

dependências



ENTREVISTA COM FRANKLIM MARQUES,
CANDIDATO A BASTONÁRIO À ORDEM DOS FARMAGÊUTICOS

**“AS PESSOAS É QUE
FAZEM OS LUGARES”**

A CANÁBIS NÃO É UMA DROGA INÓCUA



O parlamento vai discutir e votar dois projetos de lei sobre a "legalização da canábis para uso pessoal". Não tenho dúvidas de que a tomada de decisão sobre a pretensa regulação da canábis é uma decisão política mas, como as demais, deverá assentar acima de tudo em dados provenientes da evidência científica. Ao contrário dos seus autores e proponentes, gostaria de recordar que a canábis não é uma substância inócua e que, por trás da bondade da sua regulação, está um gigantesco poder financeiro, interessado neste importante e apetecível negócio que envolve muitos bilhões de euros.

O consumo abusivo da canábis constitui uma séria e permanente ameaça à coesão social e, o que é mais grave, um atentado à saúde pública, e a sua legalização não a transforma numa substância menos perigosa do que já é.

Estamos a falar de uma substância psicoativa cujos efeitos variam em função das doses, da potência da canábis utilizada, da maneira como é consumida, da saúde mental e do estado de ânimo do utilizador e das experiências anteriores.

De qualquer maneira, ninguém nega que, quando se consome a canábis, surgem de imediato alguns sintomas e sinais como aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, congestão dos vasos conjuntivais, dilatação dos brônquios, diminuição da pressão intraocular, fotofobia, tosse ou diminuição do lacrimejo. Igualmente surgem alguns sintomas psíquicos como a euforia, que aparece minutos depois do consumo, sonolência, fragmentação dos pensamentos e podem surgir ideias paranoides, intensificação da consciência sensorial, maior sensibilidade aos estímulos externos, instabilidade no andar, alteração da memória imediata, assim como da capacidade para a realização de tarefas que requeiram operações múltiplas e variadas, juntando-se a isto reações mais lentas e um défice na aptidão motora, que persistem até 12 horas após o consumo. Isto provoca uma considerável interferência na capacidade de condução de veículos e outras máquinas.

Nas pessoas com pouca experiência e que a ingerem em lugares desconhecidos, os efeitos negativos mais frequentes são sintomas de ansiedade e ataques de pânico. Também, depois da euforia inicial, podem surgir sintomas de depressão.

Em pessoas vulneráveis ou consumidores de doses muito elevadas, pode provocar, em menor grau, um quadro psicótico-alucinatorio-delirante agudo. Estes sintomas são mais frequentes nos países onde se consomem produtos potentes em THC. No entanto, convém não esquecer os efeitos

físicos a longo prazo. Nos fumadores produz bronquite e asma. O risco de contrair cancro do pulmão é maior, devido ao fumo ser inalado de uma forma mais profunda.

Os efeitos endócrinos mais destacados são a diminuição da testosterona, inibição reversível da espermatogénese no homem e uma supressão da LH plasmática, que pode originar ciclos anovulatórios na mulher. Os filhos das mulheres consumidoras crónicas podem apresentar problemas de comportamento. Produz alterações na resposta imunológica, apesar da sua importância clínica ser desconhecida.

A estes efeitos físicos devemos ainda acrescentar outros efeitos psíquicos que o consumo pode provocar nos fumadores crónicos, como um empobrecimento da personalidade (apatia, deterioração dos hábitos pessoais, isolamento, passividade e tendência para a distração). Esta situação é semelhante à dos consumidores crónicos de outros depressores do Sistema nervoso Central. Alguns autores denominaram-na como "síndrome amotivacional". Embora existência de uma psicose canábica crónica seja ainda controversa admite-se poderá ocorrer em indivíduos propensos a padecer de transtorno psicológicos. Por todas estas questões, não compreendo o negacionismo da evidência. A canábis não é uma droga inócua e facilmente se assume como um problema de saúde pública.

A incoerência do jogo e da canábis...

Os deputados do BE querem proibir a publicidade às raspadinhas e legalizar a canábis Segundo a proposta do BE o jogo pode provocar a dependência e afetar a saúde mental dos jogadores, e acrescenta: "Tendo em conta a tendência de aumento do vício do jogo e em especial das raspadinhas", de acesso tão fácil a todas as idades, os deputados querem proibir a publicidade a essa lotarias instantâneas e limitar a emissão de publicidade a jogos e apostas nas televisões e rádios...

Não tenho resposta, nem palavras para tanta incoerência...

Mas fico com a sensação de um grande oportunismo e irresponsabilidade nos comportamentos aditivos e dependências.

Sérgio Oliveira, director

dependências
SÓ PARA PROFISSIONAIS

FICHA TÉCNICA Propriedade, Redacção, Direcção e morada do Editor: News-Coop - Informação e Comunicação, CRL; Rua António Ramalho, 600E; 4460-240 Senhora da Hora Matosinhos; Publicação periódica mensal Registrada na ERC com o nº 124 854. NIPC. 507 932 161.
Tiragem: 12000 exemplares. **Contactos:** 220 966 727 / 916 899 539; sergio.oliveira@newscoop.pt;
www.dependencias.pt **Director:** Sérgio Oliveira **Editor:** António Sérgio **Administrativo:** António Alexandre
Colaboração: Mireia Pascual **Produção Gráfica:** Ana Oliveira **Impressão:** Multitema, Rua Cerco do Porto, 4300-119, tel. 225192600
Estatuto Editorial pode ser consultado na página www.dependencias.pt

O SUCESSO DO MODELO PORTUGUÊS

É VISTO COMO PIONEIRO NA ADOÇÃO DE UM REGIME DE DESCRIMINALIZAÇÃO DO CONSUMO E DA POSSE PARA CONSUMO, CONSEGUINDO UM COMPROMISSO EM QUE NÃO HÁ LUGAR À VIOLAÇÃO DAS CONVENÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. NESTE MODELO, O UTILIZADOR DE DROGAS É VISTO COMO ALGUÉM QUE PRECISA DE AJUDA E NÃO COMO UM CRIMINOSO. MAS COMO SE PROCESSA? FOMOS PERCEBER...

JOÃO CASTEL-BRANCO GOULÃO

DIRECTOR -GERAL DO SICAD



1

COMO TEM SIDO A EVOLUÇÃO DA PERCEÇÃO DA POPULAÇÃO FACE A ESTE MODELO?

O Modelo Português surgiu para dar resposta urgente a um problema concreto que afectava todos os estratos sociais e que estava aos olhos de todos, bem visível em locais como o Casal Ventoso (talvez o mais “emblemático”). Como nos recordamos, nos anos 90, a primeira preocupação dos portugueses eram, justamente, as Drogas e os problemas associados, designadamente de saúde e segurança. Hoje em dia essa preocupação caiu claramente no “ranking”. Cremos que a população em geral pode até não ter conhecimento efectivo de como o Modelo funciona e as suas características, mas no seu dia-a-dia tem a percepção de que algo mudou e, efectivamente, para melhor.

Os princípios e o desenho base do chamado Modelo Português, em si, mantém-se muito fiéis às suas origens. É um modelo de respostas Integradas, que articula os diferentes níveis de intervenção, desde as estratégias de prevenção, onde se inclui a prevenção indicada, a uma rede pública de oferta de serviços de tratamento e de reinserção, às respostas de redução de riscos e minimização de danos, que assenta num enquadramento jurídico de descriminalização, facilitador do desenvolvimento de políticas inovadoras, baseadas em princípios humanistas e de direitos humanos, onde o consumidor é visto como um cidadão de plenos direitos

2

COMO EVOLUIU ESTE MODELO?

que precisa de ajuda, e não como um criminoso, o que por si promove o acesso aos serviços e às respostas disponíveis, em liberdade. A implementação deste modelo tem-se adaptado ao comportamento e evolução dos indicadores epidemiológicos do Sistema Nacional de Informação em Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), gerido pelo SICAD, que anualmente retrata a realidade nacional e suporta a decisão e as orientações políticas.

De referir ainda que, aos dias de hoje, a abrangência da intervenção contempla os problemas ligados ao Álcool e ao Jogo.

3

QUAIS AS MAIS VALIAS PARA A SOCIEDADE?

Redução da prevalência do uso de drogas injetáveis, diminuição das doenças infecciosas, como hepatite e HIV, diminuição das mortes relacionadas com drogas. Assistimos a uma diminuição de consumidores recentes entre população geral (15-64 anos e 15-34 anos) e aumento da idade de início de consumos, e ao aumento da procura de tratamento, também entre consumidores de cannabis.

O MODELO PORTUGUÊS DIVIDE-SE EM 5 NÍVEIS

PREVENÇÃO

COORDENADO POR
RAÚL MELO, PSICÓLOGO
COORDENADOR DO PROGRAMA
NACIONAL DE PREVENÇÃO
"EU E OS OUTROS"



QUE MEDIDAS/ESTRATÉGIAS UTILIZAM PARA PREVENIR E SENSIBILIZAR PARA OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS?

Na medida do possível, procura-se que a prevenção seja desenvolvida de forma continuada em ritmo e intensidade. A mudança de comportamentos e atitudes apenas se conseguem mediante uma intervenção regular – semanal ou quinzenal – em programas multissessões, que combinem diferentes estratégias, como o desenvolvimento de competências socioemocionais, o treino de competências parentais/familiares, o desenvolvimento de actividades que se constituam como alternativas de prazer, etc. Infelizmente, uma parte significativa do esforço preventivo mantém-se no plano da sensibilização que a evidência científica têm demonstrado não ser eficaz. A organização de sessões de debate, o fornecimento de informação, o contacto com histórias de vida de ex-dependentes, são estratégias fáceis de organizar, mas cuja eficácia é reduzida.

O mais frequente é incidir a prevenção nos contextos escolares pela maior facilidade de aceder aos grupos-alvo, contudo a prevenção pode e deve desenvolver-se aonde as pessoas se encontram.

QUEM SÃO OS PÚBLICOS-ALVO?

Os grupos-alvo da prevenção distribuem-se ao longo de todo o ciclo de vida, na medida que os objectivos traçados se ajustem à fase de desenvolvimento. Deste modo pode incidir sobre as mulheres grávidas, visando a criação de contextos securizantes de desenvolvimento; pode visar a primeira infância, focando a relação com os ecrãs, ou incidindo sobre o comportamento alimentar os quais podem prolongar-se ao longo da latência; a adolescência pode trazer todo um leque de temas para a prevenção que podem ir das substâncias, ao uso problemático das redes sociais, aos conteúdos sexuais, passando pelo jogo online e o jogo de apostas, etc. A preocupação com o corpo, que se prolonga depois pela idade adulta, pode levar a prevenção a incidir sobre o exercício e o uso indevido da medicação, tema este que se prolonga para a idade sénior, com a sensibilização para o ajuste dos comportamentos aditivos com substâncias em função da menor tolerância do organismo.

“

O mais frequente é incidir a prevenção nos contextos escolares pela maior facilidade de aceder aos grupos-alvo, contudo a prevenção pode e deve desenvolver-se aonde as pessoas se encontram.

”

QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES/ OBSTÁCULOS À IMPLEMENTAÇÃO?

As principais dificuldades na área da prevenção resultam do facto de, na saúde, o tratamento assumir sempre um carácter prioritário que, apesar do reconhecimento de importância, relega invariavelmente a prevenção para segundo plano. Isso traduz-se na redução dos recursos humanos afectos a esta área, por comparação com a área do tratamento; reflete-se igualmente no investimento direccionado para a investigação e avaliação dos processos preventivos sem o qual não é possível argumentar perante os decisores, a importância de reforçar o investimento em intervenções suportadas na evidência científica em face dos resultados obtidos.

Outra dificuldade nesta área, diz respeito à dispersão das organizações que se dedicam a esta área, facto que lhes retira eficácia e poder de pressão face aos decisores. Seria muito importante que estas organizações se conseguissem agregar numa plataforma que permitisse a partilha de recursos e o desenvolvimento conjunto de práticas e conhecimentos.

É desejo do SICAD que os próximos anos possam vir a proporcionar uma evolução significativa no desenvolvimento de um sistema de qualificação que possa contribuir para um melhor conhecimento do terreno, das suas necessidades e potencialidades, promovendo mais momentos de encontro e partilha.



DISSUAÇÃO

COORDENADO POR
SOFIA ALBUQUERQUE, PSICÓLOGA

QUAL O PAPEL/INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO NESTE NÍVEL?

As Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT) não sendo instâncias de tratamento, desenvolvem uma intervenção considerada cirúrgica, possibilitando o despiste de situações problemáticas ou de dependência, que carecem de resposta ou apoio especializado. O foco da intervenção é o indivíduo e as necessidades que apresenta, por isso, a abordagem é centrada na pessoa.

Numa perspetiva humanista e integradora, os indivíduos são intervencionados em função do risco que apresentam e não da substância que consomem. A Dissuasão possui assim um quadro de intervenção específico, que respeita uma lógica protocolada: o modelo de intervenção em Dissuasão (MID). Este contempla uma intervenção trifásica (avaliação, intervenção motivacional e follow-up) e culmina numa abordagem complementar estabelecendo a mediação junto de estruturas que oferecem respostas integradas como a prestação de cuidados sócio sanitários, tratamento e reinserção social.

Ao psicólogo que trabalha numa CDT é-lhe pedido que avalie, por meio da recolha da anamnese e historial de consumos, fazendo uso de instrumentos específicos (escalas e materiais de suporte à avaliação) e que identifique o nível de risco do consumidor indiciado num processo de contraordenação.

O técnico de uma CDT, num curto período, terá que avaliar, identificar e promover a motivação do consumidor para a mudança do padrão de consumo (no sentido da abstinência ou da redução), ou para uma eventual adesão à referência para estruturas especializadas de tratamento da dependência.

QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES/ OBSTÁCULOS?

Actualmente as principais dificuldades relacionam-se com a existência de fragilidades ao nível dos recursos humanos das CDT, mas também dos principais parceiros (autoridades policiais) responsáveis pela deteção precoce e consequente notificação/sinalização às comissões. Nesta área, como em tantas outras da administração pública, existem dificuldades no recrutamento para ingresso, deixando os serviços debilitados e em sobre esforço. Outros importantes obstáculos à intervenção nesta área, relacionam-se com algumas questões inerentes à legislação (nomeadamente, com o carácter prático da aplicação de algumas das sanções previstas) e com a ausência em alguns distritos (zona interior do país) de estruturas comunitárias para encaminhar os indiciados considerados não dependentes.

Acrescem a estas fragilidades, obstáculos relacionados com o surgimento de novas substâncias psicoativas e sua respetiva regulamentação, novas formas de tráfico como a *darkweb* e o mais recente surgimento de locais de venda camuflada e por vezes, aberrantemente exposta, de THC em lojas autorizadas a vender supostamente e exclusivamente CBD.

UM DOS FOCOS DA DISSUAÇÃO É A PREVENÇÃO DA EXCLUSÃO SOCIAL. QUE MEDIDAS/ESTRATÉGIAS UTILIZAM?

A prevenção da exclusão social surge desde logo com a neutralização do estigma social a que o dependente de substâncias estava sujeito.

Descriminalizar o consumo significa afastar o consumidor da realidade dos tribunais e aproximá-lo dos serviços de saúde quando necessário. O toxicod dependente não é um criminoso, da mesma forma que o consumidor de substâncias não é necessariamente um doente. A Dissuasão possibilita a existência desse espaço para avaliar a situação em que o consumidor de substâncias se encontra, e exerce a sua função mediadora, referenciando-o sempre que necessário, para os apoios disponíveis na comunidade.

A intervenção a este nível não se limita à dissuasão do consumo, envolvendo também a prevenção, a minimização e a supressão de potenciais factores de exclusão social. A abordagem é holística e constitui, efectivamente, uma oportunidade única na vida de muitos indivíduos que espontaneamente não procurariam ajuda.

A componente preventiva desta intervenção tem marcado a diferença na vida de muitos jovens que, não estando numa situação de dependência, encontram-se fragilizados do ponto de vista pessoal e social. A ajuda disponibilizada contempla assim muitas vezes soluções para situações de abandono escolar ou inserção profissional, reforçando competências pessoais e sociais, aumentando deste modo a protecção contra factores de risco.



TRATAMENTO & REINserÇÃO

COORDENADO POR
DOMINGOS DURAN, PSICÓLOGO

de gravidade da perturbação mas também pelas comorbilidades físicas e psíquicas que eventualmente possa apresentar. Assim o tratamento pode requerer a combinação de diferentes intervenções terapêuticas: psicofarmacológicas, psicológicas/psico-terapêuticas, médicas, intervenções sistêmicas e reabilitação social.



EM QUE CONSISTE O TRATAMENTO?

Tendo em conta a natureza da doença aditiva, o tratamento poderá ser definido, de forma geral, como a disponibilização de uma ou mais intervenções estruturadas destinadas a lidar com os problemas de saúde e outros, que resultam dos comportamentos aditivos e dependências, visando melhorar o funcionamento pessoal e social.

O percurso de tratamento inicia-se quando um indivíduo com comportamentos aditivos e / ou dependência entra em contato com um técnico ou serviço de saúde, iniciando um processo terapêutico que se concretiza por uma integração de intervenções específicas, ocorrendo sucessiva ou concomitantemente e que terminará quando o máximo do seu potencial para a saúde e bem-estar for atingido.

COMO É FEITA A DIFERENCIAÇÃO DO TRATAMENTO?

O tratamento pode decorrer em diferentes tipos de enquadramentos e estruturas (ambulatório, internamentos, centros de dia), recorrer a diferentes formas de intervenção e ter uma duração variável; sendo uma doença crónica e sujeita a recaídas, as perturbações aditivas requerem frequentemente um processo de tratamento a longo prazo envolvendo múltiplas valências e exigindo acompanhamento regular. Dentro deste contexto as recaídas terão de ser entendidas, em termos de planificação do tratamento, como momentos críticos que sinalizam a necessidade de reajustamento da estratégia terapêutica às necessidades presentes do doente.

A planificação do tratamento deve ter em conta e ajustar-se às necessidades globais do utente, determinadas não só pelo grau

APÓS O TRATAMENTO SER DADO COMO CONCLUÍDO QUAIS OS PROCEDIMENTOS PARA A REINserÇÃO?

Os percursos de inserção de indivíduos com problemas de uso e abuso de substâncias psicoativas são, caracteristicamente, lentos e sinuosos, exigindo intervenções globais e sistêmicas que contribuam para a sua sustentabilidade. Nesta óptica, a abordagem no âmbito da inserção social extravasa a correção dos comportamentos e das atitudes dos indivíduos, centrando-se também na transformação, não menos profunda, das instituições, dos agentes sociais e económicos. O acompanhamento dos processos de inserção constitui por si, uma estratégia que garante a avaliação permanente do percurso, a correção de opções e o apoio de retaguarda ao indivíduo, numa lógica proactiva de prevenção da recaída.

“

Dentro deste contexto as recaídas terão de ser entendidas, (...) como momentos críticos que sinalizam a necessidade de reajustamento da estratégia terapêutica...

”

PORTUGAL REVERTEU CRISE DE DEPENDÊNCIA AO DESCRIMINALIZAR AS DROGAS

Uma pequena mulher de 44 anos, imaculadamente vestida, aproxima-se de uma carrinha e sussurra um número de código pessoal através de uma janela.

Lá dentro, um técnico prepara seu substituto diário de heroína, garantindo que tenha a dosagem correta, antes de distribuí-lo num copinho de papel. Ela agradece e diz: "Foi isso que salvou minha vida", - Sem essa carrinha, e essas pessoas simpáticas, eu estaria morta.

Atrás de Dulcineia Mendes Correia, aparecem outros dependentes químicos para receber a dose da metadona. Eles vêm de todas as esferas da vida. Um é um empresário inteligente. Outro, que parece um pouco enlameado, pede um kit de seringas para injetar heroína. Um terceiro pede educadamente uma folha de estanho grátis para queimar a droga, um método conhecido como "perseguir o dragão".

Qualquer coisa, dirão os especialistas, é melhor do que injetar com agulhas sujas.

Este é o objetivo de Portugal na sua estratégia integrada de drogas, um programa lançado há 20 anos com a descriminalização das drogas, e com complementos importantes, como redução de danos, tratamento, educação e reintegração.



Dulcineia Mendes Correia aproxima-se de uma carrinha e sussurra um código pessoal através de uma portinhola. Lá dentro, uma técnica prepara seu substituto diário de heroína, garantindo que tenha a dosagem correta, antes de distribuí-lo num pequeno copo de papel

E no mês passado, na esteira de um relatório do Office For National Statistics que revelou que havia 4.561 mortes por drogas no Reino Unido no ano passado o maior total desde que os registos começaram em 1993 - um improvável defensor da abordagem portuguesa pediu que ela fosse adotada por o Reino Unido. O ex-líder do Partido Conservador, William Hague, escreveu um artigo no The Times intitulado "Descriminalizar as drogas é o único caminho a seguir".

"Muitos conservadores estão relutantes, como eu estava há duas décadas, em abandonar uma abordagem 'dura' de lei e ordem", disse Hague, apontando que os políticos temem até mesmo levantar a questão porque é uma batata quente política. "No entanto, duas verdades sobre este assunto parecem claras. A primeira é que se tornou um grande problema so-

cial. As mortes anuais representam dezenas de milhares de pessoas presas ao consumo e rumo ao mesmo destino. As vítimas estão intimamente ligadas à pobreza infantil e às áreas de privação".

"A segunda verdade, por mais embaraçosa que seja para aqueles como nós que sempre quisermos ser mais fortes, é que nunca suprimiremos o fornecimento de drogas enquanto a procura continuar."

Um relatório parlamentar de Dame Carol Black no ano passado descobriu que o custo das drogas ilegais para a sociedade era de cerca de £ 20 bilhões por ano na Inglaterra e no País de Gales, mas que estávamos a gastar apenas £ 600 milhões em tratamento e prevenção.



Um improvável defensor da abordagem portuguesa apelou para que fosse adotada pelo Reino Unido. O ex-líder do Partido Conservador, William Hague, escreveu um artigo no The Times intitulado 'Descriminalizar as drogas é o único caminho a seguir'

Desde 2012, as mortes por heroína duplicaram e as por cocaína aumentaram cinco vezes - enquanto 27.000 jovens estão agora identificados como membros de gangues, muitos envolvidos no tráfico de drogas e na violência.

Isso foi o suficiente para persuadir o Commons Health and Social Care Committee a recomendar em 2019 "que o governo deveria repensar sobre a descriminalização do consumo de drogas para uso pessoal não como uma questão criminal, mas como um problema de saúde."

"Depois da descriminalização [em Portugal], os estudos vieram confirmar que a situação melhorou bastante e em todos os indicadores," disse Hague. 'Incluindo uma queda de 18 por cento nos custos totais para a sociedade. Não vale a pena tentar?'

Numa tentativa de estabelecer exatamente o quão bem-sucedido foi a intervenção ousada de Portugal, o Mail viajou para Lisboa. O que descobriu vai chocar alguns leitores e surpreender outros que - muito compreensivelmente têm uma aversão instintiva a qualquer enfraquecimento das leis que proíbem a posse do tipo de droga que destrói tantas vidas jovens.

Em primeiro lugar, porém, é importante explicar qual é a abordagem de Portugal, como surgiu - e compreender que descriminalizar não é o mesmo que legalizar.

Na década de 1990, o país viu-se dominado por uma epidemia de heroína. As raízes do problema residem na abertura de Portugal ao mundo exte-

rior depois que a Revolução dos Cravos de 1974 pôs fim à mais longa ditadura da Europa.

Portugal foi repentinamente exposto a novos mercados e influências e quando, primeiro a cannabis e depois a heroína, começaram a inundar o país, o país não estava preparado, nem tinha respostas.

No final dos anos 90, um por cento da população estava dependente de heroína. Quase metade estava injetando e, com poucas oportunidades para adquirir novas seringas regularmente, os toxicodependentes partilhavam as seringas, resultando nos incríveis 56 por cento de se tornarem HIV-positivos. Em 2001, Portugal respondia por 50 por cento dos novos casos de VIH relacionados com seringas na UE, apesar de ter apenas 2 por cento da sua população.

"Foi desesperador", diz Hugo Faria, da Ares do Pinhal, a organização que dirige a carrinha da qual Dulcineia acaba de receber metadona. Estamos no Casal Ventoso, um outrora degradado e perigoso ponto de encontro para toxicodependentes. "Havia níveis incrivelmente altos de criminalidade, com os consumidores de heroína em todos os lugares. Pessoas morriam nas ruas", lembra Hugo.



Desde 2012, as mortes por heroína duplicaram e as por cocaína aumentaram cinco vezes - enquanto 27.000 jovens identificados como membros de gangues, muitos deles envolvidos no tráfico de drogas e na violência

No final da década de 1990, 70 por cento de todos os crimes portugueses estavam relacionados com drogas, com mais de 40 por cento da população prisional por crimes relacionados com drogas. "Todos, quer sejam de áreas mais pobres, ou das áreas mais ricas - ou mesmo políticos eleitos - conheciam alguém que havia morrido por abuso de drogas ou HIV", diz Dr. Manuel Cardoso, Diretor-Geral Adjunto da SICAD, Serviço de Intervenção e Comportamentos Aditivos de Portugal. "Era a preocupação número um na época e todos nós sabíamos que algo diferente precisava ser feito."

O então primeiro-ministro António Guterres - hoje, Secretário-Geral das Nações Unidas - reuniu um painel de peritos que, em 1999, elaborou "A Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga".

Introduzido em 2001, envolveu uma combinação de melhores instalações de tratamento, redução de danos (por exemplo, troca de seringas), melhor educação para o público e oferta de materiais de substituição mais seguros e gratuitos e de metadona. A maior mudança envolveu a descriminalização da posse pessoal de pequenas quantidades de drogas, concentrando-se, em vez disso, no apoio para controlar ou se livrar do uso de drogas. Posse não era mais um crime, mas considerado uma contraordenação - não mais grave do que uma multa por excesso de velocidade. No entanto, traficar, negociar e possuir mais do que o suficiente para o consumo pessoal para 10 dias continua sendo ilegal e é punido com firmeza pelos tribunais.

Quando uma pessoa é apanhada com a posse de uma pequena quantidade de uma droga, o produto é confiscado e eles são obrigados a comparecer perante as Comissões de Dissuasão da Toxicodependência, formados por profissionais de saúde, jurídicos e de assistência social.

Fui ver um em ação perto da Praça de Espanha, no centro de Lisboa. Um homem de 20 anos de aparência nervosa foi apanhado com 3,08 gramas de haxixe.

Ele estava a ser entrevistado por uma assistente social para uma avaliação inicial. "Nunca julgamos e o ambiente é descontraído", afirma Nuno Capaz, vice-presidente da Comissão de Dissuasão da Toxicodependência. "Geralmente tentamos perceber as razões pelas quais a pessoa está a consumir drogas, perguntamos se ela poderia consumir menos, tentamos dissuadir, mas nunca lhes dizemos o que fazer. Isso seria contraproducente.



Fui ver um em ação perto da Praça de Espanha, no centro de Lisboa. Um homem de 20 anos de aparência nervosa foi apanhado com 3,08 gramas de haxixe (imagem de arquivo)

'Se for a primeira vez, o caso será suspenso e nenhuma ação será tomada - como foi com este jovem. No entanto, para a segunda vez e as subsequentes, eles serão multados ou solicitados a prestar serviço comunitário. As multas rondam normalmente os 35 a 40 euros, mas, em casos muito raros, podem chegar aos 665 euros. "Onde houver sinais de dependência, podemos oferecer às pessoas tratamento, aconselhamento e medicamentos de redução de danos, como a metadona", continua Nuno Capaz. 'Mas eles não são forçados a fazer isso. Isso não vai funcionar. Eles têm que querer um tratamento para que seja eficaz.

" Quando o chef Tiago Filipe, de 32 anos, foi apanhado com 7,45 gramas de cannabis aos 19 anos, foi-lhe dito que iria para a prisão - cinco gramas é normalmente o limite permitido como pessoal" - mas o seu caso foi suspenso sob a condição de aceitar receber ajuda de um dos conselheiros da comissão. Tiago é agora o chefe de cozinha da Lince Brewery Kitchen, em Lisboa, e ele acredita que a abordagem mais descontraída da posse foi que salvou a sua carreira.

Isso o deixou sem antecedentes criminais e permitiu que ele ocupasse cargos importantes no Reino Unido - no The Savoy, clube de membros do Annabel e restaurante especializado em carne Hawksmoor.

"Deus sabe o que teria acontecido comigo se eu simplesmente tivesse sido atirado para a prisão", e acrescenta. 'Eu não tinha problemas com drogas - só fumava um pouco de canábis por diversão - mas o técnico perguntou-me porquê? E isso mudou o meu comportamento e provavelmente salvou minha carreira. É um sistema mais humano que tenta apoiar as pessoas e ajudá-las a mudar, em vez de simplesmente puni-las."

Mas isso não significa que mais pessoas usarão drogas? Certamente, se não há nada a temer, então não há nada a deter. "Isso é o que nos preocupou no início - foi visto como um tiro que poderia sair pela culatra", disse o Dr. Cardoso do SICAD. 'Tivemos que ser corajosos e valeu a pena.' Os novos casos de HIV - o problema que motivou a reforma - caíram de 1.287 em 2001 para apenas 16 em 2019. No mesmo ano, o número de mortes por drogas caiu para apenas seis por milhão - cerca de 50 vezes menor do que a taxa atual na Escócia, que ainda está aumentando. Os níveis de uso de drogas também caíram. De acordo com o Observatório Europeu da Dro-

ga e da Toxicodependência, Portugal tem agora algumas das taxas mais baixas de consumo de droga entre os 15 e os 34 anos da UE.

E, como consequência da descriminalização dos pequenos consumidores de drogas, o perfil da população presidiária mudou drasticamente. Em 2001, mais de 40 por cento dos presos estavam lá por crimes de drogas. Isso agora é cerca de 15 por cento.

No entanto, o gasto per capita da população em prevenção e tratamento é menor do que na Inglaterra e no País de Gales - 65 milhões de euros (£ 55 milhões) em Portugal para uma população de 10 milhões, em comparação com £ 600 milhões na Inglaterra e no País de Gales para uma população que chega a 60 milhões.

A polícia, que no início resistia a mudanças, também reclamou quando começou a ver os resultados.

O Comissário Rui Cruz, do Departamento de Investigação Criminal de Lisboa, afirma: "Os consumidores de drogas eram vistos como criminosos antes de a lei mudar. Havia muitos bairros pobres onde muita gente consumia nas ruas. Lidamos com o consumo como crime - e isso criminaliza bairros inteiros.

'Quando a lei mudou, pudemos aplicar mais recursos ao tráfico. Quando reduzimos a oferta, reduzimos a procura.'

Alguns críticos acreditam que os internamentos hospitalares por problemas psicológicos relacionados com o consumo de cannabis em Portugal - um aumento de 29 vezes de 20 para 588 entre 2000 e 2015, de acordo com um grupo de psicólogos portugueses - podem estar relacionadas com atitudes relaxantes em relação à posse.

Mas isso pode muito bem ter sido causado pelo número elevado de consumidores de heroína que mudaram para a canábis. E a força da cannabis aumentou consideravelmente nos últimos 20 anos. Na Inglaterra, o número de hospitalizações relacionadas à cannabis aumentou em 50 por cento para 31.130 desde 2013.

Nem todo mundo acredita que um relaxamento das leis sobre drogas seja a resposta. Num relatório de 2018 sobre a legalização da cannabis, o centro de estudos de centro-direita, The Center for Social Justice, previu que a remoção das restrições legais no Reino Unido resultaria num milhão de

consumidores a mais e 100.000 novos dependentes. Andy Cook, seu presidente-executivo, disse que isso 'abriria as portas para centenas de milhares de novos consumidores, muitos dos quais serão jovens e vulneráveis'. Na América, as vendas dispararam à medida que as leis foram relaxadas. Lá, 48 dos 50 estados permitem a venda de cannabis medicinal e 16 estados legalizaram-na para o consumo recreativo, incluindo Nova York e toda a Costa Oeste. Em dezembro do ano passado, o Leafly, focado na cannabis, relatou que os americanos haviam comprado US \$ 18,3 bilhões em produtos de cannabis, um aumento de 71% em relação ao ano anterior, com base nos registos de impostos e receitas estaduais de canábis.

São números como esses que fazem muitos políticos britânicos hesitarem. A última vez que Boris Johnson foi questionado sobre o relaxamento das leis sobre o uso de drogas - quando o prefeito de Londres Sadiq Khan sugeriu revisar a legalidade da cannabis - a sua então porta-voz, Allegra Stratton, disse: 'O primeiro-ministro falou sobre isso em muitas ocasiões - as drogas ilícitas destroem vidas e ele não tem absolutamente nenhuma intenção de legalizar a cannabis, que é uma substância prejudicial.'

O líder trabalhista, Sir Keir Starmer, também expressou oposição à descriminalização. Numa entrevista este ano, ele disse: 'Quando eu era Diretor do Ministério Público, processei muitos casos envolvendo drogas e gangues de drogas e a criminalidade que está por trás, e isso causa enormes problemas para pessoas vulneráveis em todo o país.'

Os defensores do sistema português dizem que não estão argumentando que simplesmente descriminalizar o porte pessoal funcione - políticas de tratamento, redução de danos e reintegração também devem ser implementadas. Tudo isso foi possível em Portugal por causa do SICAD, que supervisiona dezenas de instituições, ONGs e associações que trabalham no terreno para ajudar os adictos. Cada um é financiado total ou parcialmente pelo governo.

Numa dessas associações, a IN-Mouraria, dirigida pelo Grupo de Activistas em Tratamentos para o VIH (GAT), conheço Patricia Pestana, e Pedro Carvalho, contam histórias semelhantes de terem experimentado heroína com amigos quando eram adolescentes. "Nós fumamos", diz Patricia. "Não havia informações sobre a droga naquela época. Não tínhamos ideia de como isso poderia ficar. Ouvimos falar de pessoas com problemas para se injetar, mas pensamos que não seríamos nós."

Cada um, à sua maneira, encontrou a IN-Mouraria, onde receberam exames de saúde, aconselhamento e metadona administrada clinicamente para se livrarem da heroína. A organização também ajuda no tratamento da hepatite C - um grande problema para os dependentes em drogas.

Patricia agora está limpa de heroína e trabalha para a GAT como conselheira de pares aconselhando outros usuários de drogas. Pedro, que há dois anos mora em uma casa subterrânea que cavou numa floresta nos arredores da cidade, acaba de receber uma casa arrendada. 'Depois, vou estudar para ser arqueólogo', ele diz. - Tenho a ambição de encontrar Atlântida.

Do outro lado da cidade, visito o CRESCER, um programa que oferece ajuda, aconselhamento e redução de danos para utilizadores na rua. A sua diretora, Andreia Alves, diz-me com orgulho que também proporcionam casa a mais de 100 toxicodependentes - cada um dos quais passou a reduzir o consumo de drogas ou a ficarem limpos.

Na rua, a psicóloga do CRESCER Ary Teixeira e a assistente social Mariana Gomes encontram Carlos Figueiredo, perseguindo o dragão. Eles dão-lhe uma folha de estanho limpa e perguntam como podem ajudar. Antes de se despedir, eles marcaram um encontro com uma instituição dos sem abrigo para tentar tirá-lo da rua.

Ao virar da esquina, Dulcineia está recebendo na sua carrinha a entrega de metadona, uma substância que não a deixa 'alta', mas simplesmente a estabiliza e remove o desejo por heroína. "Minha mãe morreu de overdose de heroína por injeção", ela conta. - Então, nunca injetei, mas nunca deveria ter começado. Eu tinha 19 anos e achava que fumar não me viciava, mas viciou.

'No pior do meu vício, eu roubava coisas de lojas e supermercados para pagar meu hábito. Você fica desesperado. Eu estava tão desesperada que concordaria em fazer sexo com homens e pedir o dinheiro primeiro - depois fugir com ele. Uma noite, um homem me trancou numa casa e tive que escapar pela janela do banheiro.

'Então eu ouvi sobre a carrinha e um dia cheguei e disse,' Por favor me ajude '. E eles fizeram exames de sangue, descobrindo que eu era HIV positivo, e recebi ajuda, tratamento e metadona para me livrar da heroína. Isso foi há sete anos atrás.'

Dulcineia, que - ao contrário de alguns viciados - não usa os estragos do uso de heroína no rosto, acrescenta: 'Agora vivo uma vida normal e tenho um trabalho de limpeza para duas simpáticas velhinhas, que cada uma me deu uma chave de seu lares sabendo que eu nunca tiraria nada deles.

"Mas, o mais importante de tudo, tenho dois filhos, um menino e uma menina, e eles nunca terão que passar pela experiência da mãe morrer de overdose de heroína."

BUPRENORFINA NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PODE MELHORAR RESULTADOS NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS POR CONSUMOS DE OPIÁCEOS

Um recente estudo promovido pelo National Institute on Drug Abuse e realizado pelos institutos nacionais de saúde norte-americanos foi publicado na revista *Jama Network Open* e revela que o tratamento com altas doses de buprenorfina administrado nos serviços de emergência é seguro e bem tolerado por pessoas com transtorno por uso de opióides que apresentam sintomas de abstinência.

Doses mais baixas de buprenorfina constituem, no entanto, o padrão atual de tratamento, sendo que este estudo revela que doses altas do medicamento podem proporcionar um período crítico de alívio da abstinência após alta do serviço de emergência, o que poderá auxiliá-los na superação de barreiras para a obtenção de medicamentos, bem como no acesso a cuidados para o tratamento da dependência.

Segundo Nora Volkow, diretora do NIDA, “os serviços de emergência estão na primeira linha de tratamento com pessoas com transtorno por uso de opióides e ajudam-nos a superar obstáculos à recuperação, como os sintomas de abstinência”, acrescentando que “o fornecimento de buprenorfina nas emergências apresenta uma oportunidade para expandirmos o acesso ao tratamento, especialmente para as populações carentes, complementando o atendimento de urgência com uma ponte para serviços ambulatoriais, que podem, em última instância, melhorar os resultados a longo prazo”.

É verdade que já vinham a ser usadas doses mais altas de buprenorfina nalguns departa-

mentos de emergência dos EUA, destinadas ao tratamento da síndrome de abstinência e transtorno pelo uso de opióides em resposta ao potencial crescimento de oferta de opiáceos ilícitos e a atrasos comuns no acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes, mas esta prática não havia sido ainda avaliada.

Neste estudo, os investigadores recorreram a uma revisão retrospectiva do historial clínico para analisarem os dados dos registos de saúde eletrónicos, que documentam 579 visitas ao departamento de emergências do Hospital Highland, do Sistema Nacional de Saúde da Alameda, Califórnia, realizadas por 391 adultos com transtorno por consumo de opióides em 2018. Muitos dos pacientes pertenciam a populações vulneráveis, com 23% a viverem em condição de sem-abrigo e 41% a apresentarem transtorno psiquiátrico. 68% dos pacientes eram do sexo masculino, 44% eram negros e 15% hispânicos ou latinos. Em 65% dos casos, foi administrado mais do que o limite padrão de 12mg de buprenorfina sublingual durante a indução na emergência e, em 23% dos casos, os pacientes receberam 28mg ou mais.

As doses mais altas de buprenorfina foram seguras e toleráveis e, entre os que receberam doses mais altas, não houve relato de problemas respiratórios ou sonolência, possíveis efeitos secundários da medicação. Cários estudos demonstram já que o início da buprenorfina na urgência melhora o comprometimento com o tratamento e é custo-efetivo, mas as barreiras ao

uso da medicação persistem e os pacientes que receberam alta sem prescrição de buprenorfina podem experimentar um retorno aos sintomas de abstinência antes terem a hipótese de aceder aos cuidados de acompanhamento. De acordo com Andrew Herring, autor do estudo, “depois de receberem alta, muitas pessoas consideram difícil vincularem-se aos cuidados de acompanhamento”, e “a dosagem de buprenorfina no pronto-socorro ou urgência, juntamente com recursos e aconselhamento facilitador da transição para serviços ambulatoriais, pode fornecer o ímpeto necessário para aceder a cuidados continuados”.

“Este estudo melhora a evidência sobre o que sabemos acerca da indução de buprenorfina no departamento de emergência e pode constituir um volte-face, particularmente para populações vulneráveis, que provavelmente beneficiariam de uma indução rápida no momento da visita”, afirmou outra autora do estudo, Gail D’Onofrio, da Universidade de Yale.

Embora os investigadores considerem que as suas conclusões precisam de ser confirmadas prospectivamente noutros departamentos de emergência, este estudo sugere que, com suporte e treino apropriado, os profissionais de medicina de emergência podem iniciar o tratamento com segurança e eficácia com altas doses de buprenorfina.



JORGE SAMPAIO – EVOCAÇÃO NO DIA DO SEU ANIVERSÁRIO DE NASCIMENTO 18/9/2021



Justa, sentida e merecida homenagem

Jorge Fernando Branco de Sampaio nasceu a 18 de setembro de 1939 e faleceu no passado dia 10.

Acima de todos os cargos que exerceu, fica na memória coletiva portuguesa como um verdadeiro Humanista, o homem bom que não só se preocupou com os menos privilegiados da sociedade, mas que também agiu contra a injustiça e discriminação.

Ainda jovem combateu a ditadura defendendo, enquanto advogado e pro bono, acusados pela PIDE e esta sua veia revelou-se em várias áreas onde sentia que podia intervir a favor de uma sociedade mais justa.

A sua função pública permitiu-lhe envolver-se e ser determinante em inúmeras causas, entre as quais contamos a nossa área de atuação, pelo que toda a política de drogas portuguesa tão aclamada pelo mundo tem, diretamente, a intervenção do então Presidente da República, Jorge Sampaio.

Decorria o ano de 1997 quando, pela primeira vez no nosso país, teve lugar, no CCB, o seminário «Droga - Situação e Novas Estratégias», impulsionado pelo próprio como forma de escutar especialistas nacionais e internacionais que pudessem abrir caminho para a resolução do grave problema que Portugal enfrentava em relação às Drogas e Toxicodependências.

Foi durante a sua presidência e por iniciativa do governo de António Guterres, que o Modelo Português nasceu, fruto, em grande parte, da preocupação evidente que Jorge Sampaio demonstrou publicamente na defesa da dignidade humana, neste caso, dos consumidores de Drogas. cremos que sem o seu envolvimento, dificilmente poderíamos ter tido uma política verdadeiramente humanista, centrada no cidadão e baseada em evidência científica.

Ao longo da sua vida pública, Jorge Sampaio fez sempre questão de estar junto das instituições que lidam com os problemas das Drogas e Toxicodependências participando e intervindo em diversos momentos importantes.

Recordamos com orgulho a sua última participação num evento público do SICAD, em maio de 2019, aquando das comemorações dos 20 anos da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. A nossa frase assinatura diz “Construímos Caminhos”, mas, na verdade, quem colocou a primeira pedra para que o caminho fosse acontecendo foi, sem dúvida, Jorge Sampaio. Uma pessoa comprometida com o bem comum e com a importância de todo e qualquer cidadão, independentemente das suas crenças, origens e condições de saúde.

No dia em que completaria 82 anos, o SICAD celebra a memória de Jorge Sampaio: o presidente, o cidadão e o amigo que permitiu que Portugal seja hoje uma referência internacional na sua área, mas mais importante ainda, que abriu o caminho para que milhares de vidas tenham sido recuperadas e estejam hoje entre nós.

Obrigado, Jorge Sampaio!



**ENTREVISTA COM FRANKLIM MARQUES,
CANDIDATO A BASTONÁRIO À ORDEM DOS FARMACEUTICOS**

À DESCOBERTA DE UM NOVO MUNDO PARA O FARMACÊUTICO

A exemplo de D. Afonso Henriques, que começou por conquistar o Norte para construir unidade nacional em torno de uma expansão territorial, Franklim Marques apresenta-se agora a sufrágio para assumir a função de bastonário da Ordem dos Farmacêuticos. Não esquecendo as suas raízes, assume como desígnio fundamental a oferta de um serviço de saúde, público e privado, que melhor sirva os portugueses de Norte a Sul e, para isso, considera fundamental o reconhecimento e valorização do papel do farmacêutico, nas suas variadas funções. Defende as-

sertivamente que o papel do farmacêutico vai muito além da mera dispensa de medicamentos, embora assegure que onde está um medicamento tem de estar um farmacêutico, e define-o através de um misto entre profissional e agente de saúde. O atual presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Farmacêuticos, eleito pelos seus congéneres por duas vezes consecutivas e que tem demonstrado um serviço de excelência naquela instituição, em domínios como a infraestruturação, formação, representatividade, abertura ao público

em geral e internacionalização, apela a um maior espectro de intervenção e reconhecimento do papel do farmacêutico no sistema de saúde, a bem desde logo da pessoa com doença, mas igualmente do erário público, dos demais profissionais, agentes e estruturas de saúde. Com uma experiência que combina o exercício farmacêutico, de docência académica e de vários anos de serviço à Ordem, Franklim Marques apresenta-se como candidato a bastonário. Em entrevista, apresenta a sua visão sobre o passado, presente e futuro...

O farmacêutico, segundo Franklim Marques

“Mais do que agente de saúde, é para mim profissional de saúde com características de agente de saúde. O agente é um educador, o profissional é aquele que cuida do doente e nós, realmente, cuidamos do doente, mas, simultaneamente, desempenhamos o papel de agente ao aconselhar, educar e promover a saúde, o bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Quando afirmo que somos muito mais do que dispensadores de medicamentos, quero dizer que o meu papel enquanto profissional de saúde não acaba na dispensa do medicamento, antes permite colaborar na monitorização do tratamento, o que não significa substituir-me a ninguém. Quero usar os meus conhecimentos de maneira a poder acompanhar o doente, permitindo que outros profissionais de saúde desempenhem melhor ou estejam mais livres para outras tarefas. Daí a importância da multidisciplinaridade. Se esta se manifestasse de forma diferente entre os profissionais de saúde, no momento em que um médico prescrevesse uma terapêutica num hospital ou centro de saúde, eu, farmacêutico, poderia colaborar na sua monitorização, pelo menos no período entre consultas, enquanto o médico teria mais tempo livre para prescrever, diagnosticar e analisar outro doente, que é o seu papel por excelência, o diagnóstico clínico, a instituição da terapêutica e o seu término. Todo o processo seria acompanhado, em ambiente multidisciplinar e reitero colaborativo com o clínico prescriptor. Seria muito mais frutuoso para a pessoa com doença e para a melhoria da saúde e qualidade de vida. Ainda recentemente foi aprovada em França a prescrição pelos farmacêuticos. Em determinados contextos colaborativos com o médico, o farmacêutico pode ter funções neste âmbito muito bem definidas e delimitadas, a bem do doente. Infelizmente, somos aquela profissão de que apenas se sente falta quando a mesma não existe... mas aí sente-se mesmo, mas estou esperançado que isso mude breve e gradualmente. E acredite que, dentro do corpo de saúde, todos têm noção da falta que fazemos”.





É farmacêutico, académico, um homem ligado ao meio universitário e à investigação, já venceu duas eleições na SRNOF... o que o motiva a ser bastonário da Ordem dos Farmacêuticos?

Franklim Marques (FM) – Sou farmacêutico há muitos anos e, ainda estudante, fui chamado a participar na Ordem. Essa participação deu-me, desde a minha tenra infância, enquanto estudante, uma visão muito global do que somos e do que deveríamos ser. Desde essa altura, nos finais dos anos 80, as coisas foram mudando substancialmente, sendo que a evolução do papel do farmacêutico foi igualmente imensa. Ainda sem quaisquer funções em órgãos da Ordem, sempre colaborei nas suas atividades, inclusive enquanto fazia o meu doutoramento em Madrid e era chamado a vir a Portugal para fazer parte dos exames do Colégio de Especialidade e tive uma colaboração muito intensa e querida com a Ordem. Aliás, já anteriormente, ainda não era licenciado nem integrava a Ordem e já era chamado para colaborar. Em suma, a Ordem é algo intrínseco em mim mesmo, não no sentido de obrigação ou de querer lutar por algo irreal, mas porque gosto, porque o sinto. Assim como, enquanto professor de uma profissão, pretendia que o conteúdo que ensino pudesse estar relacionado com a prática profissional. Somos uma profissão essencialmente científica, menos técnica, e todos os modelos de base científica têm que ter uma ligação muito próxima à prática. Tudo o que fazemos sob o ponto de vista técnico tem de ter um suporte científico. É isso que define a nossa profissão, embora por vezes nos esqueçamos disso. E esse é um dos primeiros pontos que elejo: reforçar a vertente científica da nossa profissão. Uma das formas que tive para materializar isto foi precisamente participar na Ordem, onde estive muito tempo ligado ao Colégio de Especialidade, tendo sido depois chamado a integrar uma área executiva no Porto, que assumi com muito gos-

to e com uma enorme vontade de defesa do nosso tecido profissional. Desde 1988, a evolução das ciências farmacêuticas no exercício da farmácia mudou muito. Deixámos de ser aquele farmacêutico exclusivamente do medicamento para passarmos a ser um profissional dirigido à saúde e para a pessoa com doença. E essa foi uma força que me originou um grande sentido de responsabilidade pela profissão, assim como enquanto professor, e de transmitir esta ideia aos que vieram. E depois, foi também tudo o que percorri. Quando vim para a SRN da OF, fui confrontado e ainda sou com problemas que atingem imensos colegas, o que me obrigou a ajustar a forma de encarar a profissão ao longo do tempo e que me conferiram uma experiência muito significativa. E essa experiência que acumulo será a segunda razão que me leva a candidatar. Em terceiro lugar, a pandemia... julgo que tivemos uma oportunidade perdida. Acredito que somos muito mais do que fizemos durante a pandemia, embora tenhamos sido muito solidários e feito muito. Creio que podíamos e que podemos ir muito mais além.

Nesse contexto, parece ter havido muito trabalho que não foi devidamente reconhecido, nomeadamente o que realizado pela farmácia hospitalar...

FM – Começemos por algo aparentemente simples: a segurança do processo de vacinação foi garantida por farmacêuticos hospitalares... e ninguém imagina o trabalho que representa. Muitos colegas de farmácia hospitalar passaram horas sem irem à cama e o papel que desempenharam foi brilhante. Outro papel desempenhado com grande elevação foi o da farmácia comunitária, que de um momento para o outro se afirmou como a única estrutura de saúde que não perdeu ninguém. Repare que até nos centros de saúde tivemos muita gente deslocada para o Covid, perdendo muita capacidade de apoio aos doentes não Covid. Numa farmácia comunitária nunca viu isso... nem nos laboratórios de análises clínicas, na distribuição ou na indústria ou na investigação ...

Atualmente, parece inegável que a população em geral reconhece no farmacêutico um papel de conselheiro para a saúde... por que não esse reconhecimento extensível aos decisores políticos?

FM – Essa é, diria, a prioridade das prioridades. E é no âmbito da política que temos de atuar agora. Se ouvirmos o poder político falar, constatamos que dizem precisamente o contrário do que se verifica na prática. Todos reconhecem que os farmacêuticos são peças importantes no sistema de saúde, mas encaram-nos sempre como agentes de saúde. É uma nuance que representa um significado diferente. O agente de saúde cultiva e educa, ao passo que o profissional de saúde está mais ligado ao doente. Por

isso, afirmo tantas vezes que o farmacêutico é muito mais do que um dispensador de medicamentos. Se temos toda a nossa função dirigida ao doente, utilizamos o medicamento como instrumento de trabalho e não há ninguém que saiba mais sobre o medicamento do que nós. No entanto, a nossa "especialidade" é o doente. E conhecendo todas as fases e faces do medicamento até ao doente e à vertente posterior, de colaboração na monitorização de eficácia, efetividade e segurança, se temos toda esta capacidade de abrangência sobre o medicamento e monitorização e compliance da terapêutica, significa que temos efetivamente um papel determinante enquanto profissional da saúde... e creio que isso tem vindo a perder-se no plano do reconhecimento e decisão política.

Em que medida constitui a adesão à plataforma dos dados em saúde uma condição essencial para que se cumpra esse desígnio?

FM – Sim, é verdade. Em contraponto, tem havido o regulamento de proteção de dados, que muitas vezes nos impede o acesso aos dados em saúde. E nós apenas pretendemos ter acesso a esses dados individuais num contexto de prescrição e de cedência de medicamentos. Até porque estamos ligados, do ponto de vista ético e deontológico, ao segredo profissional. Portanto, esse problema de proteção de dados nem sequer se coloca, mas na verdade, temos assistido sempre a muita renitência por parte do governo no sentido do acesso aos dados de saúde. Insisto que apenas por uma questão de segurança e eficácia reclamamos esse acesso, para validarmos ou confirmarmos as prescrições médicas, para certificar se não existem efeitos secundários ou adversos e interações medicamentosas, para sabermos se a dose está correta, como tem sido a evolução do doente ao longo do tempo... ou seja, o que fazemos muitas vezes no processo de validação da terapêutica hospitalar. Não temos qualquer outra vantagem relacionada com o acesso aos dados de saúde, senão a resultante do facto de a nossa profissão ser hoje voltada para o doente e para podermos alertar quem prescreve. Aliás, existem determinadas tipologias de doentes que conhecemos melhor do que ninguém. E temos acesso a histórias de vida que nos permitem ter um contacto muito mais direto do que um médico, os centros de saúde ou os ACES. O que significa que, há toda a vantagem em nos integrarmos enquanto instituição de saúde numa rede de cuidados de saúde primários, ao constatararmos alguma anomalia no percurso de um doente, deveríamos ter o contacto ou ligação direta, uma espécie de via verde para o médico de família ou hospital, o que evitaria ainda esperas de horas para triagens. Creio que é da mais elementar justiça e base racional da gestão de saúde. Costuma dizer-se que a saúde não tem preço, mas tem muitos custos associa-

“As pessoas é que fazem os lugares”

“Tenho um exemplo concreto de um farmacêutico do Porto, que trabalhava numa farmácia comunitária e optou por veicular-se a outra... os seus “doentes” foram com ele... Isto significa que a mais-valia do serviço prestado é a grande mais-valia das farmácias e não entender isto é não entender o futuro da farmácia. Repare no contexto dos hospitais: os que melhor se adaptaram a esta pandemia foram os que tiveram melhores recursos humanos porque, num momento de crise, é o saber que funciona. Num momento de abundância, deita-se fora um papel e faz-se outro mas, num momento de crise, em que é preciso atuar, só o saber conta, cria prioridades e define caminhos. E é isso que temos na atividade farmacêutica: temos farmacêuticos que são brilhantes, cujas capacidades são algumas vezes reconhecidas e aproveitadas, mas temos outros que, por vezes, desmoralizam e se desmotivam por não serem devidamente valorizados”.



dos e um rapport nosso diretamente ao médico representa menos desperdício de trabalho e de tempo do médico, entre outros ganhos. É algo que defendo há muitos anos e que espero que venha a acontecer.

A avaliação do trabalho e preponderância dos profissionais de saúde dita, muitas vezes, decisões políticas e determinadas valorações... estará a intervenção do farmacêutico devidamente mensurada e avaliada?

FM - Nós temos muitos estudos produzidos, entre os quais um recente, realizado pela Universidade Nova para a Ordem dos Farmacêuticos, que visou avaliar a intervenção do farmacêutico no contexto hospitalar, que veio provar à saciedade que a falta de farmacêuticos produz uma menor qualidade na prestação de serviços e aumentar os custos. Depois, também do ponto de vista científico, o farmacêutico é importante porque, além de integrar as comissões farmacêutica e terapêutica, a qualificação e escolha dos medicamentos depende muito do nosso saber. Por isso afirmo que, onde houver medicamento, tem de estar um farmacêutico. É ele o responsável pela segurança do medicamento e é esse atributo que define a qualidade do processo terapêutico instituído. Não vale a pena ter um medicamento muito bom se não tem efeitos ou não é seguro para o doente. O facto de termos uma molécula que faz bem “cá fora”, in vitro, não garante que seja eficaz in vivo. E essa disponibilidade é, em grande medida, resultante das características e envolvimento científico e investigacional do farmacêutico e, em Portugal, temos grandes setores e de muita qualidade ao nível da investigação científica em saúde e a nossa indústria tem aproveitado os saberes dos farmacêuticos nesse sentido.

Temos um exemplo recente de Coimbra relacionado com a primeira instituição farmacêutica a quem foi dada a autorização para a produção de vacinas para o Covid. Isto demonstra capacidade de investigação, conhecimento e responsabilidade científico por parte do farmacêutico, que lhe permite usar estes meios a favor da saúde e do bem-estar das pessoas. Para mim, isto é um orgulho! Infelizmente, o sentido político não vai além da produção e restringe o extraordinário serviço à pessoa com doença.

Além dos temas já aflorados e que visam uma mudança de paradigma relativamente à profissão, que outros fatores chave sustentam a sua proposta de candidatura?

FM – Quero apostar muito no farmacêutico, individualmente. É ele que define tudo. Costumo dizer que é o homem que faz o local e não o contrário e, nesse sentido, a qualidade dos serviços prestados depende do farmacêutico e não do local onde está. E um bom hospital com um mau farmacêutico é uma desgraça. Tal como a farmácia visualmente muito apelativa e organizada com um mau farmacêutico. Quero com isto dizer que é o farmacêutico que faz o local e, face à valia que tem sob o ponto de vista do conhecimento científico e preparação, tem sido muito pouco valorizado. E não me refiro apenas à vertente económica, mas igualmente ao plano da hierarquização e responsabilidade individual e autonomia do farmacêutico. É muito importante ter a noção de o farmacêutico é um profissional liberal que, por definição, não colide com o facto de poder ser assalariado de outro. Conferirmos ao farmacêutico a responsabilidade a que tem direito e reconhecermos a capacidade e saber que merece do ponto de vista hierárquico é a primeira charneira da minha candidatura.

CONDUÇÃO SOB EFEITO DO ÁLCOOL EM PORTUGAL

A Prevenção Rodoviária Portuguesa apresentou o relatório Condução Sob o Efeito do Álcool em Portugal, documento que caracteriza a problemática da condução sob o efeito de álcool no país, mas também a falta de informação que permita perceber a real dimensão do problema. A informação apresentada neste relatório permite ter uma visão global da situação atual da condução sob o efeito de álcool em Portugal, a sua evolução desde 2010 e perceber alguns dos mecanismos subjacentes a este comportamento de risco. Os resultados mostram uma situação preocupante, não só pelas elevadas prevalências de condutores sob o efeito de álcool, pela elevada sinistralidade associada ao consumo de álcool, mas sobretudo pelo facto de não se terem registado melhorias significativas ao longo da última década.

A condução sob o efeito de álcool é uma das principais causas de acidentes rodoviários e de mortes na estrada. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), em 2016 o consumo de álcool foi responsável por aproximadamente 370,000 mortes associadas a acidentes rodoviários em todo o mundo, incluindo condutores e outros utentes da estrada. A Comissão Europeia estima que cerca de 25% das mortes em acidentes rodoviários estão relacionadas ao consumo de álcool durante a condução. Ou seja, das 25,150 pessoas que morreram nas estradas da UE em 2018, cerca de 6300 ocorreram na sequência de acidentes associados ao consumo de álcool (ETSC, 2018).

Sinistralidade rodoviária

Os dados da sinistralidade rodoviária em Portugal entre 2010 e 2019 foram retirados dos relatórios de sinistralidade disponíveis do site da ANSR (www.ansr.pt). São apresentados os dados relativos às vítimas a 30 dias.

Os dados da sinistralidade na União Europeia foram extraídos do relatório “Ranking EU Progress on Road Safety - 14th Road Safety Performance Index Report” (ETSC, 2020), publicado pelo ETSC (www.etsc.eu) em junho de 2020. São apresentados os dados do número de vítimas mortais por milhão de habitantes em 2019.

Sinistralidade sob o efeito de álcool Condutores intervenientes em acidentes rodoviários

Os dados dos condutores intervenientes em acidentes rodoviários, em Portugal Continental, com TAS acima do limite legal para conduzir (TAS \geq 0.50 g/L) foram extraídos dos relatórios “Estatísticas dos Transportes e Comunicações” publicados pelo INE. Trata-se de dados da ANSR, disponíveis nos relatórios do INE, relativos à TAS dos condutores intervenientes em acidentes rodoviários (com ou sem vítimas) entre 2010 e 2018. São apresentados o número e a percentagem de condutores com TAS acima do limite legal para conduzir, no total e por categoria de veículo.

Acidentes e vítimas de acidentes envolvendo pelo menos um condutor com TAS \geq 0.50 g/L Os dados relativos aos acidentes com vítimas e às vítimas de acidentes envolvendo pelo menos um condutor com TAS \geq 0.50 g/L foram extraídos do relatório “Condução Sob a Influência de Álcool”, divulgado pela ANSR em outubro de 2020 (ANSR, 2020). São apresentados os dados, de 2016 a 2018, do número de acidentes em que pelo menos um condutor tinha TAS \geq 0.50 g/L, bem como do número de vítimas mortais, feridos graves e feridos leves resultantes desses acidentes. Os dados incluem os valores totais, por dia de semana, por período horário, por natureza do acidente e por localização.

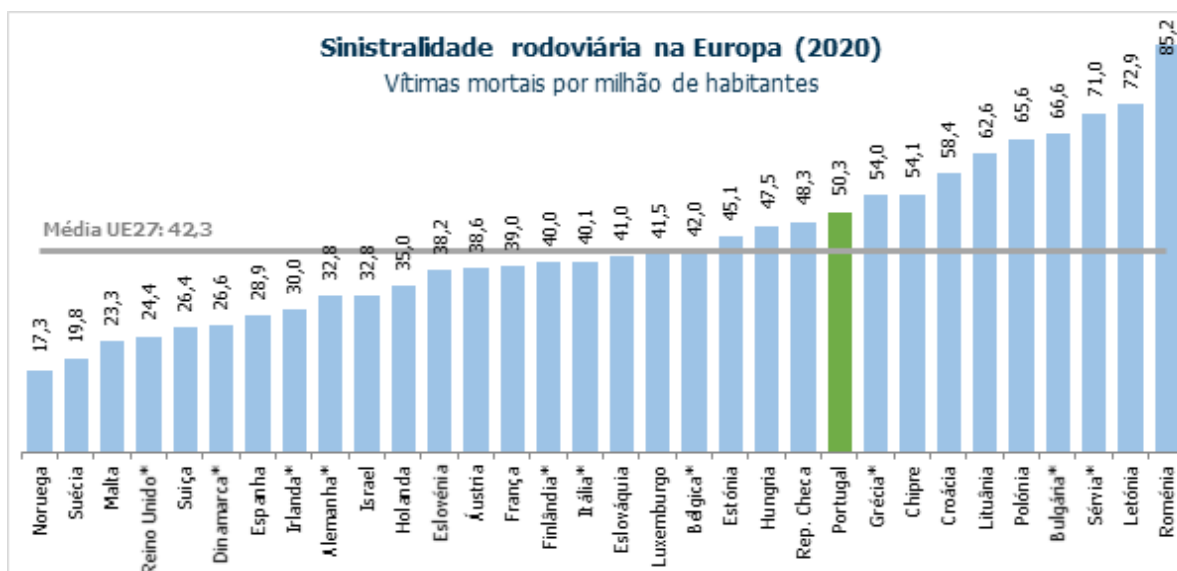


Figura 1. Vítimas mortais por milhão de habitantes em 32 países europeus, em 2020 (ETSC, 2021). (* dados provisórios)

Vítimas mortais de acidentes rodoviários

Os dados das vítimas mortais de acidentes rodoviários sob o efeito de álcool baseiam-se nos resultados das autópsias realizadas pelo INMLCF às vítimas de acidentes rodoviários. No período de 2010 a 2019 existem dados de 6527 vítimas mortais, o que corresponde a aproximadamente 95% do total de vítimas mortais de acidentes rodoviários em Portugal. Entre 2010 e 2019, 42.3% dos condutores que morreram na sequência de acidentes rodoviários, tinham álcool no sangue (TAS > 0.0 g/L) – a maioria com níveis considerados ilegais: 1 em cada 3 (33.3%) condutores tinha TAS acima do limite legal para conduzir (TAS ≥ 0.50 g/L) e cerca de 1 em cada 4 (24.3%) tinha TAS considerada crime rodoviário (TAS ≥ 1.20 g/L). Os dados mostram que nos últimos 10 anos morreram nas estradas portuguesas mais de 966 condutores com TAS acima do limite legal para conduzir, ou seja, quase 100 condutores por ano (Figura 11).

Relativamente aos peões, cujo comportamento sob o efeito de álcool pode comprometer a sua segurança no ambiente rodoviário, cerca de 1 em cada 5 (20.6%) vítimas mortais tinham TAS ≥ 0.50 g/L e 16.0% tinham TAS ≥ 1.20 g/L. No total, das 6527 vítimas mortais de acidentes rodoviários autopsiadas, 37.0% tinham álcool no sangue, a maioria com TAS superior ou igual a 1.20 g/L (20.3%) (Tabela 3).



Comportamentos observados

Os dados dos comportamentos observados resultam do estudo observacional realizado pela PRP, em 2013, no âmbito do projeto "Indicadores de risco, desempenho de segurança rodoviária e comportamento", cujos resultados estão disponíveis no site www.observatorio.prp.pt. O estudo consistiu na realização do teste do álcool numa amostra representativa dos condutores portugueses. A amostra, estratificada por NUT II, foi composta por 5392 condutores: 1456 do sexo feminino e 3936 do sexo masculino;

Condutores vítimas mortais de acidentes rodoviários por nível de TAS Portugal 2010-2019

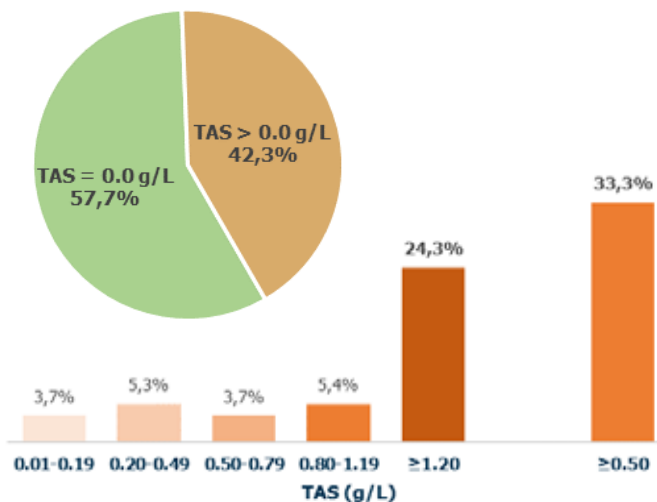
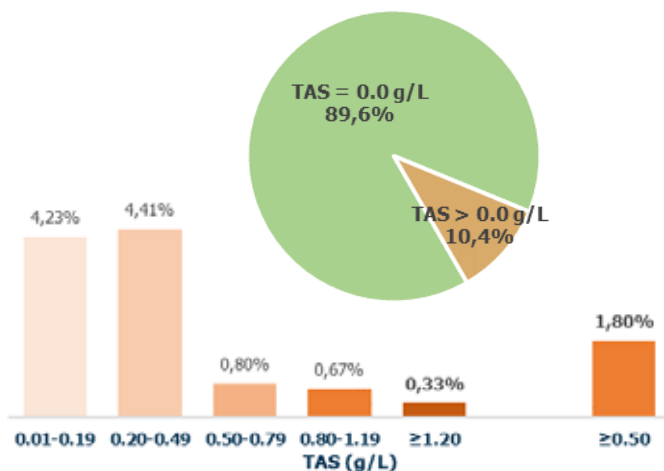


Figura 11. Vítimas mortais de acidentes rodoviários por nível de TAS – Portugal 2010-2019 (dados do INMLCF).

628 com idade de 16 a 24 anos, 1323 de 25 a 34 anos, 1412 de 35 a 44 anos, 1002 de 45 a 54 anos, 649 de 55 a 63 anos e 375 com 65 ou mais anos. Os testes de álcool foram realizados por agentes da PSP e da GNR em 5 períodos horários (2-4h, 10-12h, 14-16h, 18-20h e 22-24h) distribuídos por dias de semana e de fim de semana.

Condutores observados, por nível de TAS Portugal 2013



Comportamentos autodeclarados, atitudes, percepção de risco e de fiscalização

Os resultados dos comportamentos autodeclarados, das atitudes, da percepção de risco, da fiscalização autodeclarada e da percepção da fiscalização resultam dos dados do E-Survey on Road Users' Attitudes (ESRA - www.esranet.eu) – projeto em que a PRP integra o Core Group responsável pela gestão, pela definição da metodologia e análise de dados, juntamente com outros centros de investigação europeus e mundiais. O ESRA tem como objetivo recolher e analisar dados internacionais sobre opiniões, atitudes e comportamentos autodeclarados dos utentes da estrada no que diz respeito a riscos rodoviários. Os dados são usados como base para um grande conjunto de indicadores de segurança rodoviária, permitindo fornecer evidências científicas para a formulação de políticas a nível nacional e internacional. O projeto foi iniciado em 2015 com a participação de 17 países europeus, sendo alargado a 32 países de todo o mundo na edição de 2018. Na base do projeto está um questionário desenvolvido em conjunto pelas instituições participantes, traduzido para 42 idiomas, que inclui temas como comportamentos autodeclarados, atitudes e opiniões sobre comportamentos inseguros no trânsito, experiências de fiscalização ou apoio a medidas políticas. São abordados diferentes tópicos de segurança rodoviária (por exemplo, conduzir sob a influência de álcool, drogas e medicamentos, excesso de velocidade, distração, fadiga) e tem como alvo diferentes utentes da estrada: condutores de automóveis, de 2 rodas a motor, de bicicletas e peões. A recolha de dados foi feita através de um questionário online usando amostras representativas da população adulta dos países envolvidos (pelo menos 1000 utentes de cada país). No total foram recolhidos dados de mais de 35000 utentes da estrada. Neste relatório são apresentados os resultados relativos à condução sob o efeito de álcool em Portugal e no conjunto dos 20 países europeus que participaram na edição de 2018 do ESRA.

370.000 MORTES EM ACIDENTES RODOVIÁRIOS ASSOCIADOS AO ÁLCOOL NO MUNDO



Fiscalização

Na Figura 26 são apresentados os dados da fiscalização da condução sob o efeito de álcool entre 2010 e 2019. Os resultados mostram um aumento progressivo do número de testes de avaliação do nível de alcoolemia realizados entre 2010 e 2019 – aumento de 61.6%, de 1,125,364 de testes realizados em 2010 para 1,818,700 de testes realizados em 2019. Em relação às percentagens de condutores infratores (TAS \geq 0.50 g/L) e de condutores com TAS \geq 1.20 g/L, registou-se uma diminuição gradual a partir de 2011, com exceção do ano de 2017 em que se registou um valor anormal, tendo em conta as tendências anteriores e posteriores a esse ano. A percentagem de condutores com TAS \geq 0.50 g/L em 2019 (1.9%) foi 50% inferior à registada em 2010 (3.8%). A percentagem de condutores com TAS \geq 1.20 g/L em 2019 (0.9%) foi 43.8% inferior à registada em 2010 (1.6%). No conjunto dos 10 anos, 3.1% dos condutores fiscalizados tinham TAS \geq 0.50 g/L e 1.5% tinham TAS \geq 1.20 g/L.



Figura 26. Fiscalização e infrações por condução sob a influência de álcool, entre 2010 e 2019 (Dados da ANSR – relatório "Condução Sob a Influência de Álcool" (ANSR, "2020)).

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados neste relatório mostram a gravidade da situação da condução sob o efeito de álcool em Portugal. As elevadas percentagens de vítimas mortais com TAS acima do limite legal mostram o peso que este comportamento tem na sinistralidade rodoviária: 1 em cada 3 condutores (33.3%) que morreram em acidentes rodoviários, entre 2010 e 2019, tinham TAS acima do limite legal para conduzir e 1 em cada 4 (24.3%) tinham TAS considerada crime rodoviário.

Outro dado preocupante é percentagem de peões que morreram atropelados e que tinham álcool no sangue.

A percentagem de condutores com TAS \geq 0.50 g/L foi mais alta nos ciclomotores (10.7%), seguindo-se os condutores de velocípedes (5.4%), de motociclos (4.2%), de automóveis ligeiros (4.1%) e de automóveis pesados (0.9%).

25% DE MORTES EM ACIDENTES RODOVIÁRIOS ASSOCIADOS AO ÁLCOOL NA EUROPA

A situação é particularmente grave durante o fim de semana e nos períodos da noite e madrugada, destacando-se o período entre as 3 horas e as 6 horas com 43% das mortes e 40% dos feridos graves a resultarem de acidentes com pelo menos um condutor com TAS \geq 0,5 g/L.

A maioria dos portugueses são a favor da instalação de um "interlock" para os condutores que foram sancionados por conduzir sob o efeito de álcool em mais do que uma ocasião (82.8%), respetivamente.



RECOMENDAÇÕES

- Melhorar o conhecimento e divulgação dos dados relativos à alcoolemia dos intervenientes em acidentes de viação com danos corporais.
- Definir estratégias para a fiscalização da condução sob a influência de álcool, privilegiando os dias e horários de maior prevalência, e incluindo objetivos quantitativos.
- Coordenar as ações de fiscalização com campanhas de comunicação desenvolvidas para alvos específicos (com prioridade para os que apresentam maior frequência de TAS ilegal), concebidas e implementadas de acordo com as boas práticas definidas no projeto CAST.
- Desenvolver o uso do "alcoolock" como parte dos programas de reabilitação destinados aos infratores reincidentes, aos infratores com TAS igual ou superior a 1.2 g/L (na primeira vez) e para os responsáveis por acidentes de viação com TAS ilegal.
- Identificar condutores dependentes do álcool e desenvolver programas de tratamento da doença e de reabilitação para a condução.
- Introduzir conteúdos específicos sobre a condução sob a influência de álcool no ensino da condução, com perguntas obrigatórias sobre a temática no exame teórico. Para isso, recomenda-se a elaboração de um manual com os conteúdos adequados.
- Organizar programas de sensibilização para a condução sem álcool destinados aos alunos do ensino secundário e universitário, envolvendo as organizações de estudantes.
- Desenvolver um programa de promoção da condução sem álcool destinado às empresas, autarquias e outros organismos públicos, incentivando o desenvolvimento e implementação de políticas internas claras de tolerância zero e de responsabilização, envolvendo as associações empresariais e as seguradoras.

VISÃO ZERO 2030

A Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), no cumprimento das suas atribuições de planeamento e coordenação de apoio à política do Governo em matéria de Segurança Rodoviária, está a definir a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2021-2030 – Visão Zero 2030, alinhada com a política de segurança rodoviária da Comissão Europeia 2021-2030, com a Declaração de Estocolmo e com a abordagem do Sistema Seguro.

A Visão Zero 2030 pretende fixar o horizonte de médio prazo da política de segurança rodoviária em Portugal e definir os objetivos estratégicos e operacionais correspondentes, a concretizar através de planos de ação bienais a iniciar em 2021 e abrangendo um período total de 10 anos.

A segurança rodoviária é uma responsabilidade de todos. Exige um compromisso e um esforço partilhados, que devem ser assumidos pelo estado, organismos públicos, autarquias, gestores de infraestruturas, organizações com responsabilidades na segurança e na mobilidade rodoviária, universidades, setor empresarial, agentes económicos, organizações e associações, entre muitos outros, e também por todos nós, cidadãos, através do nosso comportamento.

Com esse pressuposto, a ANSR deseja integrar contributos de toda a sociedade na Visão Zero 2030, de modo que todos se identifiquem com a nova estratégia e contribuam para o combate à sinistralidade rodoviária.



A segurança rodoviária é uma responsabilidade de todos e exige um combate partilhado por todos

Apesar dos progressos assinaláveis que Portugal alcançou em matéria de segurança rodoviária nos últimos 25 anos, com uma redução superior a 75% no número de mortos a 30 dias, ainda perderam a vida na estrada, em 2019, mais de 600 pessoas. Este ritmo corresponderia, no transporte aéreo, à queda de três aviões A320 ano, no nosso país, sem qualquer sobrevivente. São pais, mães, filhos, avós, netos, amigos, colegas que partiram cedo demais e deixaram de estar entre nós. São mais de mil famílias destruídas, são milhares de pessoas afetadas, e é um custo económico e social anual para a sociedade superior a 3,7 mil milhões de euros, 1,6% do PIB Nacional.

Este é um preço inadmissível a pagar pela mobilidade numa sociedade evoluída. Não admitimos mortes no ar, nem na ferrovia e também não devemos mais admiti-las na estrada: a premissa de que nenhuma perda de vida é aceitável tem que estar na base de todas as decisões tomadas na mobilidade e na segurança rodoviária. Zero é o único número aceitável.

É necessário reforçar o compromisso de todos com a segurança rodoviária, através da definição e aplicação de políticas públicas eficazes e eficientes, que mobilizem toda a administração pública central e local, o setor privado e a sociedade em geral. Só assim se conseguirá uma diminui-

ção sustentada e consistente da sinistralidade rodoviária e se obterão resultados significativos na luta contra as suas consequências.



Não aceitamos mortes no ar, nem na ferrovia e também não devemos mais aceitá-las na estrada

O combate à sinistralidade rodoviária é a prioridade da ANSR, mas este combate só será vitorioso se os vários intervenientes do sistema e toda a sociedade assumirem o seu compromisso e responsabilidade nesta causa e se trabalharmos em conjunto para um propósito comum – a Visão Zero 2030.

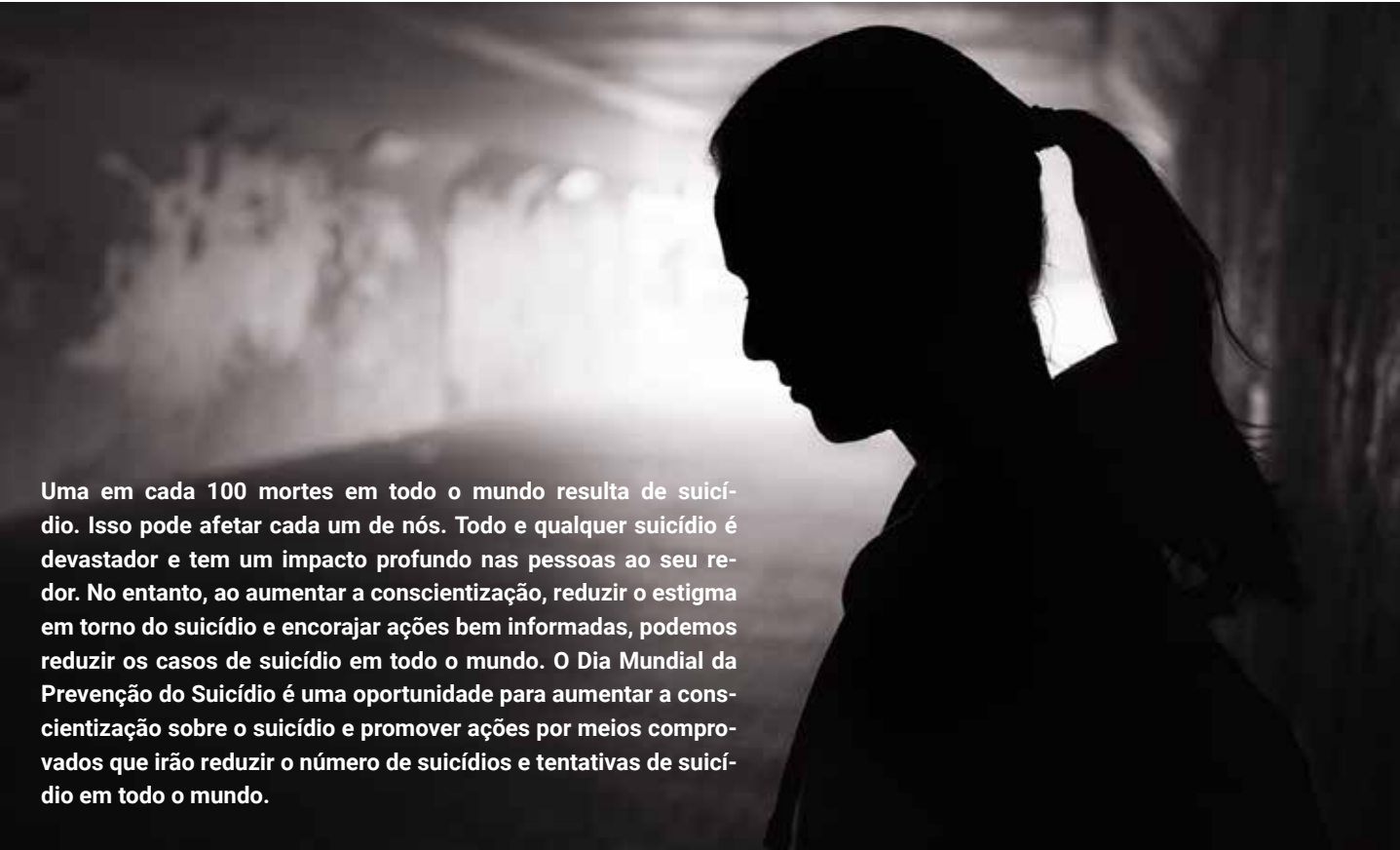
Neste sentido, foi criado o microsite Visão Zero 2030, para divulgação do desenvolvimento da nova Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2021-2030 – Visão Zero 2030 – ao longo das suas fases de execução, aproximando o trabalho que está a ser desenvolvido de toda a sociedade. Esta plataforma convida a sociedade civil a apresentar os seus contributos em matérias relacionadas com a nova Visão Zero 2030, sendo também um meio de divulgação e partilha dos contributos recebidos. Outra das funcionalidades deste site prende-se com a disponibilização da documentação relacionada com as políticas de Segurança Rodoviária a nível mundial, europeu e nacional. Por último, e no que se refere à caracterização da situação atual, o site apresenta ainda os mais recentes dados de sinistralidade rodoviária nacional.



Se no final de cada dia de trabalho conseguirmos salvar uma vida, estaremos a dar um enorme contributo para um futuro melhor

Todos temos uma enorme responsabilidade neste combate. Se no final de cada dia de trabalho conseguirmos salvar uma vida, estaremos a dar um enorme contributo para um futuro melhor e realizar-nos-emos através do melhor resultado que qualquer profissional pode almejar – salvar vidas. A Sinistralidade Rodoviária não é uma fatalidade nem uma situação inevitável e pode ser combatida com sucesso. Contamos com todos.

DIA MUNDIAL DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO 2021



Uma em cada 100 mortes em todo o mundo resulta de suicídio. Isso pode afetar cada um de nós. Todo e qualquer suicídio é devastador e tem um impacto profundo nas pessoas ao seu redor. No entanto, ao aumentar a conscientização, reduzir o estigma em torno do suicídio e encorajar ações bem informadas, podemos reduzir os casos de suicídio em todo o mundo. O Dia Mundial da Prevenção do Suicídio é uma oportunidade para aumentar a conscientização sobre o suicídio e promover ações por meios comprovados que irão reduzir o número de suicídios e tentativas de suicídio em todo o mundo.

‘Criando esperança através da ação’

É um lembrete de que existe uma alternativa ao suicídio e visa inspirar confiança e luz em todos nós; que nossas ações, não importa quão grandes ou pequenas, possam fornecer esperança para aqueles que estão lutando. A prevenção do suicídio geralmente é possível e você é um elemento-chave na prevenção. Por meio da ação, você pode fazer a diferença para alguém em seus momentos mais sombrios - como membro da sociedade, como uma criança, como um pai, como um amigo, como um colega ou como um vizinho. Todos nós podemos desempenhar um papel no apoio àqueles que estão passando por uma crise suicida ou aqueles enlutados pelo suicídio.

Os pensamentos suicidas são complexos.

Os fatores e causas que levam ao suicídio são complexos e muitos. Nenhuma abordagem única funciona para todos. O que sabemos é que existem certos fatores e eventos de vida que podem tornar alguém mais vulnerável ao suicídio e condições de saúde mental, como ansiedade e depressão, também podem ser um fator contribuinte. Pessoas que são suicidas podem se sentir presas ou como um fardo para seus amigos, família e aqueles ao seu redor e, portanto, se sentirem sozi-

nhas e sem outras opções. A Pandemia COVID-19 contribuiu para aumentar a sensação de isolamento e vulnerabilidade. Ao criar esperança por meio da ação, podemos sinalizar para as pessoas com pensamentos suicidas que há esperança e que nos importamos e queremos apoiá-las.

Você pode ajudar a dar esperança a alguém, mostrando que se importa.

Todos nós podemos desempenhar um papel, não importa o quão pequeno seja. Podemos nunca saber o que fazemos que faz a diferença. Todos nós podemos chegar e perguntar a alguém. Você não precisa dizer a eles o que fazer ou ter soluções, mas simplesmente reservar tempo e espaço para ouvir alguém sobre suas experiências de angústia ou pensamentos suicidas pode ajudar. A conversa fiada pode salvar vidas e criar um senso de conexão e esperança em alguém que pode estar passando por dificuldades.

O estigma é uma barreira importante para a procura de ajuda.

Mudar a narrativa em torno do suicídio por meio da promoção da esperança pode criar uma sociedade mais compassiva, onde os necessitados se sintam mais à vontade para pedir ajuda. Todos nós podemos fazer algo para viver em um mundo

onde o suicídio é reconhecido e todos podemos fazer algo para ajudar a evitá-lo.

Os insights e as histórias de pessoas com experiências vividas de suicídio.

Podem ser extremamente poderosos para ajudar outras pessoas a entender melhor o suicídio e encorajar as pessoas a apoiarem alguém e os indivíduos a buscarem ajuda própria. É muito importante que a pessoa que está compartilhando sua história saiba como fazê-lo de uma forma segura para ela e para aqueles que ouvem sua história.

Histórias pessoais de experiências de um indivíduo de sofrimento emocional significativo, pensamentos suicidas ou tentativa e suas experiências de recuperação podem inspirar esperança nos outros de que eles também podem passar pelo período de sofrimento ou crise, e seus insights podem ajudar os outros a entender o que significa sentem-se suicidas e como podem apoiar os outros.

Indivíduos que compartilham experiências de luto devido ao suicídio e como viveram seu ‘novo normal’ podem ajudar outras pessoas que vivenciam a perda suicida a entender a devastação do suicídio e acreditar que serão capazes de sobreviver e com a perda.

SNS ASSINALA OS SEUS 42 ANOS E ANTECIPA O FUTURO EM REUNIÃO DE TRABALHO



No dia em que o Serviço Nacional de Saúde celebra o seu 42.º aniversário, várias dezenas de dirigentes participaram esta quinta-feira, 15 de setembro, numa reunião para “Perspetivar o Futuro” do SNS no auditório do Infarmed.

“Um serviço público de saúde, símbolo de uma sociedade democrática e progressista”, continuará a requerer muito empenho” de todas as partes”, destacou a ministra da Saúde, Marta Temido. “Após um período em que os profissionais foram submetidos a uma prova tremenda”, é necessário agora “acelerar os objetivos definidos no programa de Governo para a Saúde”, para assim cumprir a prioridade de “responder aos problemas práticos e às expectativas das pessoas”, reforçou a ministra na sua intervenção.

Também o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, António Lacerda Sales, e o Secretário de Estado da Saúde, Diogo Serras Lopes, reiteraram o compromisso do SNS com qualidade da prestação de cuidados aos cidadãos.

Na abertura da sessão, António Lacerda Sales referiu que o SNS “se materializou numa obra maior da democracia portuguesa”, destacando que este é um Serviço que vai continuar a sua missão de “reduzir as desigualdades e assimetrias, promovendo melhor acesso a cuidados de saúde, maior proximidade ao cidadão e melhor resposta às necessidades da população.”

“O SNS é uma conquista que nos une a todos há mais de quatro décadas”, destacou, por sua vez, Diogo Serras Lopes, relembrando o sucesso do Plano de Vacinação contra a COVID-19 que “permitiu vacinar quase 85% da população em apenas 9 meses.”

A reunião dedicou um primeiro momento à apresentação das “Linhas gerais do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) para a Saúde”. Tiago Gonçalves, vogal da Administração Central do Sistema de Saúde, classificou o PRR como a oportunidade para implementar a Transição Digital na Saúde e para avançar com as reformas dos Cuidados de Saúde Primários

e da Saúde Mental, permitindo ainda acelerar a reforma do modelo de governação dos hospitais públicos.

O segundo painel, composto pelos Coordenadores do Grupo de Apoio técnico à implementação das Políticas de Saúde (GAPS), foi dedicado aos “Desafios futuros do SNS” e centrou-se nas áreas que representa: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados, Cuidados Paliativos e Saúde Mental.

João Rodrigues, coordenador para a área dos Cuidados de Saúde Primários, defendeu a necessidade de reforçar a capacidade de “atrair e reter recursos humanos nas Unidades de Saúde Familiar através de incentivos à dedicação plena.”

Luís Campos, responsável pela coordenação para a área dos Cuidados Hospitalares, apontou o aumento da longevidade e as consequentes comorbilidades como os desafios que “requerem toda a capacidade de adaptação das equipas hospitalares, preservando sempre a relação médico – doente”.

Quanto ao futuro dos Cuidados Continuados Integrados, Cristina Henriques, coordenadora da Rede Nacional, destacou a necessidade do reforço da capacidade deste setor “através da criação de novas e alargamento das atuais respostas”.

Já Rui Silva, presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, apontou o caminho para o “fortalecimento da rede e da proteção social do doente e familiares”, bem como dos “cuidados centrados na pessoa com doença e no seu núcleo familiar.”

Miguel Xavier, Diretor do Programa Nacional de Saúde Mental, classificou a doença psiquiátrica como um “enorme problema de saúde pública, que tem de ser atacada à medida da sua dimensão”. Nesse sentido, apresentou uma estratégia em três passos: criar uma rede de serviço de Saúde Mental, realizar uma integração de projetos e colocar a Saúde Mental em todas as políticas.

SICAD PRESENTE NO PATIENT INNOVATION BOOTCAMP 2021



O SICAD participou na 2ª edição do Patient Innovation Bootcamp que decorreu no dia 1 de setembro, em Lisboa. A participação teve como objetivo ajudar no processo de construção de uma App no âmbito das adições, que foi apresentada por uma das equipas selecionadas pela organização.

A delegação do SICAD, liderada pelo seu subdiretor-geral, Manuel Cardoso, e constituída ainda por Graça Vilar, Diretora de Serviços da Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção, e pelos técnicos superiores Alexandra Pinto e Carlos Cleto, considerou a experiência enriquecedora pela oportunidade de contactar com ideias criativas.

O Patient Innovation Bootcamp (<https://patient-innovation.com/bootcamp>) é um programa acelerador que visa ajudar doentes, cuidadores informais e colaboradores inovadores a implementar as suas soluções no mercado. Na semana que aconteceu na capital portuguesa, decorreram atividades relacionadas com projetos a serem desenvolvidos pelas equipas participantes, e em que foi promovida a partilha de diferentes experiências.



SICAD COLABORA COM APEF



Com vista à redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências, a Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia (APEF) criou um booklet para jovens e população geral no qual o SICAD participou prestando apoio na edição e validação de conteúdos.

No booklet são abordadas as temáticas do consumo de álcool, cannabis e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), bem como o papel do farmacêutico e da sociedade.

Leia em <https://www.flipsnack.com/889C6DFF8D6/depend-ncia-e-comportamentos-aditivos-nos-jovens.html>

PROJETO ALHAMBRA, QUE O SICAD LIDERA, TEM INVESTIGAÇÃO PUBLICADA NA REVISTA NUTRIENTS



“Nature and Potential Impact of Alcohol Health Warning Labels: A Scoping Review” e “Production, Consumption, and Potential Public Health Impact of Low- and No-Alcohol Products: Results of a Scoping Review” são os títulos dos artigos, relacionados com o projeto Alhambra – Alcohol Harm: measuring and building capacity for policy response and action (Efeitos nocivos do álcool: medindo e construindo capacidade para resposta e ação política), publicados no início do mês de setembro, na revista *Nutrients*.

Estas publicações inserem-se nas investigações sobre publicidade, bebidas de baixo teor alcoólico (ou nulo) apresentadas como alcoólicas na rotulagem, decorrentes do RARHA que o SICAD também liderou, e cujos resultados finais serão apresentados nos dias 21 e 22 de novembro de 2022, antecedendo a próxima edição da *Lisbon Addictions*.

Os autores dos dois artigos, Daša Kokole, Peter Anderson e Eva Jané-Llopis, concluem que a rotulagem deve ser encarada como uma ferramenta para aumentar a consciencialização sobre este problema e integrada na Prevenção e nas políticas relacionadas com o álcool. Defendem, igualmente, o alargamento da pesquisa sobre os produtos com pouco e sem nenhum teor alcoólico, visando a diminuição do consumo, contribuindo assim para a redução dos problemas de saúde e das mortes prematuras.

INCARCERATION NATIONS: SMART ON DRUGS, NOT WAR ON DRUGS



Vídeo sobre a política global de drogas aborda o fenómeno em diferentes continentes, dando voz, na primeira pessoa, a consumidores que experimentaram a prisão. Em trinta minutos, faz um retrato da situação encontrada nos países visitados. Ao ilustrar a realidade portuguesa, é a diferença do dia para a noite.

DAZ Dreisinger, que realizou o vídeo, é uma ativista americana na área prisional, fundadora e diretora executiva da Incarceration Nations Network, uma rede global e think-tank que apoia, investiga e divulga esforços inovadores de reforma prisional em todo o mundo. Foi recebida no SICAD pelo seu subdiretor-geral, Manuel Cardoso, que a esclareceu sobre o Modelo Português e o sistema prisional.

Sobre Portugal é destacado o modelo de dissuasão da toxicod dependência, brevemente explicado, referindo o trabalho das Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência: como são constituídas, como se processa o caminho até elas, a relação com os indivíduos indiciados e os caminhos propostos para a resolução dos casos encontrados. Realçando o facto de os consumidores não serem nem detidos, nem presos, revelando o humanismo do modelo português e a centralidade no cidadão, este vídeo revela alguns dados e resultados da política pública nacional sobre drogas, nomeadamente na diminuição da população prisional e na redução da mortalidade e das doenças associadas.

Além do nosso país, Líbano, Taiwan, Suíça, Ghana, Brasil, Uruguai, Austrália, Canadá, Bolívia e EUA, são outros países retratados neste documento videográfico que integrou a seleção oficial da edição deste ano do Tribeca Film Festival, que acontece anualmente em Nova Iorque.

Veja o vídeo em <https://vimeo.com/523035114/e5ed8e32eb>



SICAD É PARCEIRO NO PROJETO ES+SAÚDE



Saúde e Estilos de Vida no Ensino Superior em Portugal

O SICAD tem uma parceria técnica no projeto de investigação “Saúde e Estilos de Vida no Ensino Superior em Portugal”.

O projeto ES+SAÚDE visa, entre outros, caracterizar o estado de saúde e de bem-estar, as práticas de promoção da saúde e de prevenção da doença, as prevalências e padrões de consumo de substâncias psicoativas, como o álcool, o tabaco, as drogas e alguns medicamentos nos estudantes os inscritos no 1º e 2º ciclos do ensino superior

público, que no ano letivo de 2020-2021 totalizavam 289.469. Pretende igualmente identificar projetos, serviços e recursos disponíveis nas instituições de ensino superior, para a prevenção e promoção da saúde e bem-estar em várias áreas como, por exemplo, a saúde mental.

A transição para o ensino superior é marcante na vida de qualquer estudante. As mudanças a nível do processo de autonomização e a gestão do tempo, das práticas quotidianas, da saúde e dos recursos financeiros, são algumas das razões que enquadram e justificam a existência deste projeto, que contribuirá para melhor conhecer a realidade da vida dos estudantes e o nível de respostas na área da saúde ao seu dispor, facilitando a definição de estratégias e medidas que atuem sobre os problemas e as necessidades identificadas.

Este projeto está disponível no website <https://www.esmaissaude.pt> e nas redes sociais, Facebook, Instagram e Twitter.

NPISA DA AMADORA APOIA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM ABRIGO INCLUINDO AS ASSOCIADAS A PROBLEMAS LIGADOS AOS CAD



Os serviços de apoio e acompanhamento dirigidos a este grupo da população no concelho da Amadora, no âmbito do trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Planeamento e Intervenção com Pessoas em Situação de Sem Abrigo (NPISA), têm vindo a

ser ajustados, visando adequar a intervenção às necessidades identificadas.

Entre as respostas neste município, está a Unidade de Troca de Seringas que tem como objetivo proporcionar a troca de material de consumo aos utilizadores de drogas injetáveis. Desde a primeira hora (2009) o SICAD está representado na Estratégia Nacional para a Integração da Pessoa em Situação de Sem Abrigo (ENIPSSA), integrando o Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia (GIMAE), enquanto membro do Núcleo Executivo.

ÁLCOOL E DESEMPREGO

Segundo um inquérito de caracterização divulgado pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

A dependência de álcool ou substâncias psicoativas (2442 pessoas), desemprego ou precariedade no trabalho (2347) e insuficiência financeira associada a outros motivos (2017) são as três principais causas. Seguem-se a falta de suporte familiar (1953) e problemas de saúde mental (1224).

Tendo em conta os totais do continente, conclui-se que o sem-abrigo é maioritariamente do sexo masculino (80%), com idade entre os 45 e os 64 anos, com a escolaridade até ao segundo ou terceiro ciclo e solteiro.

Quanto às fontes de rendimento, mais de metade das pessoas (4529) dependia de prestações como o rendimento social de inserção, subsídio de desemprego ou pensões e apenas 515 tinham um salário regular e 863 auferiam uma retribuição ocasional.