicos, ali de forma contínua. Temos de capacitar outros profissionais de saúde, que também são aqueles com os quais estas populações vulneráveis se sentem mais à vontade. Temos de ir ao encontro dessa população, acompanhar as carrinhas, seja por programas como o de metadona, de entrega de outros fármacos ou de rastreios de tuberculose ou VIH, temos de inserir-nos nesses projetos e movimentarmo-nos a esses locais, seja na rua ou nos abrigos.

Embora tenhamos uma taxa de sucesso próxima dos 100% no que concerne ao tratamento da hepatite C, a taxa de diagnóstico prevalece baixa... a que se deve?

CV - Deve-se a vários fatores, desde a falta de programas de rastreio e diagnóstico, o que origina uma cascata. Não conseguimos trazer para o tratamento o mesmo número de doentes que conseguimos identificar porque, depois de diagnosticarmos o doente, é preciso ter análises para confirmar carga e genótipo, eventualmente repetir exames complementares... e isto traduz-se numa sucessão de vindas do doente que, por variadíssimas razões, pode desinteressar-se do processo. Portanto, temos problemas verdadeiros no diagnóstico, maiores do que os de acessibilidade aos fármacos. Na prática, as questões de diagnóstico, acessibilidade e eficácia dos tratamentos estão em patamares muito diferentes. Temos uma eficácia do tratamento superior a 98%, uma acessibilidade aos fármacos que também já elevada a nível nacional, com algumas discrepâncias na rapidez que alguns hospitais conseguem ter quanto à



aquisição, mas que tem melhorado muito e o nosso principal problema continua a ser a identificação e a adesão do doente a este processo. E por isso temos de simplificar o processo.

Qual é o papel do médico de família nesse processo?

CV – É a base da pirâmide. É o médico de família que tem de sensibilizar os doentes e que pode aproveitar os vários tempos da vida do mesmo e fazer o rastreio e diagnóstico de uma importante quantidade de doentes. Isso numa perspetiva macro, da população geral. Quanto àqueles doentes mais particulares, terá de ser uma equipa mais diferenciada, mais específica. Mais uma vez, infelizmente, não há ainda o tal awareness na comunidade médica, o que é de lamentar, e existe o tal fator de restrição do número de exames.

Não obstante o muito que já foi feito, o que faltará fazer para erradicarmos a hepatite C?

CV - Falta um trabalho de equipa... falta também eliminarmos esta pandemia, que atrasou claramente os objetivos da OMS. Alguns estudos apontam que um ano de pandemia aumentou até 2030 mais de 60 mil mortes associadas a doença hepática por hepatite C, mais de 40 mil casos de carcinoma hepatocelular e a verdade é que já vamos com um ano e meio disto... Falta, acima de tudo um trabalho de equipa... é uma questão de o doente estar motivado, assim como os vários profissionais de saúde e não perdermos o foco, independentemente dos desafios que a medicina nos está a colocar. Infelizmente, se a meta para 2030 já era algo ambiciosa por todas as limitações económicas, pelas estruturas dos hospitais ou recursos humanos, todas as fragilidades do sistema ficaram agora muito mais evidentes e temos de fazer um esforco, lembrar-nos novamente do obietivo de eliminação da hepatite C até 2030 e trabalharmos ainda mais em equipa. O objetivo tornou-se claramente muito mais difícil de atingir.

GRANDES CIDADES ESPANHOLAS UNEM-SE PARA ELIMINAR A HEPATITE C EM 2024



Sevilla, Santander, Granada, Gijón, Valencia y Vigo ya forman parte del movimiento #hepCityFree, liderado por la AEHVE, la organización que integra a las sociedades científicas y asociaciones de pacientes comprometidas con la eliminación la hepatitis C como problema de Salud Pública

#hepCityFree pretende aprovechar la red de servicios sociales y comunitarios de los Ayuntamientos de las grandes ciudades para llegar a los colectivos vulnerables

(personas sin hogar, en riesgo de exlucisón social, usuarios de drogas y hombre que tienen sexo con hombres -HSH-), que difícilmente frecuentan el sistema sanitario, y que concentran dos de cada tres infecciones por el virus de la hepatitis C. Desde que en abril de 2015 se pusiera en marcha el Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C (PEAHC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y hasta marzo de 2021, se han tratado y curado con los nuevos medicamentos (antivirales de acción directa) unas 150.000 personase en España.

Se estima, no obstante, que aun quedan unas 70.000 personas a las que habría que diagnosticar y tratar. Estos pacientes no diagnosticados probablemente serán, además, "descubiertos" cuando su enfermedad haya evolucionado: uno de cada cinco nuevos diagnósticos de hepatitis C en nuestro país son en pacientes con la enfermedad avanzada.



Javier García-Samaniego Rey Coordinador de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE) Jefe de la Sección de Hepatología del H.U. La Paz. Investigador del CIBERehd (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas)

Vigo ha sido una de las ciudades españolas más activas en la eliminación de la hepatitis C. No en vano, especialistas de esta ciudad, liderados por el Dr. Luis E. Morano, de la Unidad de Patología Infecciosa del H.U. Álvaro Cunqueiro en colaboración con la Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), han desarrollado proyectos pioneros especialmente en los colectivos más vulnerables a la infección, como los usuarios de drogas y la población en riesgo de exclusión social. Ahora, con la aprobación en el día de hoy en el Pleno del Ayuntamiento de una Declaración institucional apoyada por todos los grupos políticos, Vigo se convierte en la primera ciudad de Galicia en sumarse al Movimiento "Ciudades Libres de Hepatitis C", #hepCityFree, que lidera la Alianza para Eliminación de las Hepatitis Víricas en España, AEHVE. El objetivo de esta iniciativa, que ya han suscrito las ciudades de Sevilla, Valencia, Santander, Gijón o Granada es acelerar la eliminación de la hepatitis C de acuerdo con los objetivos marcados por la OMS para los países desarrollados.

En opinión del Dr. Javier García-Samaniego, coordinador de la AEHVE, jefe de la Sección de Hepatología del H.U La Paz y jefe de Grupo del CIBERehd (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas), "el papel de las ciudades es fundamental para acelerar la eliminación de la enfermedad pues, con una alta densidad de población, no solo representan la mayor proporción de personas que viven con el virus de la hepatitis C, sino que se ha constatado que el riesgo y la vulnerabilidad a la infección y reinfecciones son, asimismo, mayores en el entorno urbano y los nuevos casos se concentran en sus barrios, áreas metropolitanas y colectivos más desfavorecidos". La iniciativa -que cuenta con la colaboración de las compañías biofarmacéuticas AbbVie y Gilead- se desplegará en las diferentes ciudades que se sumen a la Red a través de Comités Locales integrados por administración local y autonómica, profesionales sanitarios, entidades comunitarias y ongs, que diseñarán la hoja de ruta para avanzar en la eliminación en la ciudad.



Según el Dr. Luis E. Morano, que liderará el Comité Local de #hepcity-freeVigo, la adhesión a esta iniciativa supondrá que ciudad la podría estar libre de hepatitis C en 2024. Para el Dr. Morano, las administraciones locales, aún sin tener las competencias sanitarias, tienen mucho que decir y aportar en el objetivo de la eliminación: "en gran medida, el reto que tenemos es de simplificación, integración y descentralización, y por ello, los ayuntamientos, que son las administraciones más cercanas al ciudadano, pueden tener un papel muy relevante para llegar, desde los servicios comunitarios y junto a los agentes y ONGs que trabajan en la ciudad a aquellos colectivos de riesgo que, o bien llegan tarde, o no llegan, al sistema sanitario" explica.

Desde que en abril de 2015 se pusiera en marcha el Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C (PEAHC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y hasta julio de 2021, se han tratado y curado con los nuevos medicamentos (antivirales de acción directa) más de 2.500 pacientes en Vigo, de los más de 149.000 de toda España. Se estima, sin embargo, que en Vigo capital quedan todavía, al menos, unas 250 personas (alrededor de 20.000 en toda España) que tienen hepatitis C y no lo saben. Estos pacientes no diagnosticados probablemente serán, además, "descubiertos" cuando su enfermedad les haya provocado otros problemas graves de salud como cáncer hepático, pues la hepatitis C es una enfermedad silente cuyos síntomas tardan años en aparecer. De hecho, según ha puesto de manifiesto un estudio reciente, uno de cada cinco nuevos diagnósticos de hepatitis C son de pacientes con enfermedad hepática avanzada.

"España tiene la oportunidad de hacer historia y convertirse en el primer país entre los desarrollados en acabar con un problema de salud pública como la hepatitis C. Pero para ganar esta batalla, necesitamos tomarnos realmente en serio las llamadas políticas de salud pública, es decir, debemos acompañar el tratamiento de todos los casos con

otras actuaciones en materia de medición, prevención, diagnóstico temprano y atención a colectivos de riesgo", explica el doctor Javier García-Samaniego, que ha insistido en el papel clave de las ciudades en todo ello.

García-Samaniego es uno de los integrantes del Comité de Expertos que está detrás de esta iniciativa: un comité en el que participan hepatólogos y especialistas en Salud Pública, Microbiología y Enfermedades Infecciosas, Adicciones y Atención Primaria, convencidos de la posición privilegiada de las ciudades para dar la batalla final contra la hepatitis C.

Sobre la hepatitis C

La hepatitis C es un importante problema de salud pública por su incidencia, morbimortalidad y costes sanitarios. Es la primera causa de cirrosis, enfermedad hepática terminal y cáncer de hígado en los países occidentales y la primera indicación de trasplante hepático. Y es por todo ello la primera causa de mortalidad infecciosa, doblando la producida por el VIH.

Las causas de infección más comunes son las prácticas de inyección poco seguras, la esterilización inapropiada del equipo médico y la transfusión de sangre y hemoderivados antes de 1990. Aunque es menos frecuente, el VHC se puede transmitir por vía sexual (particularmente por determinadas prácticas sexuales) y pasar de la madre infectada al hijo.

No existe ninguna vacuna frente a la hepatitis C, pero se cuenta con un tratamiento basado en antivirales de acción directa que cura la enfermedad en casi el 100% de los casos. Cualquier persona puede acceder a dicho tratamiento dentro del sistema sanitario español: el problema es que hay una tasa de infradiagnóstico relevante que impide tratar el 100% de los casos y evitar los contagios.

A AUTORIDADE NACIONAL DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA

RELATÓRIO DE SINISTRALIDADE A 24H E FISCALIZAÇÃO RODOVIÁRIA DE JUNHO DE 2021

A ANSR divulgou o relatório de sinistralidade e fiscalização rodoviária relativo aos primeiros seis meses de 2021, que pode ser consultado no site da ANSR (www.ansr.pt).

No primeiro semestre de 2021 registaram-se 11.815 acidentes com vítimas no Continente, de que resultaram 140 vítimas mortais, 837 feridos graves e 13.568 feridos leves.

Comparativamente com o período homólogo de 2020, registaram-se menos 27 vítimas mortais (-16,2%), mais 56 feridos graves (+7,2%), mais 144 feridos leves (+1,1%) e mais 251 acidentes com vítimas (+2,2%).

Se compararmos com a média destes seis meses dos anteriores 5 anos (2016 a 2020), verificou-se uma melhoria superior à verificada quando comparada com o ano anterior: menos 21,0% nos acidentes, menos 32,6% nas vítimas mortais, menos 10,0% nos feridos graves e menos 24,3% nos feridos leves.

Ainda relativamente à sinistralidade rodoviária salienta-se:

- A colisão foi a **natureza de acidente** mais frequente (52,9% dos acidentes) apesar de ter estado apenas na origem de 35,7% das vítimas mortais. Por sua vez, os despistes, que representaram 35,1% do total de acidentes, corresponderam a 49,3% das vítimas mortais e 43,5% dos feridos graves.
- Quanto ao **tipo de via**, entre janeiro e junho, nos arruamentos (65,8% do total de acidentes) as vítimas mortais reduziram 13,3%, enquanto os feridos graves aumentaram 12,8%. Nas estradas nacionais, onde ocorreram 17,5% dos acidentes, verificaram-se diminuições de 13,7% e 1,8% respetivamente nas vítimas mortais e feridos graves.
- No que respeita à **categoria de utente**, considerando as vítimas mortais, 72,9% do total eram condutores, 10,0% eram passageiros e 17,1% correspondiam a peões. Em termos de variação homóloga, destacou-se a redução de 48,1% nas vítimas mortais com perfil de passageiro, sendo ainda de referir as diminuições de 27,3% nos peões e de 4,7% nos condutores, correspondendo a menos 13, menos 9 e menos 5 vítimas mortais que em 2020, em cada um dos casos.
- Em relação à **categoria de veículo** interveniente nos acidentes, os automóveis ligeiros corresponderam a 71,0% do total, com um aumento de 2,5% relativamente ao período homólogo de 2020, sendo ainda de referir as subidas verificadas nos ciclomotores e motociclos (+4,1%) e nos velocípedes (+33,2%).
- De janeiro a junho, 40,7% do número de vítimas mortais registou-se na rede rodoviária sob responsabilidade de dois **gestores de infraestruturas**: Infraestruturas de Portugal (peso de 35,7% no total) e Brisa (5,0%).

Relativamente à fiscalização de veículos e condutores, bem como processos contraordenacionais, salienta-se:

• Entre janeiro e junho de 2021 foram **fiscalizados** 54,6 milhões de veículos, quer presencialmente, quer através de meios de fiscalização automática, uma diminuição de 2,7% em relação ao mesmo período de 2020. A GNR e a PSP em conjunto registaram uma diminuição de 4,3% do número de veículos fiscalizados, sendo que o sistema de radares SINCRO gerido pela ANSR registou também uma ligeira redução (-3,1%), sob influência da redução de circulação rodoviária derivada do contexto de pandemia.

- Foram detetadas 539,7 mil **infrações**, o que representa uma diminuição de 14,2% face ao período homólogo do ano anterior.
- A **taxa de infração** (n.º total de infrações/n.º total de veículos fiscalizados) foi de 0,99%, uma redução de 11,9% face à taxa de 1,12% registada em 2020.
- Relativamente à **tipologia de infrações** 56,5% do total registado neste período foi referente a excesso de velocidade. Verificou-se diminuição em algumas tipologias de infrações, sendo de realçar -25,3% por excesso de velocidade e -18,6% nas transgressões por consumo de álcool acima do limite legal. Por outro lado, salienta-se +100,8% nas infrações pela ausência de inspeção periódica obrigatória, +45,5% nas infrações pelo não uso de sistemas de retenção, +40,8% nas infrações pelo não uso de cinto de segurança e +25,8% pelo uso do telemóvel.
- Quanto ao **excesso de velocidade**, a taxa de infração (nº de infrações de velocidade/ nº de veículos fiscalizados) reduziu 23,1%, de 0,7% entre janeiro e junho de 2020 para 0,6% nos mesmos meses de 2021.
- Relativamente à **condução sob o efeito do álcool**, no primeiro semestre de 2021 foram submetidos ao teste de pesquisa de álcool 689,7 mil condutores, o que representa um aumento de 21,3% comparativamente a 2020, embora a taxa de infração (nº de infrações por álcool/ nº de testes efetuados) tenha diminuído 32,9%, de 1,7% em 2020 para 1,1% em 2021, nos mesmos 6 meses.
- A **criminalidade rodoviária**, medida em número total de detenções, aumentou 23,7% no primeiro semestre de 2021 em comparação com o mesmo período de 2020, atingindo 11,8 mil condutores. Perto de metade das detenções (49,2%) deveu-se à falta de habilitação legal para conduzir, com um aumento de 58,4% destes casos, comparativamente ao verificado entre janeiro e junho de 2020.
- O número de condutores que perderam **pontos na carta de condução** foi cerca de 269,2 mil, até junho de 2021. Desde a entrada em vigor do sistema de carta por pontos até final de junho de 2021, 1.606 condutores ficaram com o seu título de condução cassado.



CAMPANHA "NÃO SE DEIXE EMBALAR. PARE PARA DESCANSAR"

A Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) associou-se à Campanha de Segurança Rodoviária da Brisa, "Não se deixe embalar. Pare para descansar".

A campanha decorreu entre os dias 03 e 31 de agosto, e teve como objetivo alertar os/as condutores/as para os riscos da fadiga na condução.

Com o objetivo de sensibilizar os cidadãos durante as suas deslocações no período de férias, a ANSR esteve, entre as 9h00 e as 18h00, nas Áreas de Serviço de Grândola, em ambos os sentidos da A2.

As pessoas contactadas poderam avaliar os efeitos da fadiga na condução, através da utilização de uns óculos simuladores e tiveram acesso a estratégias para evitar a fadiga.

A campanha sensibilizou ainda para outros comportamentos de risco na estrada, como a velocidade...

No final, os/as condutores/as foram convidados a assinar um compromisso, tornando-se parceiros da causa que pretende envolver toda a sociedade no objetivo de atingir zero mortes na estrada:

- Previna os riscos Certifique-se, com antecedência, que o seu veículo se encontra em perfeitas condições mecânicas. Verifique se tem consigo toda a documentação necessária.
- Utilize sempre o cinto de segurança Verifique se todos os passageiros utilizam o cinto de segurança, mesmo nos bancos traseiros. Tenha presente que num acidente a 50 km/hora, acidente a 50 km/hora, o impacto é equivalente à queda de um terceiro andar.
- Não exceda os limites de velocidade Quanto mais elevada for a velocidade, maior a probabilidade de perder o controlo do veículo. A velocidade é a principal causa de um terço de todos os acidentes mortais.
- Mantenha a distância de Segurança Para evitar uma colisão com o veículo que segue à sua frente, deve respeitar a distância de segurança, ou seja, a distância necessária para evitar acidentes em caso de súbita paragem ou diminuição de velocidade desse veículo. Só assim conseguirá antecipar o perigo e parar o seu veículo, se for necessário.
- Não se distraia A atenção deve ser focada na condução. Evite distrações que desviem o olhar e não utilize o telemóvel, mesmo com o kit mãos livres. O mais eficaz é mesmo colocar o telemóvel no silêncio ou em modo de voo. Se precisar de o utilizar, pare em local seguro, designadamente numa área de serviço. Evite todas as outras distrações digitais.
- Não consuma álcool ou drogas O álcool e as drogas têm consequências muito graves na condução. Afetam, progressivamente, as capacidades sensoriais, percetivas, cognitivas e motoras, incluindo o controlo muscular e o equilíbrio do corpo. A conduzir, lembre-se: Zero álcool e Zero drogas".
- Descanse de 2 em 2 horas Reconhecer sinais de cansaço como bocejos, pálpebras pesadas ou dificuldade de concentração, convida a parar de imediato em local seguro".

Não se deixe embalar, pare para descansar. Contamos consigo para atingir as Zero Mortes na estrada.

"VIAJAR SEM PRESSA"

A Campanha de Segurança Rodoviária "Viajar sem pressa" da responsabilidade da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), da Guarda Nacional Republicana (GNR) e da Polícia de Segurança Pública (PSP), decorreu nos dias 10 a 16 de agosto, e teve como objetivo alertar os condutores para os riscos da condução em excesso de velocidade, dado que esta é uma das principais causas dos acidentes nas estradas

Inserida no Plano Nacional de Fiscalização de 2021, a campanha foi divulgada nos meios digitais e através de cinco ações de sensibilização da ANSR, realizadas em simultâneo com as operações de fiscalização realizadas pela GNR pela PSP, em Alverca, Viseu, Arrifana, Castelo Branco e Porto Alto.

Na campanha foram sensibilizados 520 condutores e passageiros a quem foram transmitidas as seguintes mensagens:

- "A velocidade é a principal causa de um terço de todos os acidentes mortais":
- "Quanto mais rápido conduzimos, menos tempo dispomos para imobilizar o veículo, quando algo de inesperado acontece";
- "Numa viagem de 10 km, aumentar a velocidade de 45 para 50 km/ hora permite ganhar apenas 1 minuto e 20 segundos. Viaje sem pressa".

Foram fiscalizados em controlo de velocidade por radar 2.646.373 veículos, 83% dos quais pelo SINCRO - Sistema Nacional de Controlo de Velocidade, da responsabilidade da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Dos veículos fiscalizados, 23.048 circulavam com excesso de velocidade, dos quais 11.892 foram detetados pelos radares das Forças de Segurança e 11.156 pelos da ANSR:

	Número de veículos controlados por radar	Número de infrações por excesso de velocidade
ANSR	2.196.452	11.156
GNR	283.294	8.226
PSP	188.328 dos quais 166.627 em território continental	3.821das quais 3.666 em território continental
Total Continental	2.646.373	23.048

No período da campanha, de 10 a 16 de agosto, registou-se um total de 2.535 acidentes, de que resultaram 17 vítimas mortais, 60 feridos graves e 863 feridos leves. Relativamente ao período homólogo de 2020, verificaram-se mais 415 acidentes, mais 11 vítimas mortais, mais 19 feridos graves e mais 184 feridos leves.

Esta campanha, simultaneamente implementada a nível nacional por todas as entidades envolvidas, foi mais um passo para o envolvimento dos condutores no desígnio de tornar a segurança rodoviária uma responsabilidade de todos.



IX Congresso & **XXVIII Jornadas**

















Outubro

Auditório da Biblioteca Almeida Garret Porto

5ª Feira	80 - 10	de O	utubro

08:00h	Abertura do Secretariado	08:30h	Abertura do Secretariado
09.00h	Álcool, Psicopatologia e Outros Consumos Dr. Carlos Vasconcelos (Moderador)	09.00h	Simpósio Neuraxpharm – A Partilha da Experiência Galega No Tratamento das PUA Moderador – Dr. Adelino Ferreira e Dr. F. Otero
	Policonsumos nos doentes alcoólicos – Que abordagem em internamento? Dr. Carlos Sousa		Marco assistencial para uma abordagem de qualidade na atenção ao doente dual Dr. Indalecio Carrera
	Psicoterapia assistida por psicadélicos nos doentes com PUA		Indicações e utilização do aripiprazol no tratamento
	Dr. Pedro Martins O papel do álcool no duplo diagnóstico		das comorbilidades psiquiátricas nas perturbações aditivas Dr. Manuel Conde
	Dr.ª Joana Teixeira		Estudo sobre a prescrição de antipsicóticos em
	Pandemia de COVID-19: A propósito do consumo de álcool – Um estudo investigacional Dr.º Maria João Gonçalves; Dr.º Rita André; Dr.º Carolina Sereijo; Dr. Rodrigo Saraiva; Dr. Filipe Felix;		doentes com abuso/dependência de álcool e outras comorbilidades psiquiátricas Dr. Eduardo Echarri
10.30h	Dr. Ludgero Linhares e Dr.ª Fátima Ismail Pausa Para Café		O grupo de investigação luso-galaico – Apresentação do documento de recomendações de peritos para uma abordagem de qualidade no
11.00h	Simpósio Azentis – A Importância da Suplementação Alimentar no Doente Alcoólico		doente dual Dr. Carlos Vasconcelos
	Dr. Augusto Pinto (Moderador)	10.30h	Pausa Para Café
	Álcool e nutrição – Mito ou realidade? Dr. João Marques	11.00h	Álcool e Intervenção Social - Velhas Problemáticas Vs. Novos Desafios Dr.ª Teresa Olaio (Moderador)
	Consequências clínicas e abordagem terapêutica do défice nutricional nas PUA – Um luxo ou uma necessidade? Dr.ª Carlos Vasconcelos		As respostas sociais e o serviço social - Constrangimentos e potencialidades Dr.ª Maria Inês Pinto Lagarto
12.00h	Sessão Solene		A rede alcoológica – Ficção ou realidade Dr. Jorge Topa
12.30h	Intervalo Para Almoço		
14.00h	Simpósio Lundbeck – Tema a definir		A inserção social – Um projeto inovador! Dr.ª Luzia Dias e Dr.ª Daniela César
15:00h	Conferência – Álcool e Cancro O Que Nos Preocupa Hoje?		A problemática alcoólica da 3ª Idade – Uma realidade esquecida
	Dr. Vítor Veloso Dr. Sérgio Oliveira (Moderador)		Prof. Doutor Narciso Moura
15:45h	Novas Políticas e Novas Abordagens Terapêuticas	12.30h	Intervalo Para Almoço
10.4011	Dr.ª Margarida Neto (Moderador)	14.00h	Conferência Prof. Doutor Gabriel Rubio Prof. Doutor Miguel Bragança (Moderador)
	Políticas do álcool em Portugal e na Europa – Determinantes para a tomada de decisão Dr. Hilson Cunha Filho	15.00h	Álcool e Fígado – O Que Sabemos Hoje Prof. Doutor Rui Tato Marinho (Moderador) e Dr.ª Margarida Marques
	A comunidade terapêutica como unidade de reabilitação de média/longa duração do doente alcoólico		Cancro digestivo e álcool Prof. Doutor Rui Tato Marinho
	Dr. José Manuel Ramos		Complicações agudas do abuso de álcool
	Neurofeedback e estimulação elétrica		
	transcraniana nas PUA Dr. Hugo Sousa		Hepatite alcoólica Dr.ª Margarida Marques
17:15h	Comunicações Livres Enf. Nuno Venâncio (Moderador) Dr. Rui Moreira (Comentador)		Pancreatite aguda alcoólica Dr. Dario Gomes
			Complicações crónicas do abuso de álcool
			Cirrose e carcinoma hepatocelular Dr.ª Patrícia Andrade

6ª Feira – 29 de Outubro

17.00h Assembleia Geral

16.30h

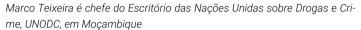
Pancreatite crónica alcoólica

Dr. º Pedro Costa

Sessão de Encerramento

ENTREVISTA COM MARCO TEIXEIRA, CHEFE DO ESCRITÓRIO DA ONU SOBRE DROGAS E CRIME EM MOÇAMBIQUE





O Escritório da ONU sobre Drogas e Crime, Unodo, tem um novo chefe em Moçambique. O português Marco Teixeira está no país e já começa com uma agenda cheia. Ele conversou com Leda Letra sobre o trabalho a ser desenvolvido e a insegurança em Cabo Delgado, no norte de Moçambique.

A ONU News entrevista o chefe do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, UNODC, em Moçambique.

ONU: Marco, vamos começar a falar sobre a situação em Cabo Delgado, que tem chamado a atenção da comunidade internacional. Quais são as informações mais atualizadas sobre o trabalho do UNODC na região, mais especificamente sobre o combate à ameaça terrorista?

MT: De fato, como é de público conhecimento, há uma intervenção militar, há uma resposta militar de caráter multinacional, também no terreno, em Cabo Delgado. No quadro do que é a resposta das Nações Unidas para os desafios que aquela região enfrenta para Moçambique, o UNODC contribui apoiando para a resposta dos sistemas de justiça aos desafios relacionados com o terrorismo. Ou seja, nossa abordagem permite, ou tenta apoiar, de que forma se complementam as ações militares com o normal e regular funcionamento do sistema de justiça, que permite trazer a justiça aqueles que possam estar implicados em ações terroristas. Sempre com um princípio que e o de respeito aos direitos individuais das pessoas, a presunção de inocência e garantir que a ação da justiça recorre com o máximo de eficácia possível. É assim que se reconstrói a confiança social no país e nas instituições estatais.

ONU: O que o senhor poderia dizer sobre a situação no terreno, de momento, em Cabo Delgado?

MT: Naturalmente após qualquer intervenção militar, em qualquer contexto, existem ondas de choque colaterais. As populações começam a se redeslocar para os locais de que tinham saído e isso criam desafios não só securitários, como do ponto de vista do sistema de justiça e das autoridades policiais para garantir a ordem e a segurança e cabe a nós, ao UNODC, continuar a trabalhar com os atores do sistema de justiça, para obviamente garantir que a justiça possa ser servida e, acima de tudo, restabelecer esse elo de confiança e de normalidade institucional que parece que é importante para consolidar a paz, a segurança e o desenvolvimento.



Moçambicanos que fogem da insegurança em Cabo Delgado chegando de barco na praia de Paquitequete, Pemba

ONU: O senhor poderia falar sobre o Plano de Ação de Maputo? O senhor escreveu um artigo à pedido da ONU News sobre o trabalho do Unodo aí em Moçambique e gostaria que explicasse então do que se trata este plano.

MT: Agradeço mais uma vez à ONU News em Português por me permitir falar e escrever no que é a minha língua materna, isso é um grande privilégio. Desde 2019 que o UNODC tem feito, de uma forma muito conjunta e integrada com vários setores do governo de Moçambique, desenhou um plano que é o Plano de Ação Estratégica de Maputo, para o engajamento do UNODC com o governo e as autoridades moçambicanas. Estabelece quatro áreas, quatro pilares de trabalho do UNODC no país. O primeiro é reforçar a resposta da justiça penal para combater o crime organizado de caráter transnacional. O segundo pilar é promover uma abordagem médico-sanitária de prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas que têm condições de toxicodependência. O terceiro pilar é a prevenção e resposta ao terrorismo e ao extremismo violento. Ou seja, apoiar o governo de Moçambique a encontrar as soluções e materializar essas soluções para a dimensão do terrorismo e de prevenção do extremismo violento. Por último, melhorar o sistema de justiça e a integridade judicial. E é neste quadro, nestes quatro pilares que o nosso plano de engajamento prevê que procuramos apostar na capacitação, na criação e apoio de políticas nacionais, complementando os esforços de capacitação com instrumentos e equipamentos que permitam apoiar as instituições para serem o mais eficazes possível. Este é o nosso documento estratégico que faz o elencar das nossas atividades, em parceria e muito estreita ligação com as prioridades do governo de Moçambique.

ONU: A pergunta final é exatamente sobre como o UNODC atua com o governo para proteger a população moçambicana das ameaças criminosas, em especial, do terrorismo?

MT: Há aqui duas vertentes. O UNODC não é uma agência de proteção humanitária imediata, mas o nosso trabalho no sistema de justiça criminal, promove que as pessoas suspeitas de estarem engajadas em atos terroristas possam vir a ser condenadas, baseada na legislação corrente e no normal funcionamento do sistema de justiça. Ou seja, previne-se que possam voltar a ofender pessoas, a praticar atos de terrorismo. Há esta vertente preventiva da ação. Por outro lado, não podemos esquecer que o normal funcionamento do Estado e do seu sistema de justiça criminal tem um fator de confiança para as populações que servem. Permite, acima de tudo, reprimir comportamentos que não são socialmente aceitáveis e nomeadamente no quadro das atividades que possam a vir ser consideradas atividades de terrorismo.

AGÊNCIA DA ONU DIZ QUE PANDEMIA ESTÁ MUDANDO FLUXO DE DROGAS ILEGAIS



Agente da Polícia Judiciária vê drogas serem queimadas nos arredores de Bissau

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, UNODC, revela que medidas de combate à covid-19 interrompem tráfico de drogas por ar e por terra.

Um relatório da ONU afirma que a pandemia do novo coronavírus levou à redução do fluxo e transporte de drogas ilícitas.

Por causa das restrições de movimento e transporte, as rotas aéreas e terrestres do tráfico de drogas tiveram que ser suspensas. Há relatos de que os criminosos estariam considerando o tráfego marítimo.

O documento do UNODC, que analisa as tendências do mercado de drogas ilegais, sugere que as drogas sintéticas como metanfetamina tendem a ser traficadas mais por vias aéreas entre continentes.

No caso da cocaína, a maior parte do tráfico é feita em navios e grandes cargueiros continuam sendo detetados em portos europeus durante a pandemia.

A heroína que costuma ser transportada por terra, passou a ser enviada por navios, como as apreensões de opiáceos têm mostrado no Oceano Índico.

A única droga que não deve sofrer grandes impactos é a cannabis que tende a ser cultivada perto do mercado de seus consumidores.

Por causa da pandemia, muitos países reportaram queda no mercado de drogas ilegais, o que pode levar a uma redução no consumo. No caso da heroína, alguns consumidores tendem a lançar mão de substâncias farmacêuticas como as benzodiazepinas. E uma outra consequência danosa é o uso de drogas injetáveis e os altos riscos de contaminação com a partilha de equipamentos.

Muitos consumidores contaminaram-se assim com hepatite C, HIV/Sida e outras infeções. E o receio agora é que as pessoas se contagiem com a covid-19 dessa forma.

As restrições da pandemia já afetam a produção da papoila no Afeganistão que é usada na manufatura de ópio.



Drogas apreendidas na Guiné-Bissau na sede da Polícia Judiciária.

Colômbia e Bolívia também informaram sobre redução de produção de cocaína e a queda no preço da droga ilegal no Peru demonstra baixa também no tráfico.

O declínio no mercado internacional por causa da crise global do novo coronavírus está causando ainda interrupção de drogas ilegais no México, no Líbano e na Síria.

O UNODC acredita que a pandemia deverá ter um efeito duradouro e profundo nos mercados de drogas ilegais. Uma tendência que a agência da ONU deverá seguir pesquisando.



No caso da heroína, alguns usuários tendem a lançar mão de substâncias farmacêuticas como as benzodiazepinas.