

# Comportamentos Aditivos:

## Para além da Descriminalização, uma abordagem de Saúde Pública

Fundação Fernando Henrique Cardoso  
São Paulo, 15 de maio de 2018

João Castel-Branco Goulão

Coordenador Nacional para os Problemas da Droga,  
das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool  
Diretor do SICAD

---

Começou muito mais tarde do que nos outros países da Europa Ocidental

---

País fechado e isolado; censura,  
polícia política

(movimento Hippie, França 69)

---

Dificuldade na movimentação dos  
cidadãos

Guerra Colonial

---

**Revolução Democrática**  
**25 de abril de 1974**





---

**O fenómeno do consumo de substâncias psicoativas desenvolveu-se de forma rápida**

**Sociedade impreparada para este novo fenómeno:**

- Associação dos consumos à ideia de liberdade
- Regresso de soldados e colonos das ex-colónias
- Explosão do turismo juvenil
- Experimentação generalizada **em todos os grupos sociais**
- Entrada das redes de tráfico num mercado emergente

---

**Como consequências:**

- Difusão acelerada, com especial impacto em meios de marginalidade e exclusão
- Lacuna: aparecimento de necessidades e das correspondentes respostas

---

Início :

- taxa de prevalência baixa, comparativamente aos demais países europeus

---

Seguidamente, emergência de um número cada vez maior de consumidores problemáticos, os quais durante um período considerável não tinham oferta disponível suficiente, a nível do tratamento

- (pequena diferença entre nº de consumidores totais e nº de consumidores problemáticos)

---

Emergência das epidemias HIV / HCV

---

Final dos anos 80 : Portugal tinha uma das maiores prevalências de consumos problemáticos na Europa

- (1% da população total -100 000 consumidores problemáticos )

**1975**

**CEPD/Gabinete Coordenador** - Ministério da Justiça  
**Respostas privadas não reguladas**

**1987**

**Projeto VIDA** - Presidência do Conselho de Ministros

**1987**

**Resposta do Ministério da Saúde** - Centro das Taipas  
Início da rede de CAT

**1990**

**SPTT : CEPD + Taipas+ CAT**

**1993**

**DL 15/93 (“lei da droga”) – vigora até hoje, exceto o “uso pessoal”**  
**alterado pela Lei 30/2000**

- Programa troca de seringas
- Criação e instalação do OEDT

**1997**

**Rede de tratamento (lei 7/97)**  
**Regulação dos setores social e privado**

## Paradoxo

O problema não diminuía na proporção do investimento feito:

- Mortes por overdose continuavam a ocorrer, em nº elevado;
- Nº de HIV e HCV não diminuiam;
- Marginalização dos consumidores => criminalidade
- Grande visibilidade pública

## Eurobarometer 1997

Os impactos socio-sanitário e na (pequena) criminalidade associados ao uso de SPA transformou-se na principal preocupação dos portugueses

(prioridade política)

As **estratégias portuguesas anteriores** baseavam-se na **criminalização dos consumos**

A prisão ou mesmo a multa (a sentença mais frequentemente aplicada aos réus primários) não atenuou o problema do consumo de SPA

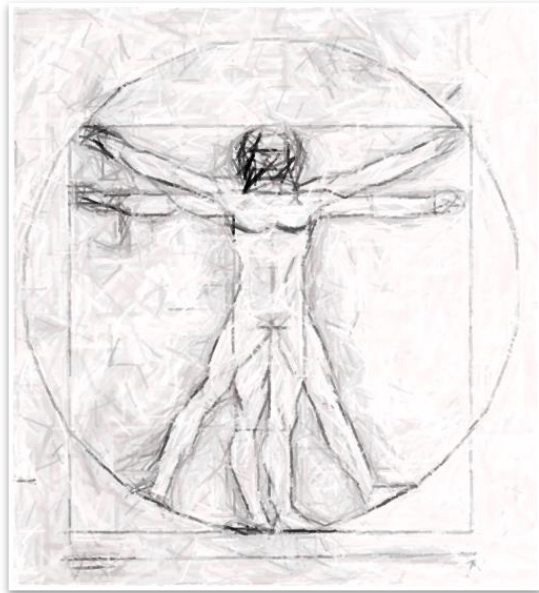
A prisão era, na maior parte dos casos, contraproducente

Necessidade de libertar recursos para as respostas de tratamento

## PRINCÍPIOS

### Humanismo

Significa o reconhecimento da plena dignidade das pessoas envolvidas no fenómeno das dependências (das drogas, do álcool, dos medicamentos ou outros); implica a compreensão da complexidade e relevância da sua história individual, familiar e social, bem como a consideração do seu estado como doença.



## PRINCÍPIOS

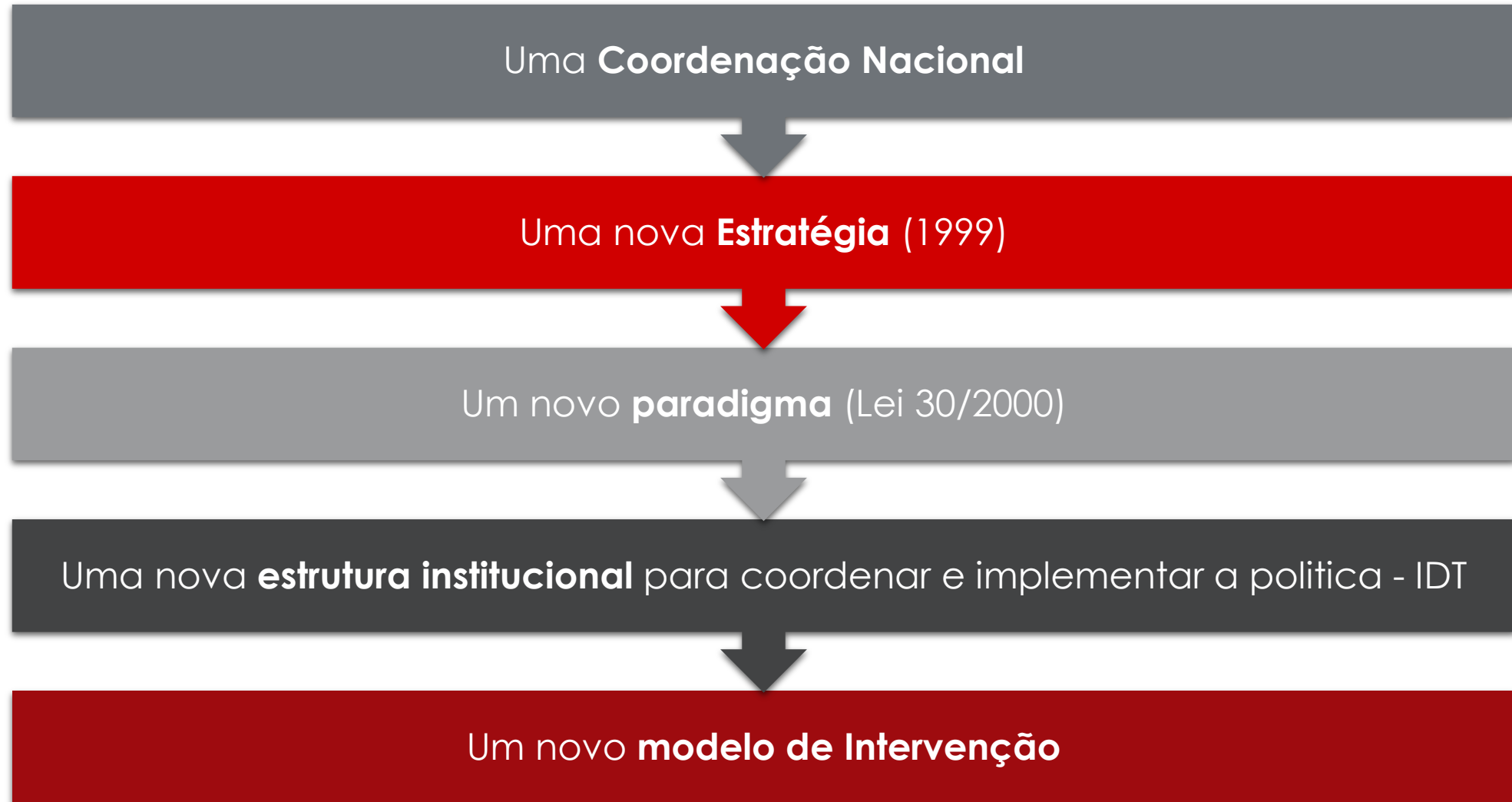
---

### Pragmatismo

Atitude de abertura à inovação, sem dogmas ou ideias preconcebidas, face aos resultados cientificamente comprovados das experiências ensaiadas nos diversos domínios do combate às dependências

---







## Disponibilizar Programas de Intervenção:

De forma integrada

Orientados prioritariamente  
para a redução dos  
consumos e das suas  
consequências ao nível da  
saúde

Considerando as  
características e  
necessidades específicas  
das populações-alvo

# Abordagem abrangente orientada para a Saúde Pública



- Foi aprovado na Assembleia da República um novo quadro legal (Lei 30/2000); boa aceitação social; intenso debate político:
  - Convenções da ONU – paradigma proibicionista
  - destino para o narcoturismo,
  - consumos precoces
- Necessidade de libertar recursos da redução da oferta para o combate ao grande tráfico
- Reconhecimento de que a reclusão de utilizadores se revelava contraproducente
- Entrada em vigor a 1 de Julho de 2001 – 17 anos!



# MODELO TEÓRICO DA DISSUAÇÃO

**Lei 30/2000:** O consumo, a aquisição e detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações (constantes das tabelas anexas ao DL 15/93) constituem contra-ordenação; não poderão exceder a quantidade necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias. (Excedendo essas quantidades há lugar a procedimento criminal).

- O utilizador problemático de drogas é considerado um doente que necessita cuidados de saúde;
- A intervenção da dissuasão proporciona uma oportunidade para intervenção precoce, específica e integrada com os utilizadores de drogas;
- A intervenção da dissuasão está dirigida às características e necessidades individuais dos utilizadores de drogas.
- **Importância da definição de um limite das quantidades de substâncias**

**Consumir drogas continua a ser proibido!**

Contrariamente a modelos de outros Países em que foram criados “Tribunais de Droga”, com procedimentos aligeirados mas no âmbito do Min. Justiça, as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência privilegiam o ponto de vista da Saúde.

<b>SUBSTÂNCIA</b>	<b>GRAMAS</b>
Heroin	1
Methadone	1
Morphine	2
Opium	10
Cocaine (hydrochloride)	2
Cocaine (methyl ester benzoilecgonine)	0.3
Cannabis (leaves and flowers or fruited dons)	25
Cannabis (resin)	5
Cannabis (oil)	2.5
LSD	0.1
MDMA	1
Amphetamine	1

- **Dissuadir o consumo – uma segunda linha da intervenção preventiva – o “cartão amarelo”;**
- **Prevenir ou reduzir o uso e abuso de drogas;**
- **Assegurar a proteção sanitária dos utilizadores e da comunidade;**
- **Orientar os utilizadores de drogas para a respostas mais adequadas à sua situação pessoal;**
- **Libertar recursos para o combate ao tráfico e à criminalidade associada ao consumo**

## DISSUAÇÃO COMO FERRAMENTA DA PREVENÇÃO

# COMPOSIÇÃO DAS COMISSÕES (18 + 2 R. AUTÓNOMAS)

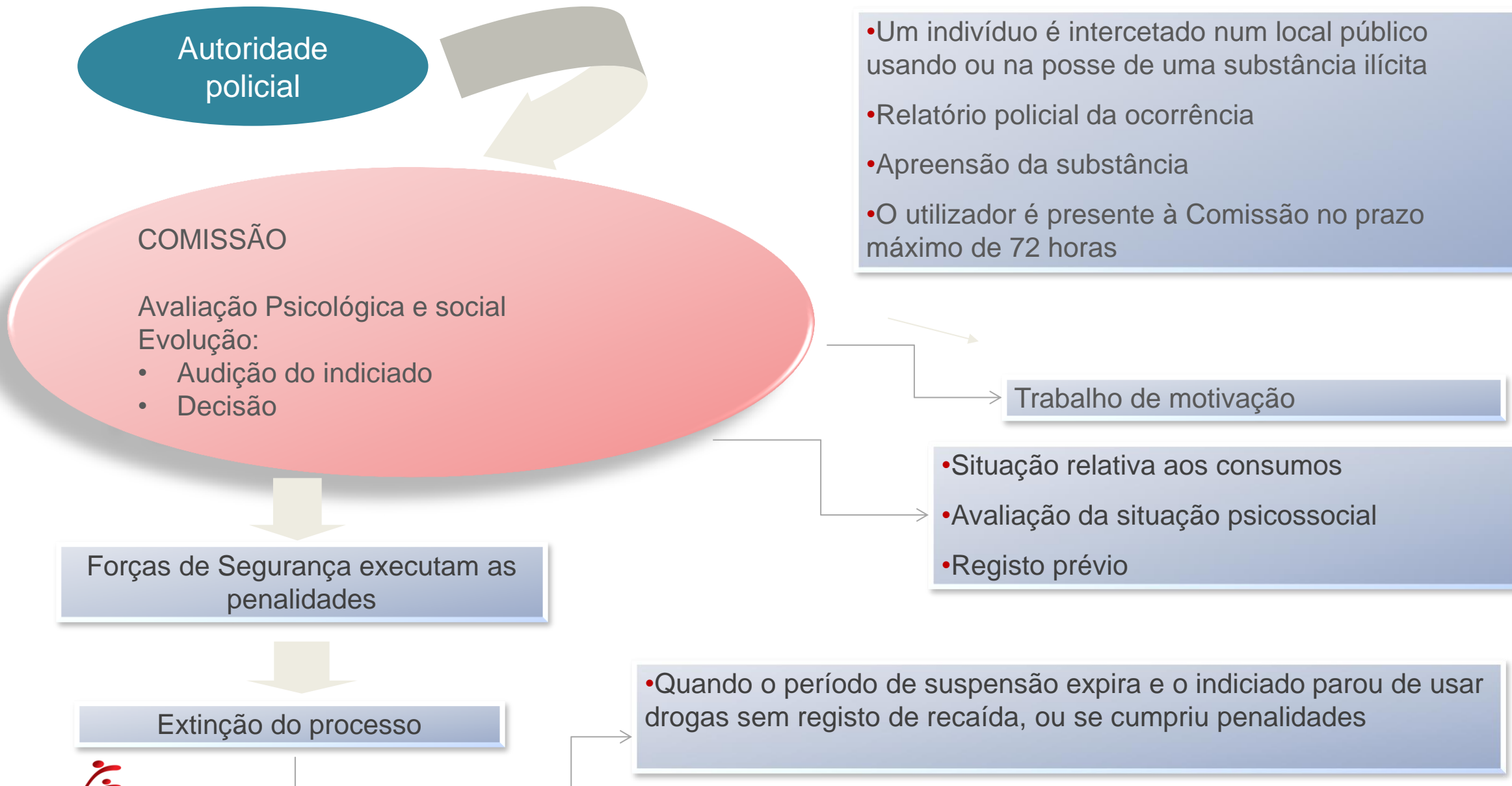
Presidente e dois  
outros Membros

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO TÉCNICO  
Psicólogos, Juristas, Técnicos de Serviço Social,  
Apoio Administrativo

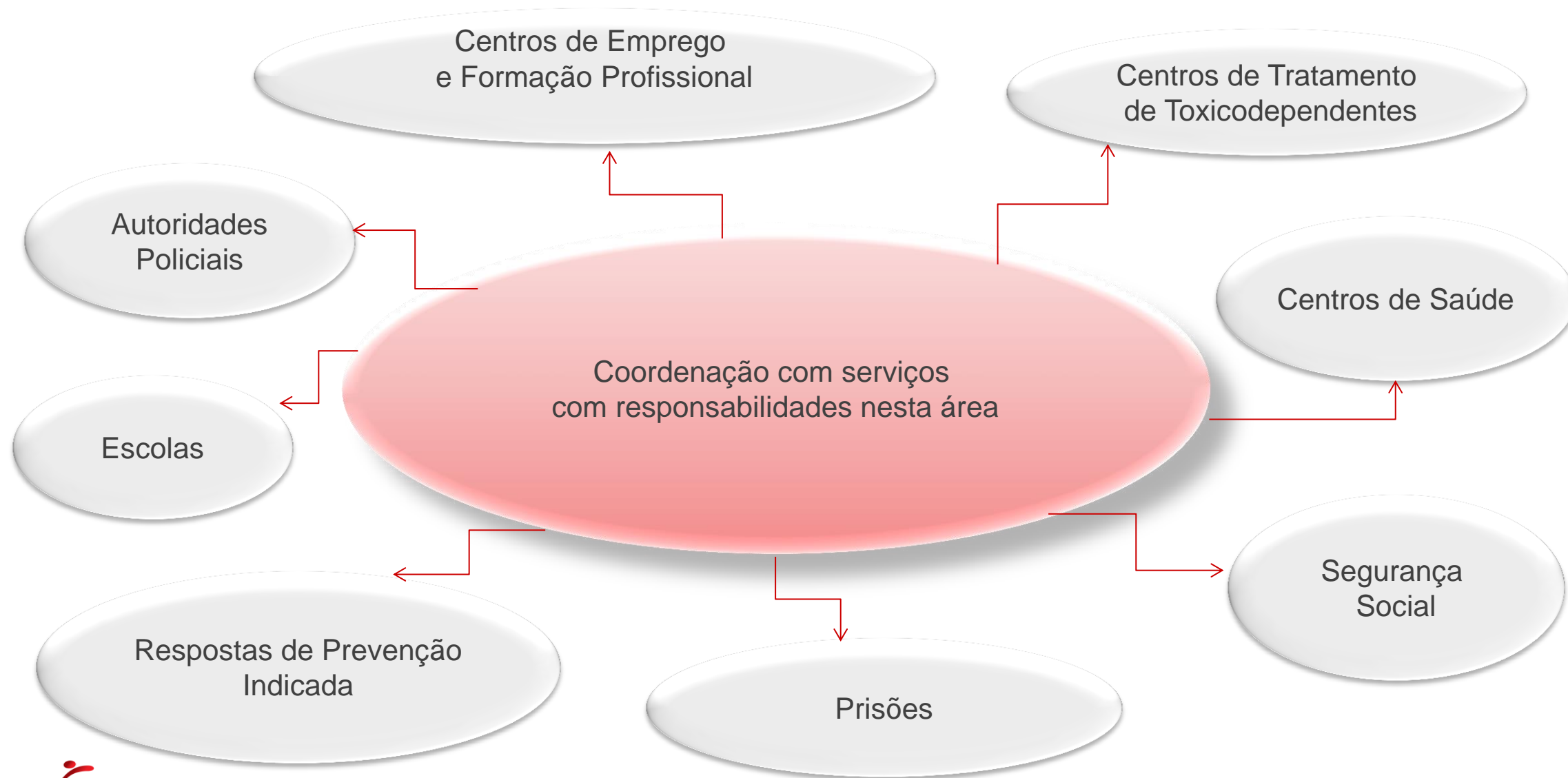
**Prepara um relatório sobre os factos e faz uma avaliação  
prévia da história dos consumos, condições sociais e familiares,  
avalia a motivação**

**Garante o funcionamento da rede de referenciação**

# PROCEDIMENTO



# REDE DE ARTICULAÇÃO

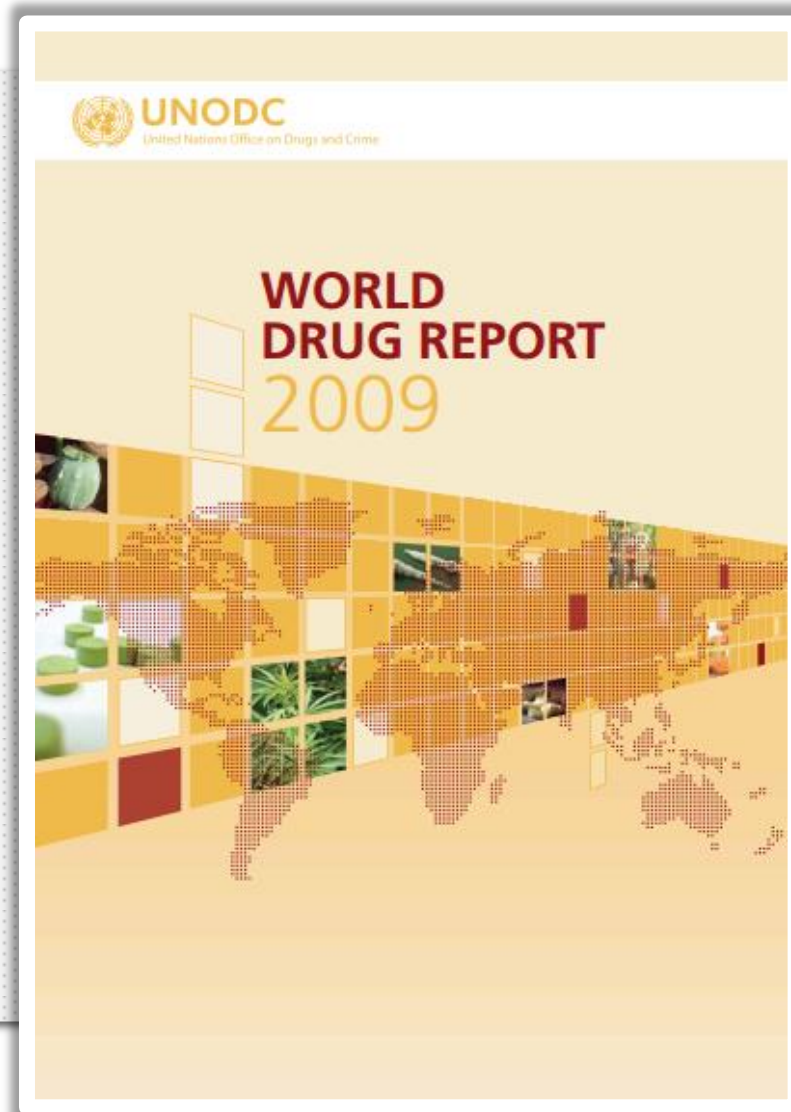


- Suspensão provisória do processo;
- Apresentações periódicas na CDT ou noutros locais (C. Saúde);
- Admoestação;
- Serviço comunitário;
- Proibição de frequentar certos locais ou de acompanhar ou receber certas pessoas;
- Apreensão de objectos;
- Interdição de viajar para o estrangeiro;
- Interdição de receber subsídios ou apoios estatais;
- (...)
- Multa pecuniária (apenas para não-dependentes).

Críticas dos órgãos da ONU à decisão de descriminalizar.

Mas, no WORLD DRUG REPORT 2009,

"Portugal is an example of a country that recently decided not to put drug users in jail. According to the International Narcotics Control Board, Portugal's "decriminalization" of drug usage in 2001 falls within the Convention parameters: drug possession is still prohibited, but the sanctions fall under the administrative law, not the criminal law."





INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD



## The Portuguese Approach and the International Drug Control Conventions

UNGASS 2016

Side event of Portugal

A public health approach as a base for drugs policy: the Portuguese case

Werner Sipp, President of INCB  
Public Health and drugs policy - the Portuguese Case

New York, 20 April 2016



INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD



## Legal Framework in Portugal

**Portuguese approach is a model of best practices:**

**fully committed to the principles of the drug control conventions**

**putting health and welfare in the centre**

**applying a balanced, comprehensive and integrated approach**

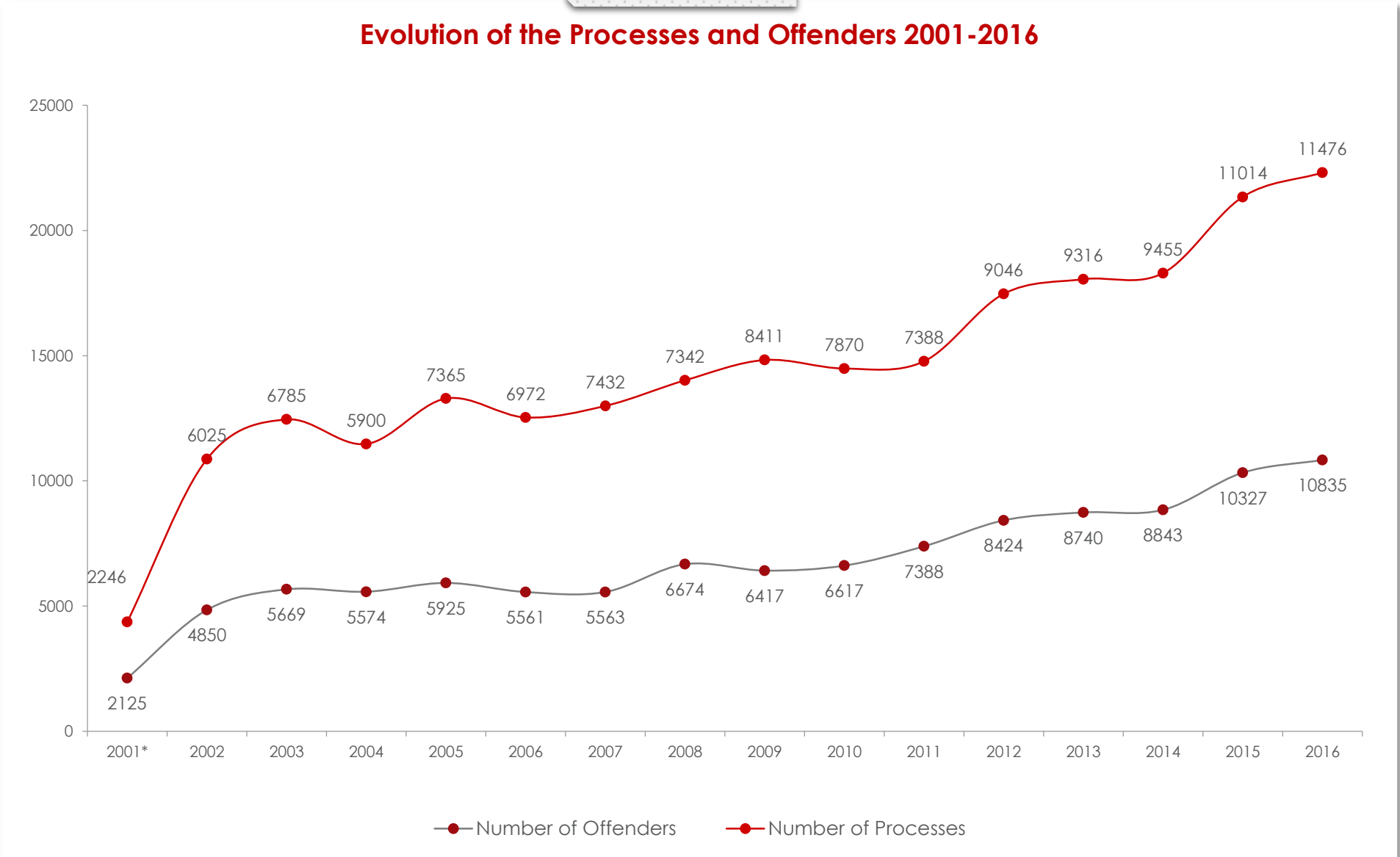
**based on the principle of proportionality and the respect for human rights,**

14

# Processos e Indiciados

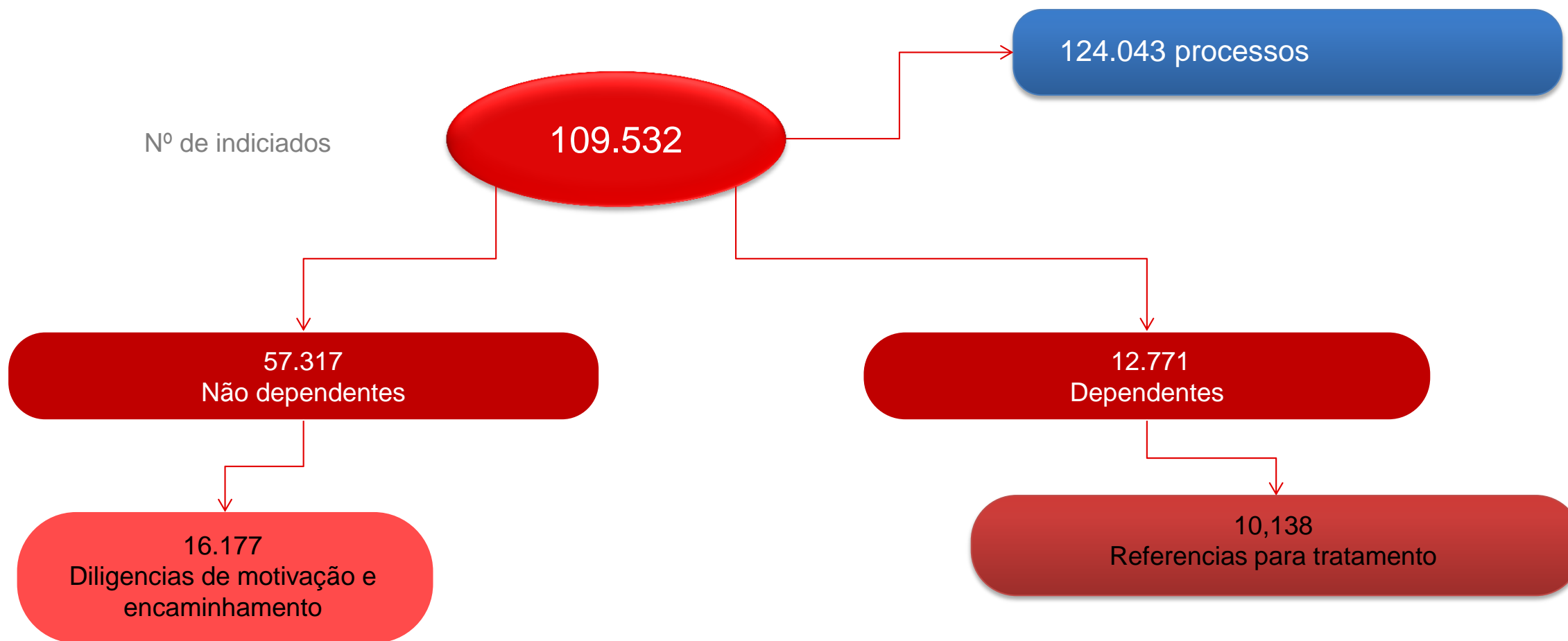
2001 - 2016

Evolution of the Processes and Offenders 2001-2016



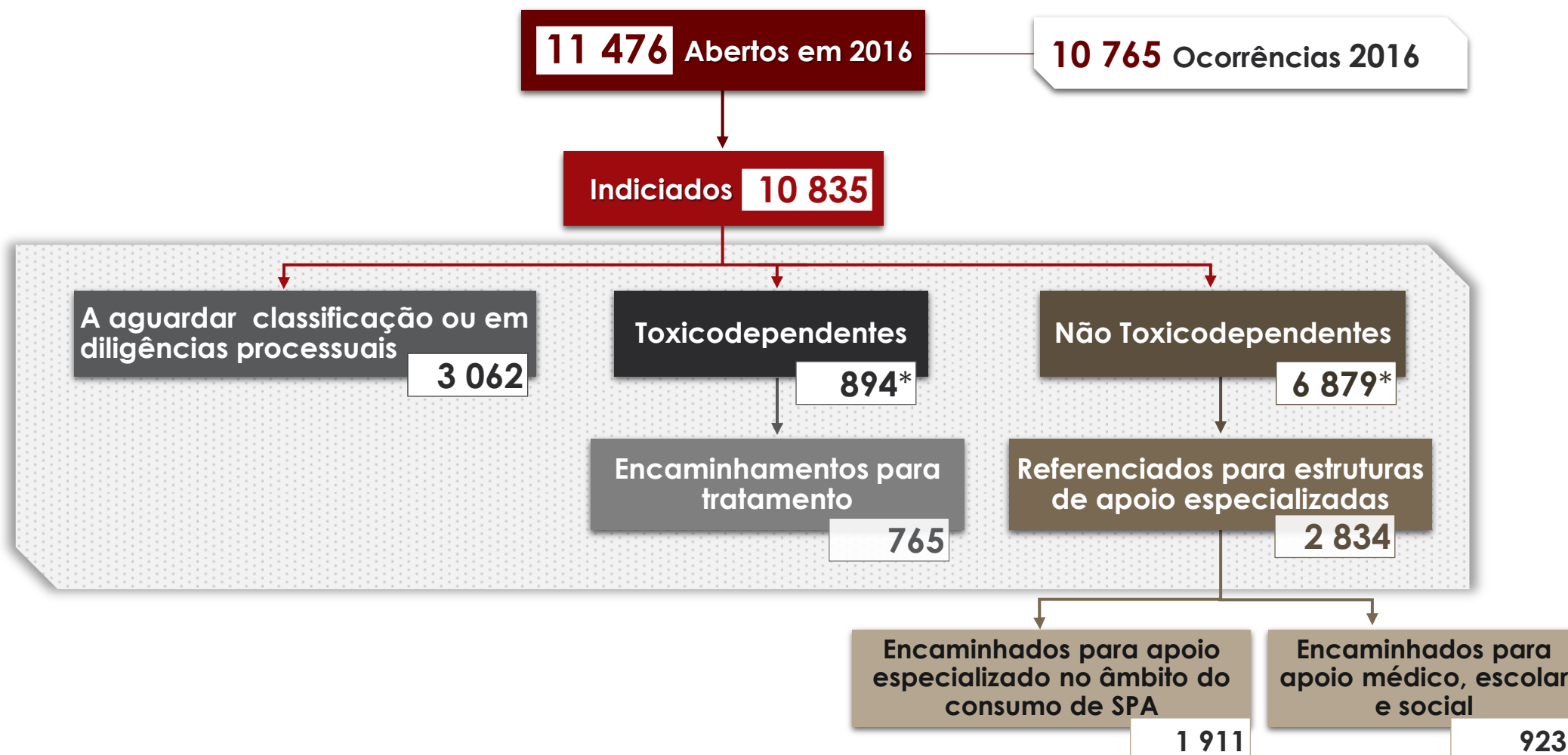
Source: SICAD

# REDUÇÃO DA PROCURA: DISSUAÇÃO 2001-2016



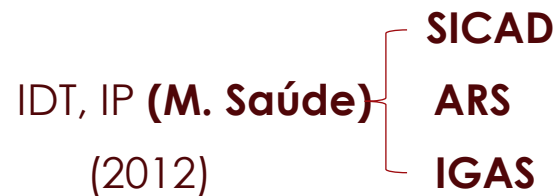
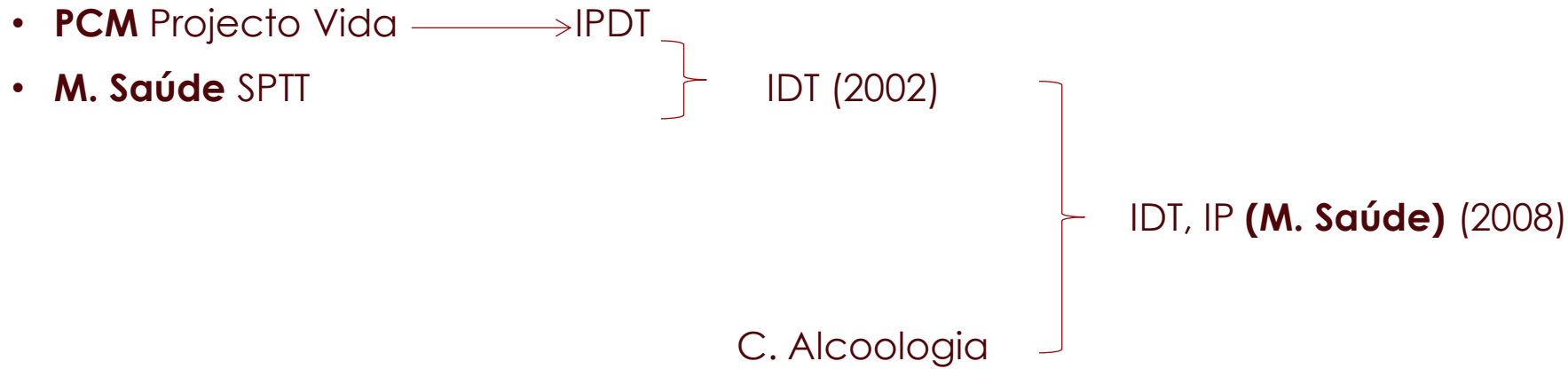
FONTE: SICAD

## N.º Processos Instaurados



\* Indiciados classificados no ano, com processo instaurado em 2016

# Uma nova estrutura institucional para coordenar e implementar a política





## Domínio da Procura

Prevenção

Dissuasão

Redução de Riscos e  
Minimização de Danos

Tratamento

Reinserção

Medidas Estruturantes

PORI

Rede de  
Referenciação

# Abordagem Preventiva

## •Políticas, programas e práticas para:

- Reduzir a **incidência** e **prevalência** de CAD
- **Deter** ou **retardar** o início e progressão dos CAD
- Reduzir os **problemas de saúde**, de **comportamento** e **sociais** associados
- Aumentar os **factores protectores** e reduzir os **factores de risco** de CAD

## LINHAS ORIENTADORAS INTERVENÇÃO PREVENTIVA





## SOB o “CHAPÉU” da PREVENÇÃO ...

- Intervenções de consciencialização (campanhas)
- Ações pontuais de sensibilização/informação
- Intervenções comunitárias
- Intervenções breves
- Medidas de caráter ambiental normativo e legislativo
- Intervenção através de programas estruturados de desenvolvimento de competências



Avaliação

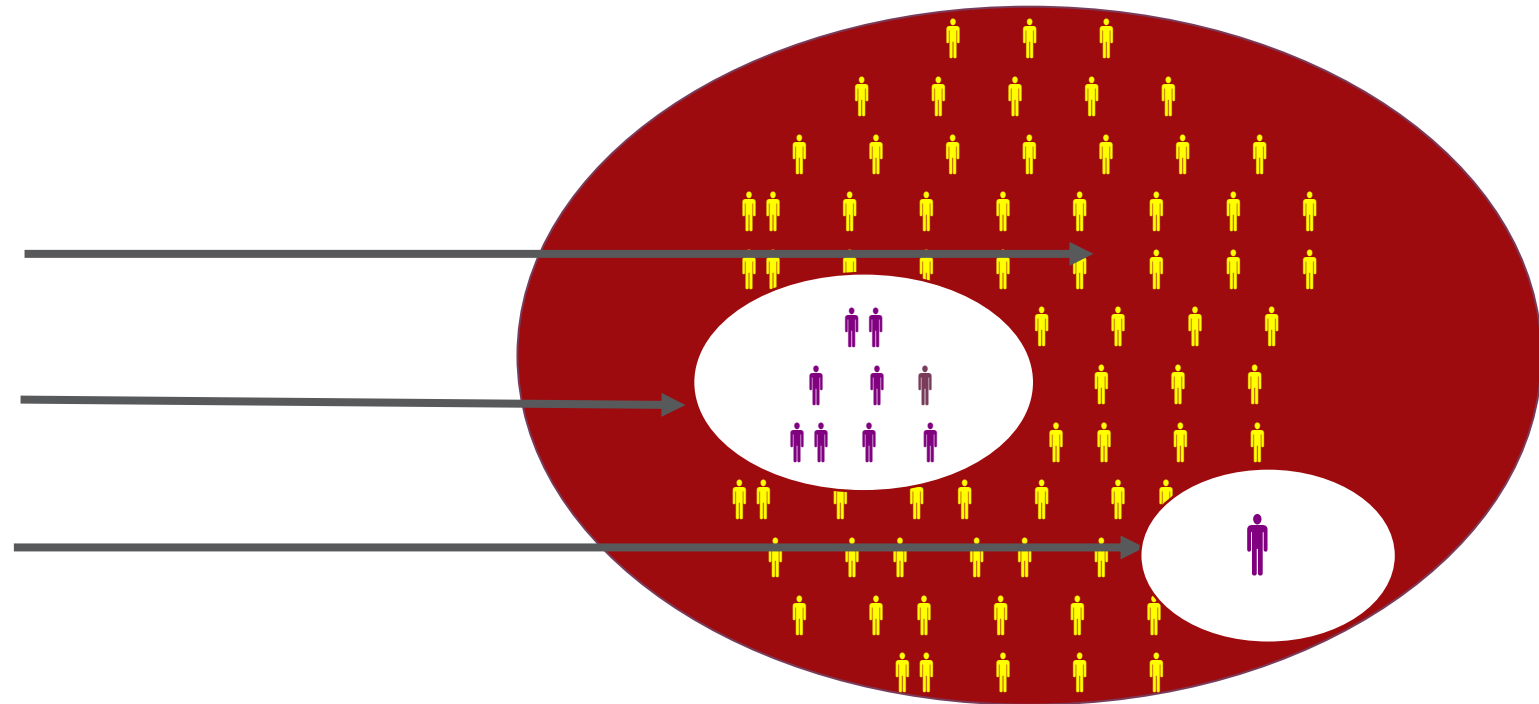
Evidência Científica /Eficácia

# Intervenção Preventiva

**Universal**

**Seletiva**

**Indicada**



# Prevenção Indicada

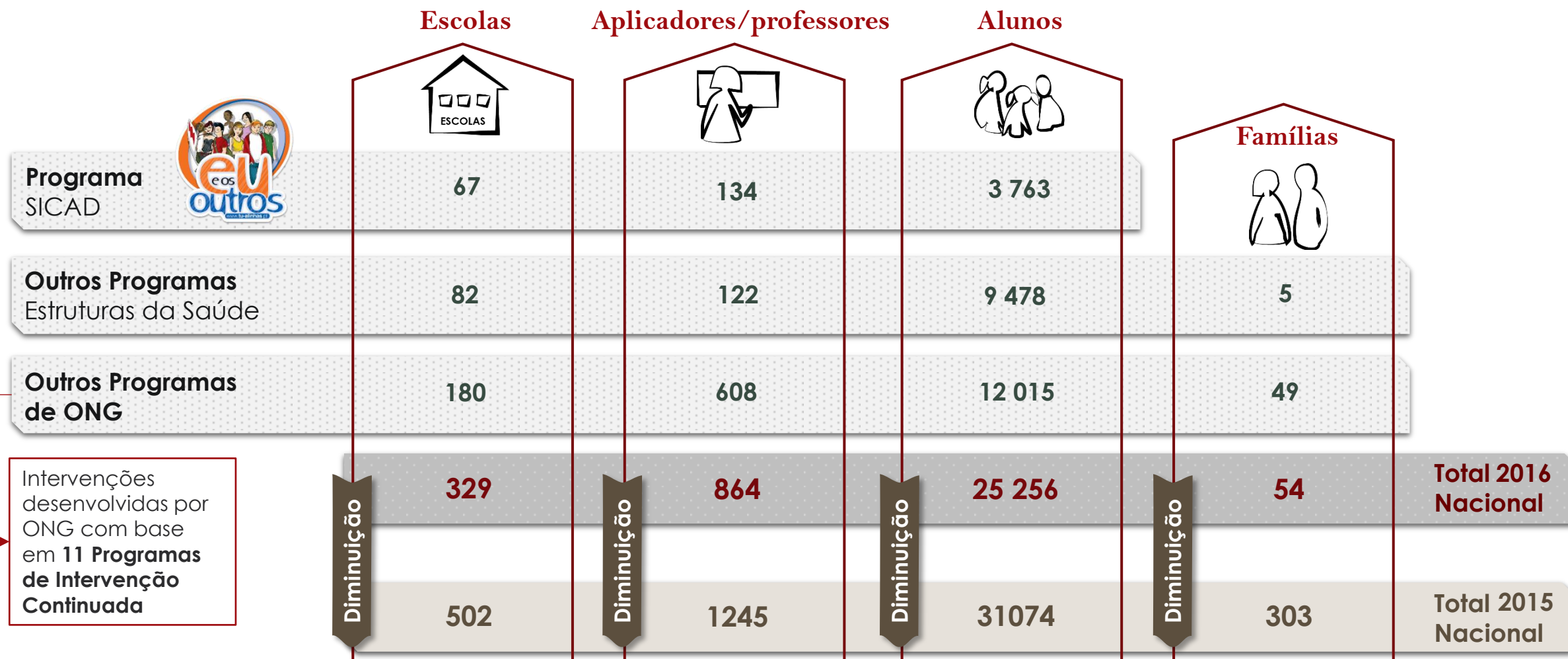
Dirigida a Indivíduos de **risco**

Os programas de prevenção indicada são definidos pela **avaliação do nível de risco individual**



»Dissuasão como dispositivo de Prevenção Indicada«

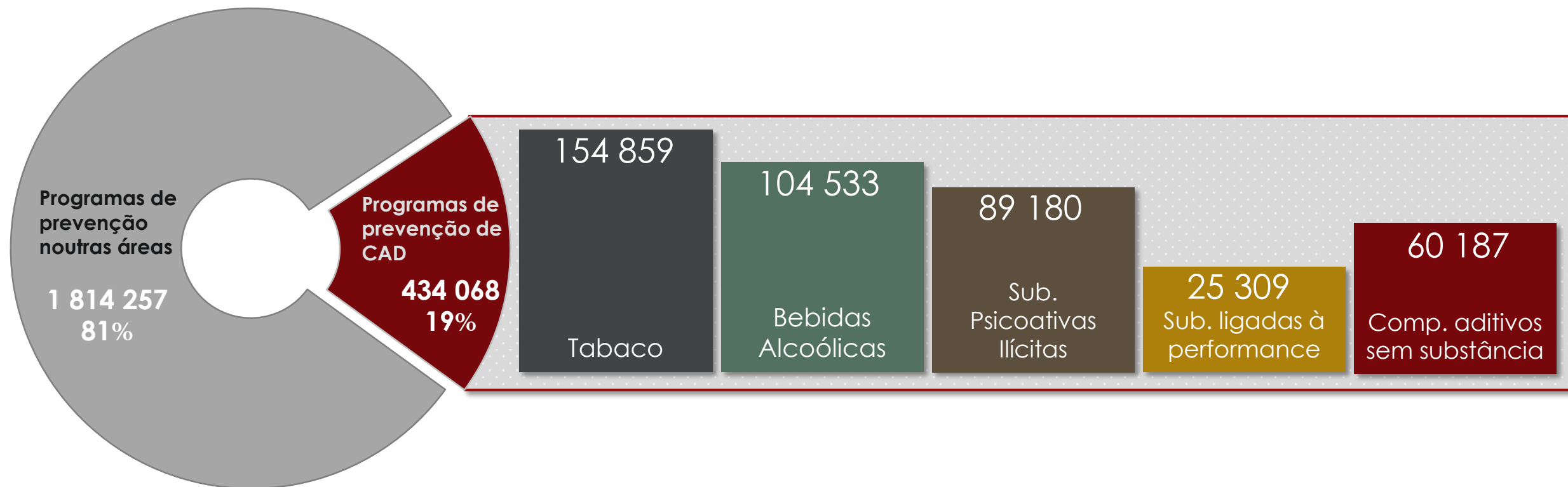
## Programas de aquisição de competências pessoais e sociais no âmbito dos CAD



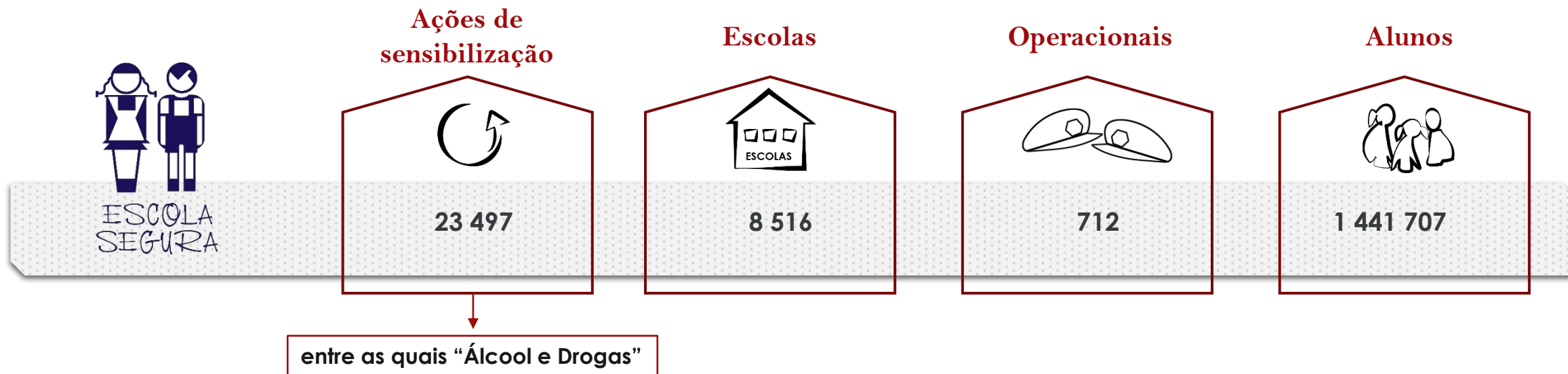
## Programas de Promoção e Educação para a Saúde (PES)

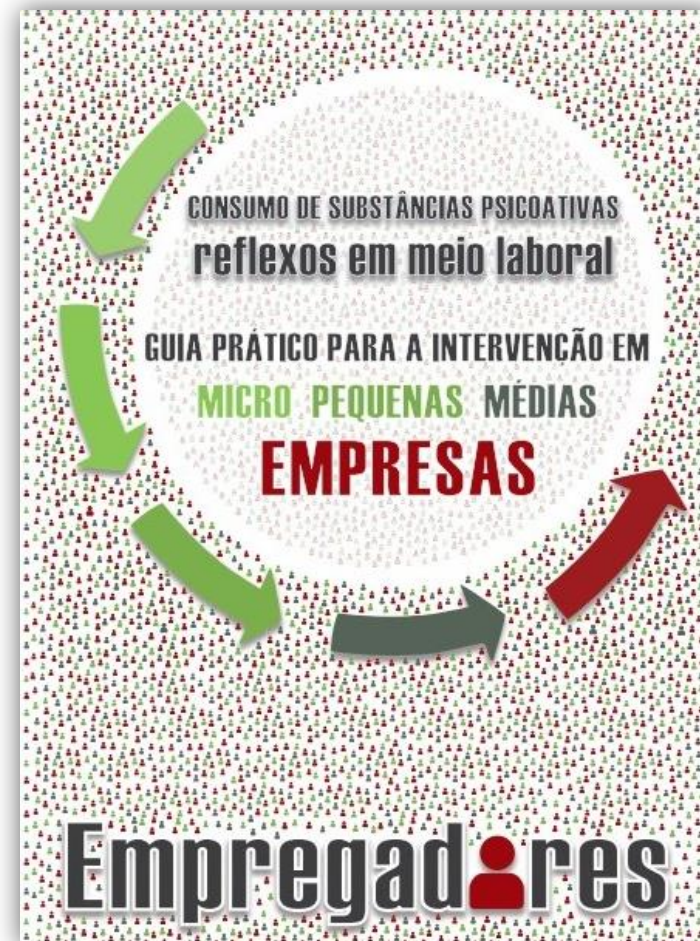
## Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), ano letivo 2015/2016

N.º crianças/jovens abrangidos



## Programa Escola Segura, PSP e GNR





## Abordagem aos CAD

## Dia da Defesa Nacional

**Intervenção de sensibilização**  
aos problemas ligados ao  
consumo de substâncias  
psicoativas

interativa presencial

grupos de 30/40 jovens

18 anos



45 minutos

	Locais (Núcleos de divulgação DDN)	Dias com Intervenção da Saúde	% de Cobertura	Estimativa de Cobertura N.º jovens abrangidos	Técnicos Envolvidos
Norte	6	159	55%	22 705	38
Centro	4	177	92%	20 414	20
Lisboa e Vale do Tejo	6	120	40%	14 400	28
Alentejo	3	42	100%	4 470	11
Algarve	1	9	21%	894	1
Regiões Autónomas	10	50	100%	6 537	16
Total	30	557	$\bar{x}=61\%$	69 420*	114

\* Número total de jovens convocados = 116 896



## Programa Nacional de Troca de Seringas

<i>"Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão"</i>		Kits distribuídos	Seringas trocadas	
				
<b>Farmácias aderentes</b>	<b>1 648 Farmácias</b> (ANF + AFP)	<b>94 746</b>	<b>189 492</b>	
<b>Entidades promotoras</b>	<b>52 Equipas</b> <b>de RRMD</b>	<b>530 494</b>	<b>1 060 988</b>	
<b>Cuidados de Saúde Primários</b>	<b>268 Unidades</b> <b>Locais de Saúde</b>	<b>14 279</b>	<b>28 558</b>	
<b>Posto Móvel</b>	<b>1 Posto Móvel</b> (Amadora + Barreiro)	<b>35 610</b>	<b>71 220</b>	
		<b>675 129</b>	<b>1 350 258</b>	<b>Total</b>

**Estruturas e Programas da**  
em funcionamento em  
**2016, cofinanciados no**  
**âmbito do PORI**, fruto das  
áreas lacunares  
identificadas nos  
diagnósticos dos territórios



#### **41 Estruturas Socio-sanitárias\***

**3** Centro de Acolhimento/Abrigo

**5** Gabinetes de Apoio

**29** Equipas de Rua

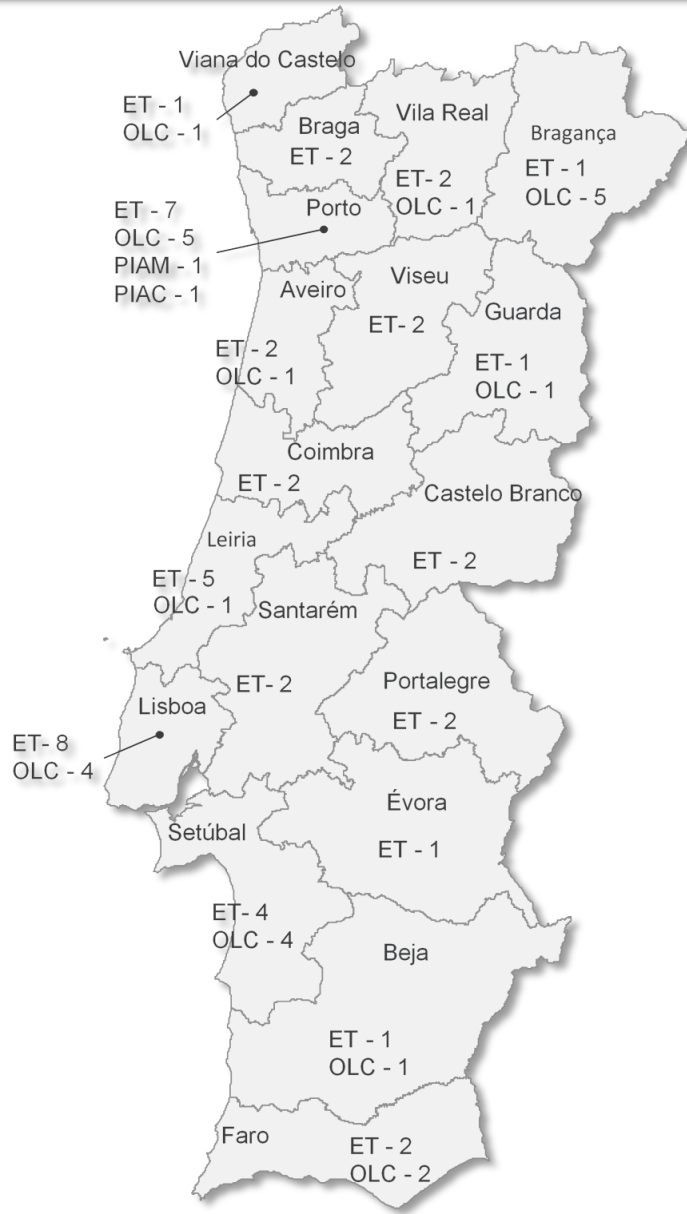
**4** Pontos de Contacto e Informação

#### **16 Programas Socio-sanitários**

**16** Programa de Substituição de  
Baixo Limiar de Exigência

\* Nestas estruturas funciona o Programa Nacional de Troca de Seringas

# Tratamento – Rede pública 2016



**ET** Equipas Especializadas de Tratamento

**OLC** Consultas Descentralizadas

**PIAM** Projeto Integrado de Apoio à Comunidade

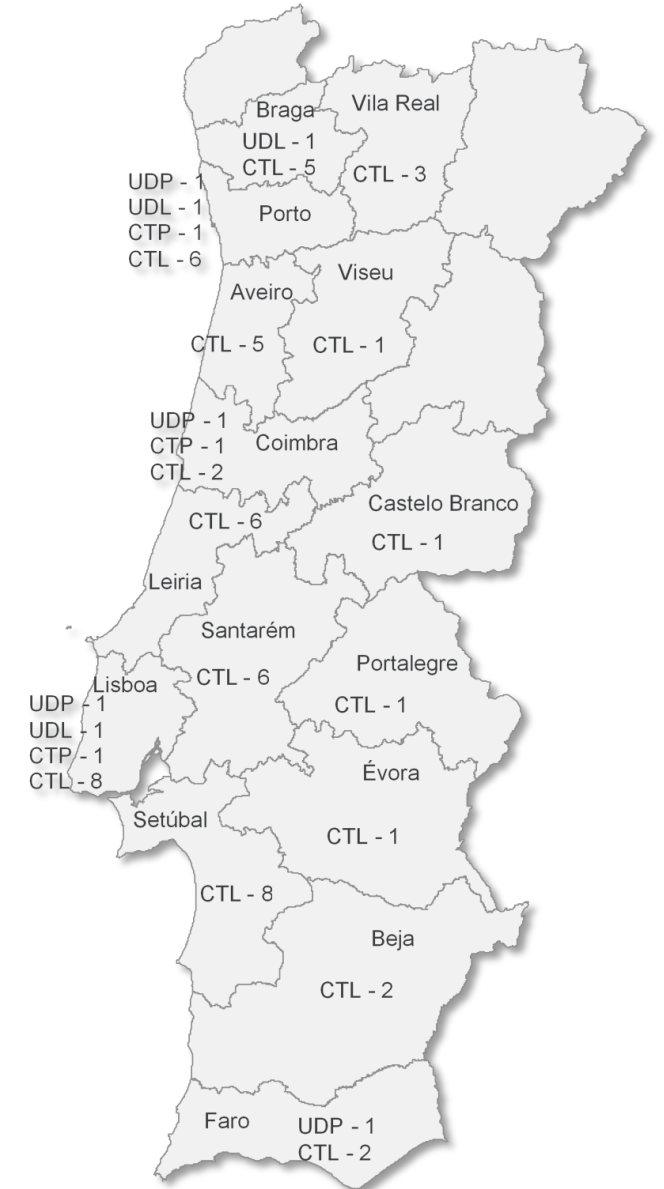
**PIAC** Projeto Integrado de Atendimento Materno

**UDP** Unidades de Desabituação Públicas

**UDL** Unidades de Desabituação Privadas /Licenciadas

**CTP** Comunidades Terapêuticas Públicas

**CTL** Comunidades Terapêuticas Privadas/Licenciadas



## Ambulatório - Rede Pública



**↑ 41 512** Utentes em tratamento no ano  
drogas e álcool

**↑ 27 834**

**↓ 3 294**  
Iniciaram  
tratamento  
no ano

**↑ 2 090**  
novos utentes  
**↓ 1 204**  
readmitidos



**↑ 13 678**

**↑ 4 445**  
Iniciaram  
tratamento  
no ano

**↑ 3 759**  
novos utentes  
**↑ 686**  
readmitidos



## Internamentos - Rede Pública (P) e Licenciada (L)



**↑ 3 612** CT\*  
drogas e álcool

**↓ 2 064**  
43 P / 2 021 L



**↓ 1 441** UD/UA\*  
drogas e álcool

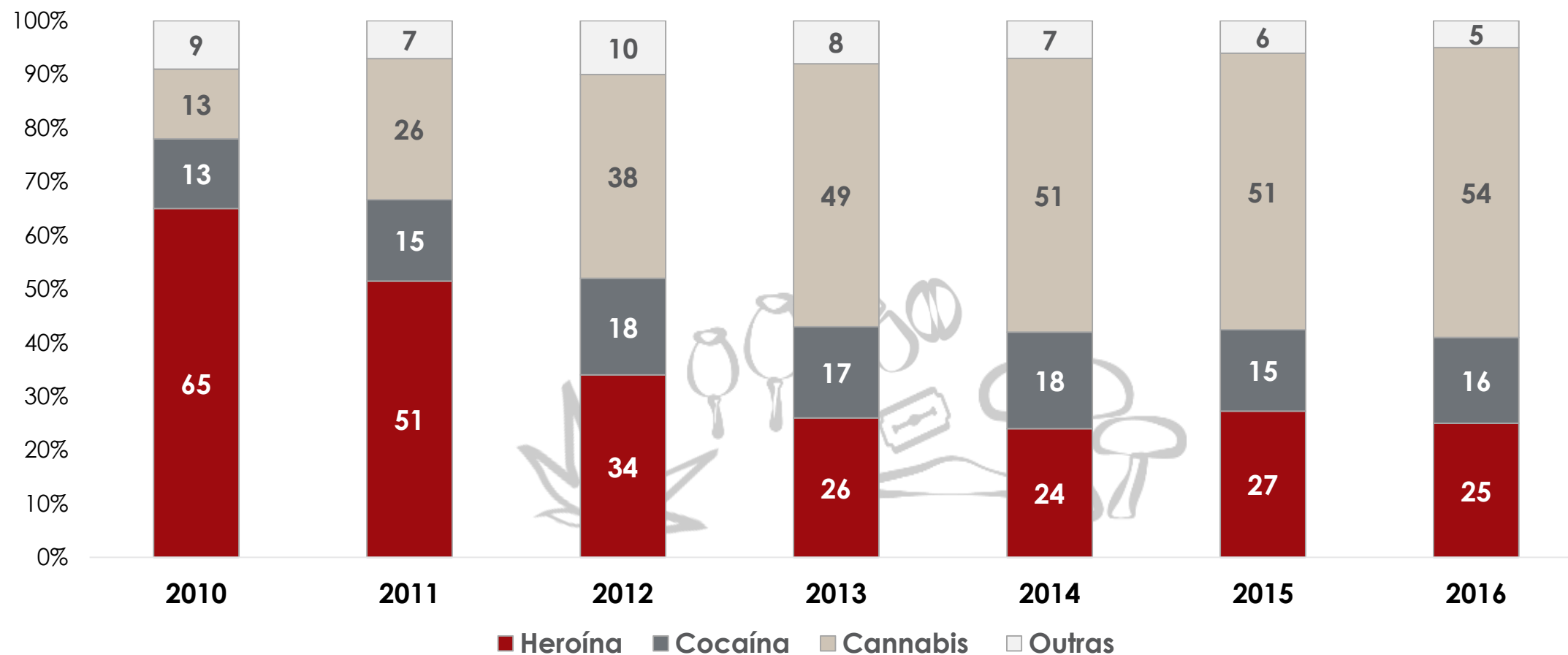
**↓ 665**  
590 P / 75 L

**↑ 1 343**  
65 P / 1 278 L

**↓ 774**  
768 P / 6 L

\* 205 casos em CT e 2 casos em UD atribuídos a outras dependências / patologias ou sem informação.

**Novos Utentes – Substância Principal**  
Ambulatório - Rede Pública 2010 - 2016



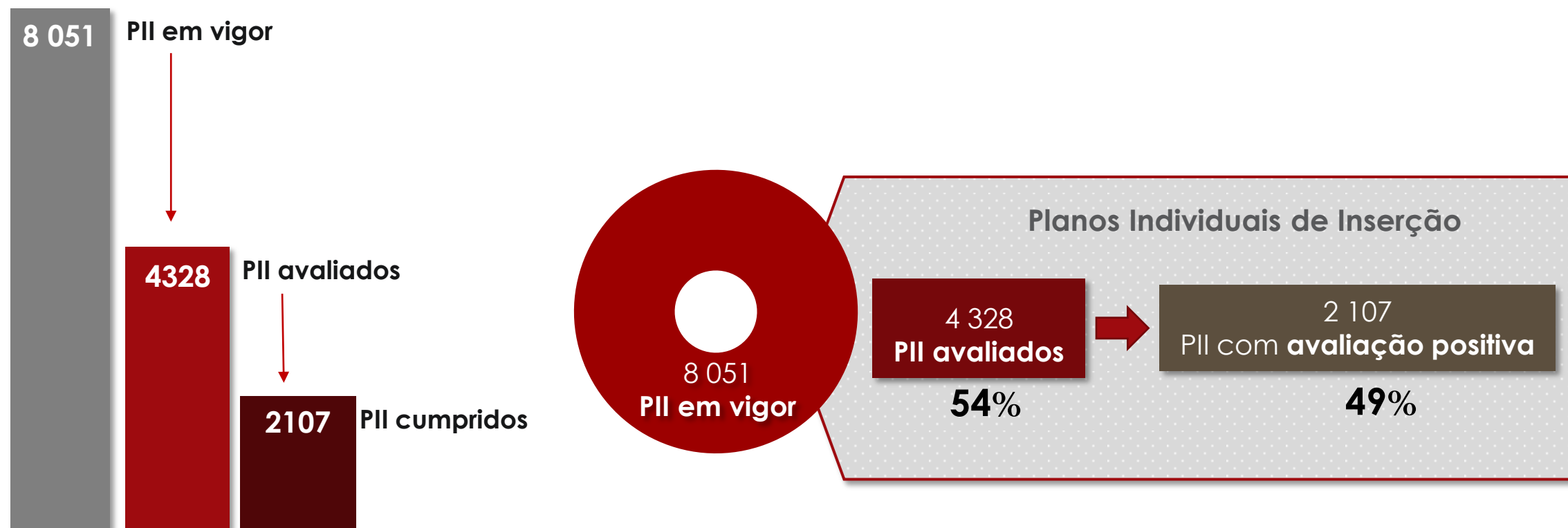
## Contexto Prisional - Tratamento Toxicodependência

Programas Orientados para a  
Abstinência (31/12/2016)**73** utentes

&lt; procura → &lt; capacidade

Programas Farmacológicos  
(31/12/2016)**958** utentes**907** c/agonista opiáceo  
**51** c/ antagonista opiáceoDiminuição consumos  
heroínaOutras Unidades / Programas  
(31/12/2016)↑ **839** utentesNovas respostas face a  
necessidades específicas de  
cuidados de saúde

## Monitorização – Planos Individuais de Inserção 2016



2016

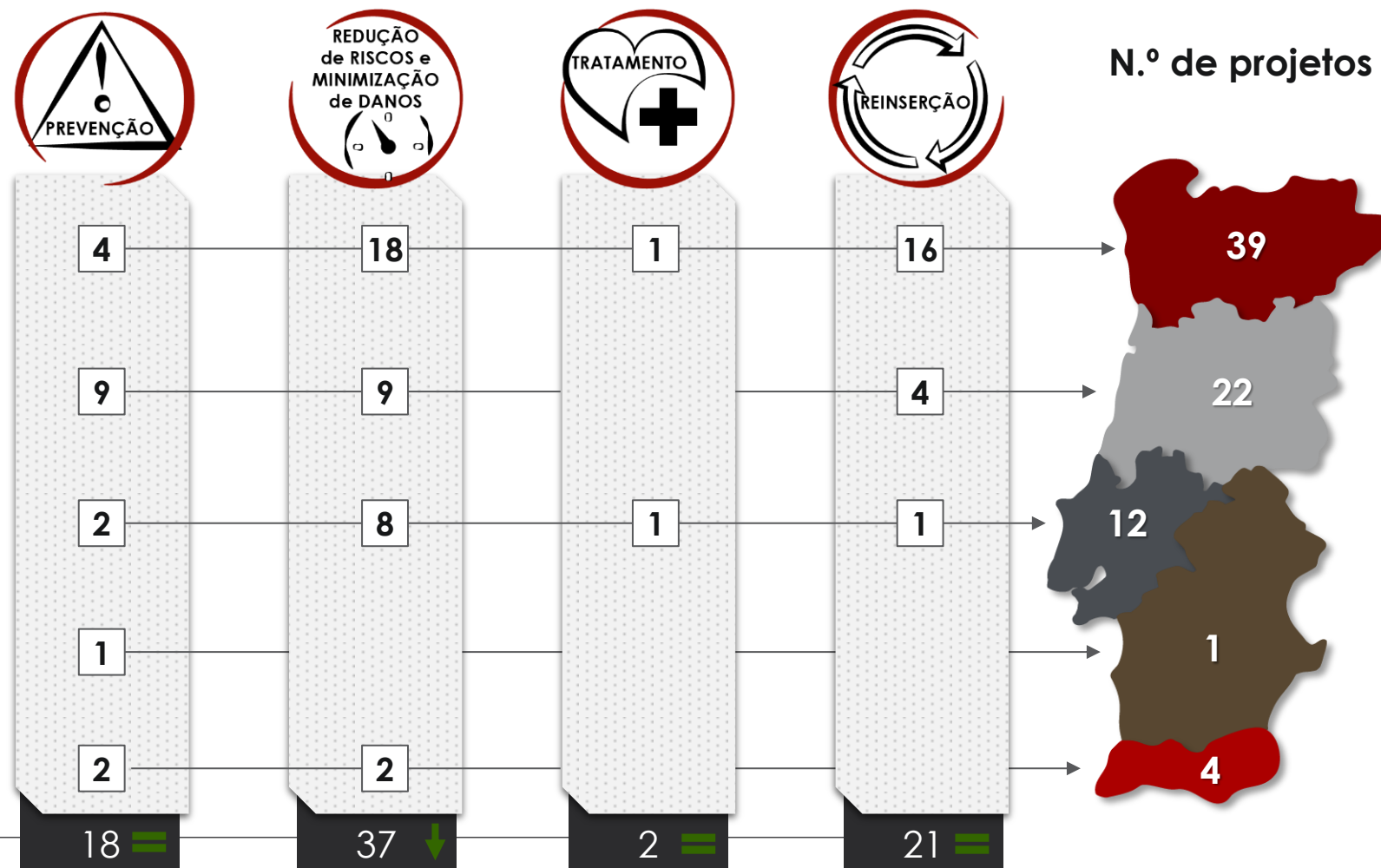
**3** Procedimentos concursais **abertos** para 3 territórios

**2** Procedimentos concursais **concluídos**

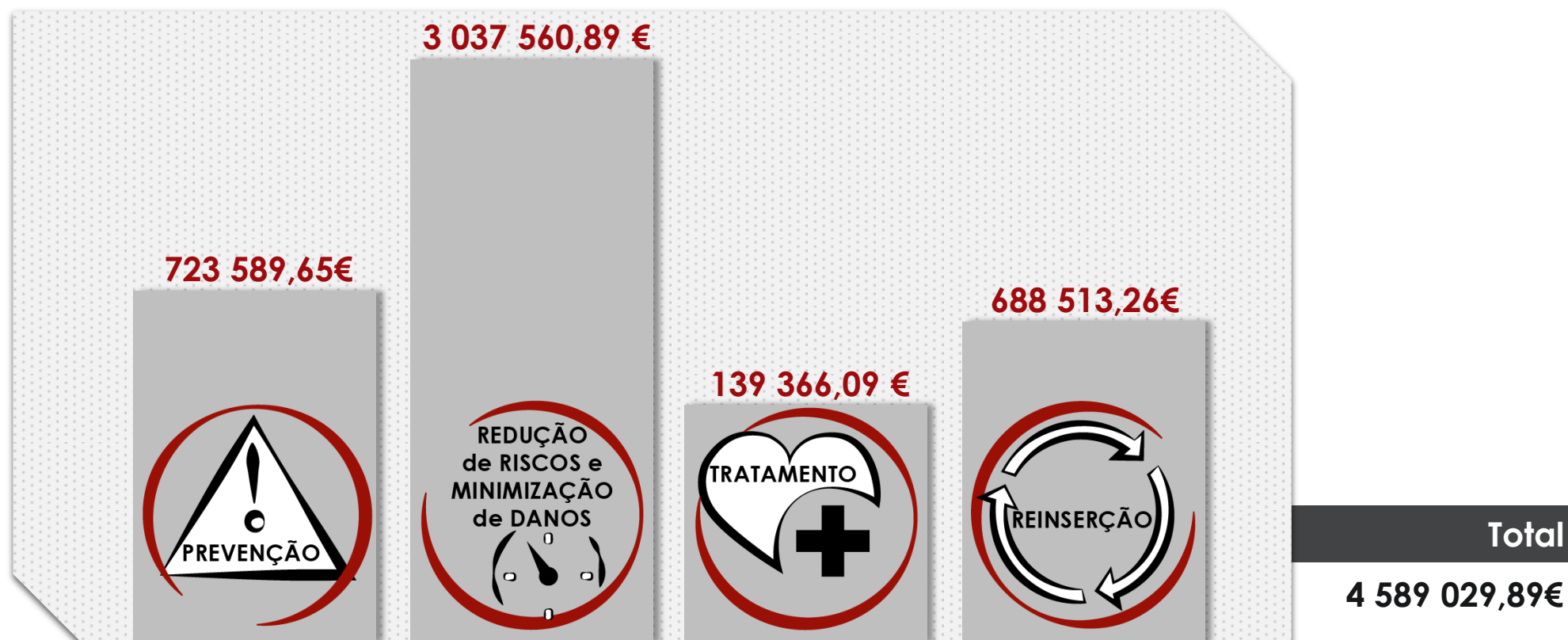
**2** Áreas lacunares identificadas como **prioritárias**

**39** Projetos **renovados** em 2016

**78** Projetos cofinanciados em execução



Financiamento atribuído por eixo de Intervenção  
2016



Plano de Implementação  
e de Acompanhamento

ARS, I.P.

Iniciativas a nível loco-  
regional em termos de  
projetos-piloto

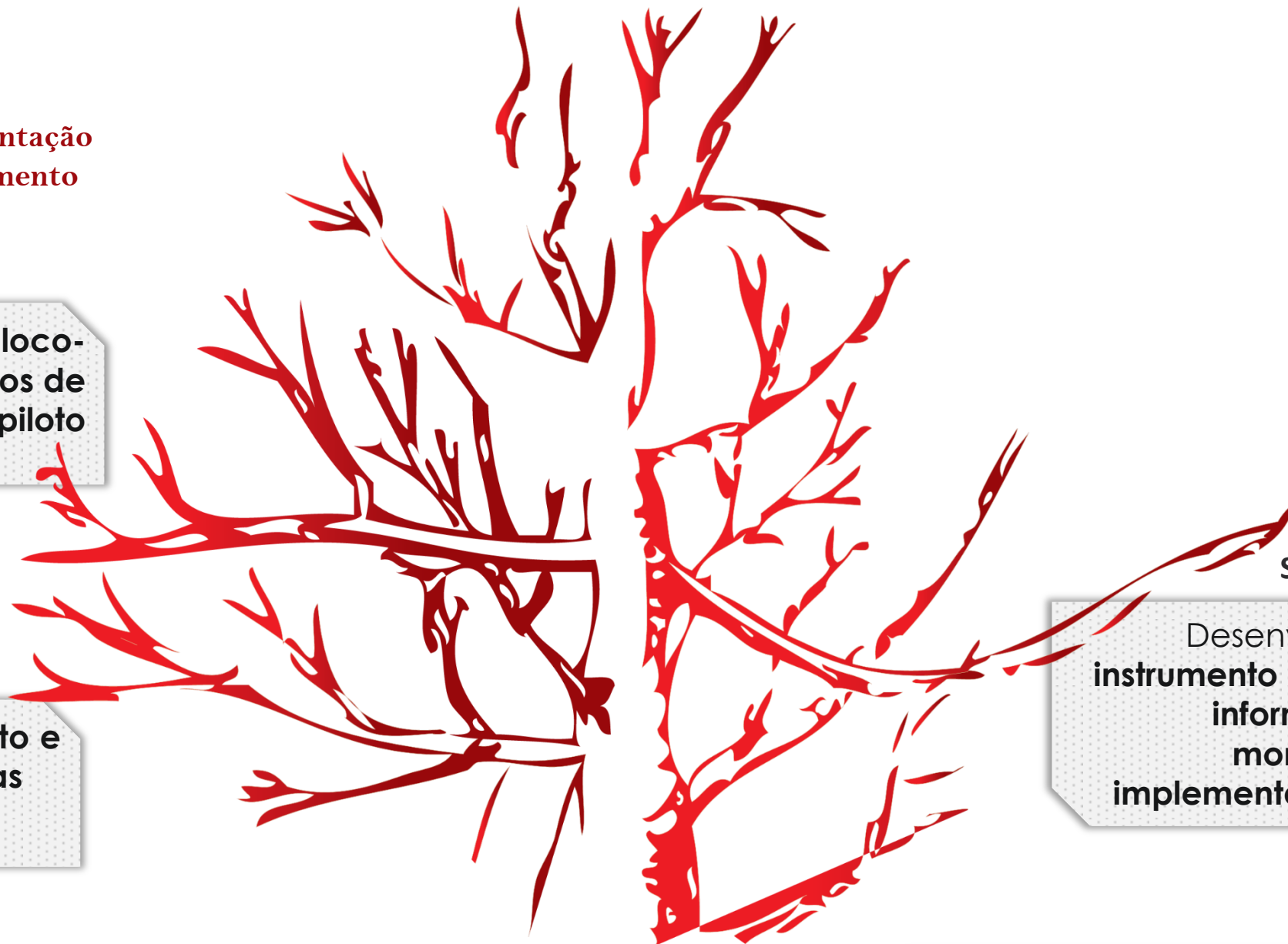
6

SICAD

Acompanhamento e  
monitorização das  
evoluções

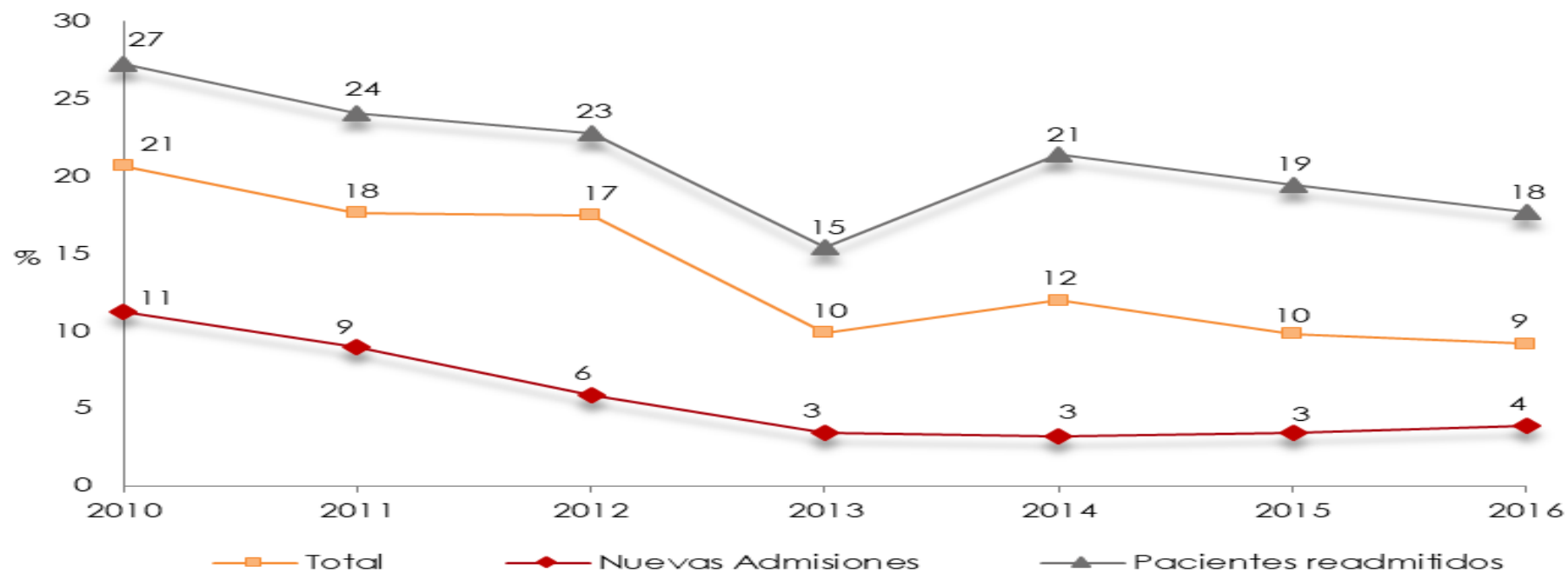
SICAD e ARS, I.P.

Desenvolvimento do  
instrumento de recolha de  
informação para a  
monitorização da  
implementação da Rede

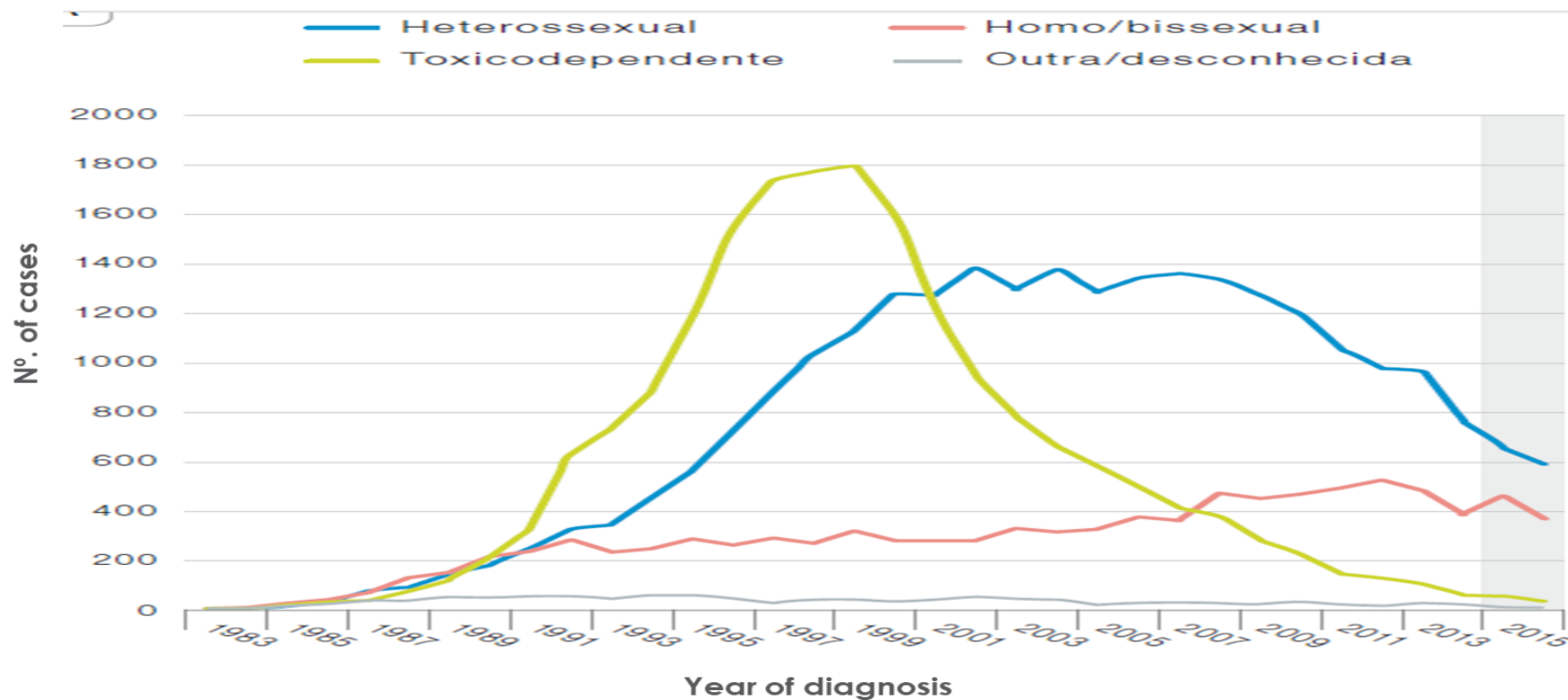


# Utentes que iniciaram tratamento no ano: Consumo por via injetada nos últimos 12 meses, por ano

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)  
2009-2016



# Diagnósticos de infeção por VIH em Portugal, por categoria de transmissão

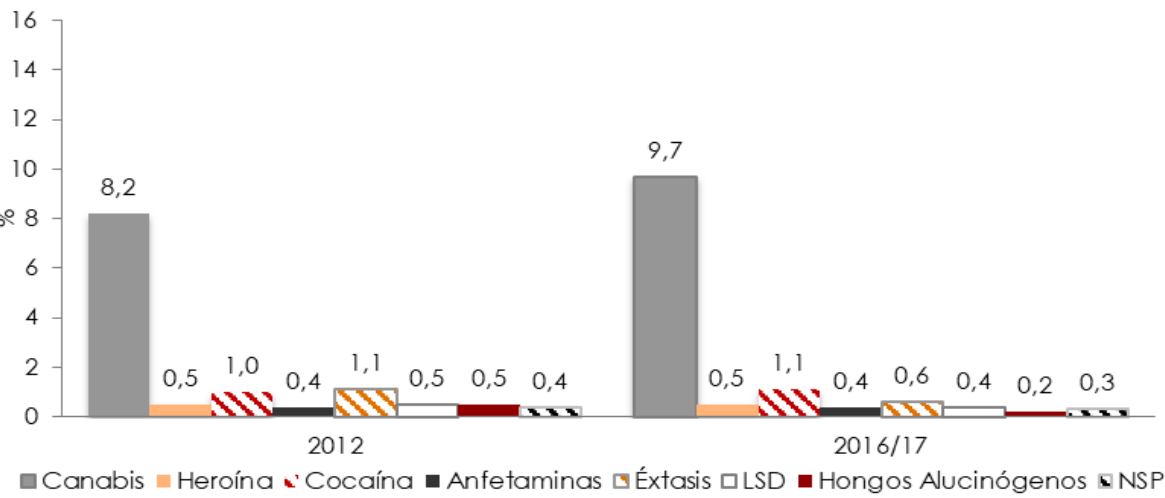


Source: INSA, IP (2016). Infeção VIH/SIDA: in Portugal a 31 de dezembro de 2014. Lisboa: Instituto Nacional de saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

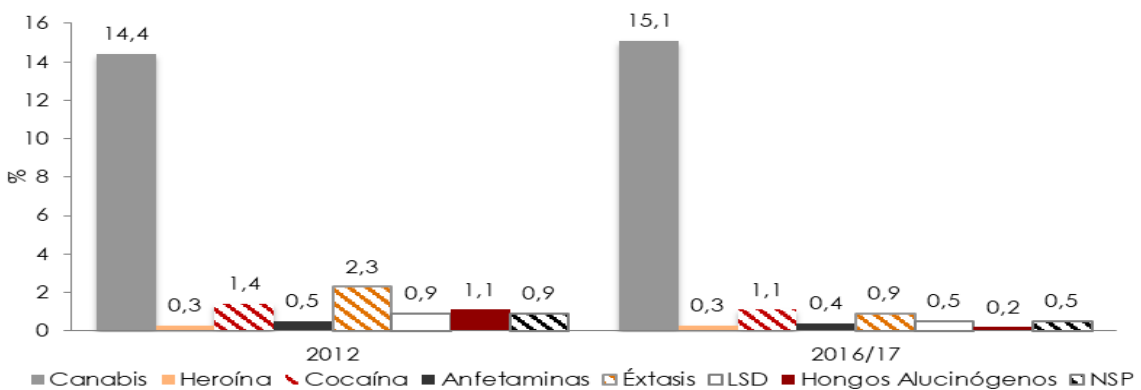
# PREVALENCIAS DEL CONSUMO ENTRE LA POPULACIÓN GENERAL

## ENCUESTAS NACIONALES - PORTUGAL 2012 / 2016-17

### PREVALENCIAS DE USO A LARGO DE LA VIDA



Pop. Total (15-74 años)



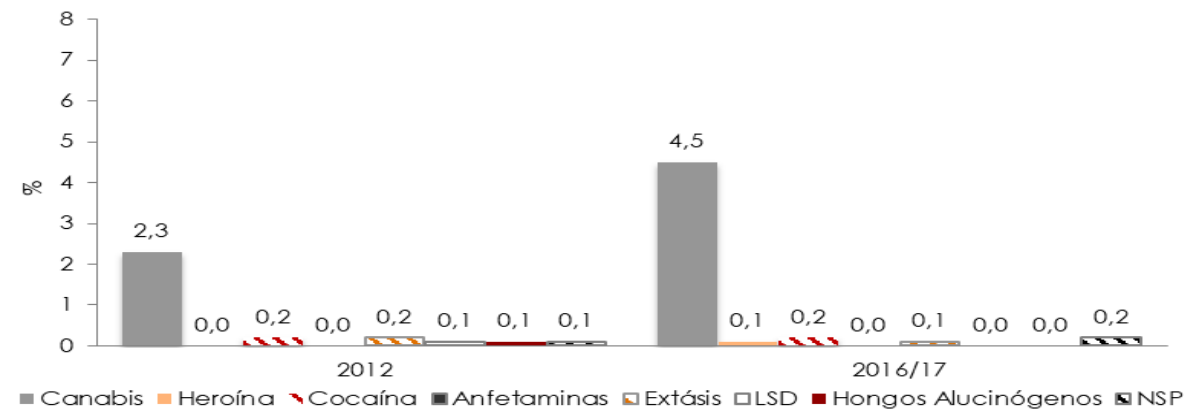
Pop. Joven adulta (15-34 años)

Fuente: Balsa et al. , 2014 / SICAD

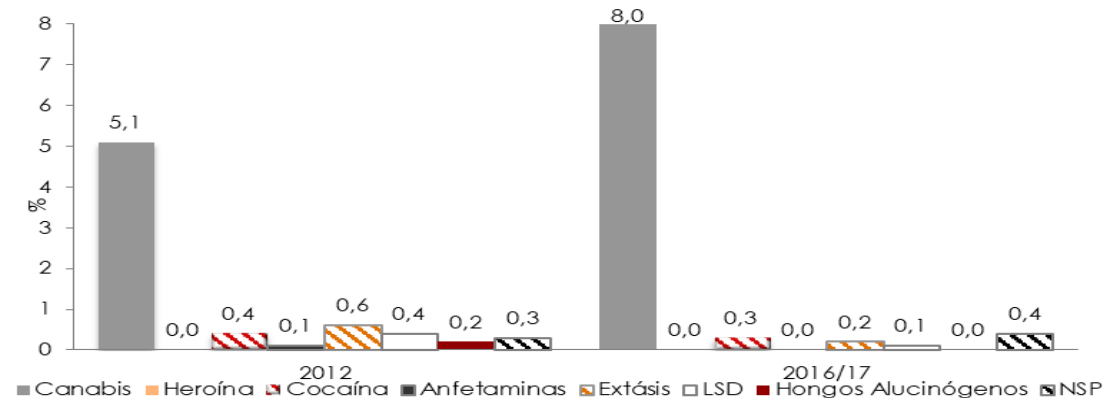
# PREVALENCIAS DEL CONSUMO ENTRE LA POPULACIÓN GENERAL

## ENCUESTAS NACIONALES - PORTUGAL 2012 / 2016-17

### PREVALENCIAS DEL USO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES



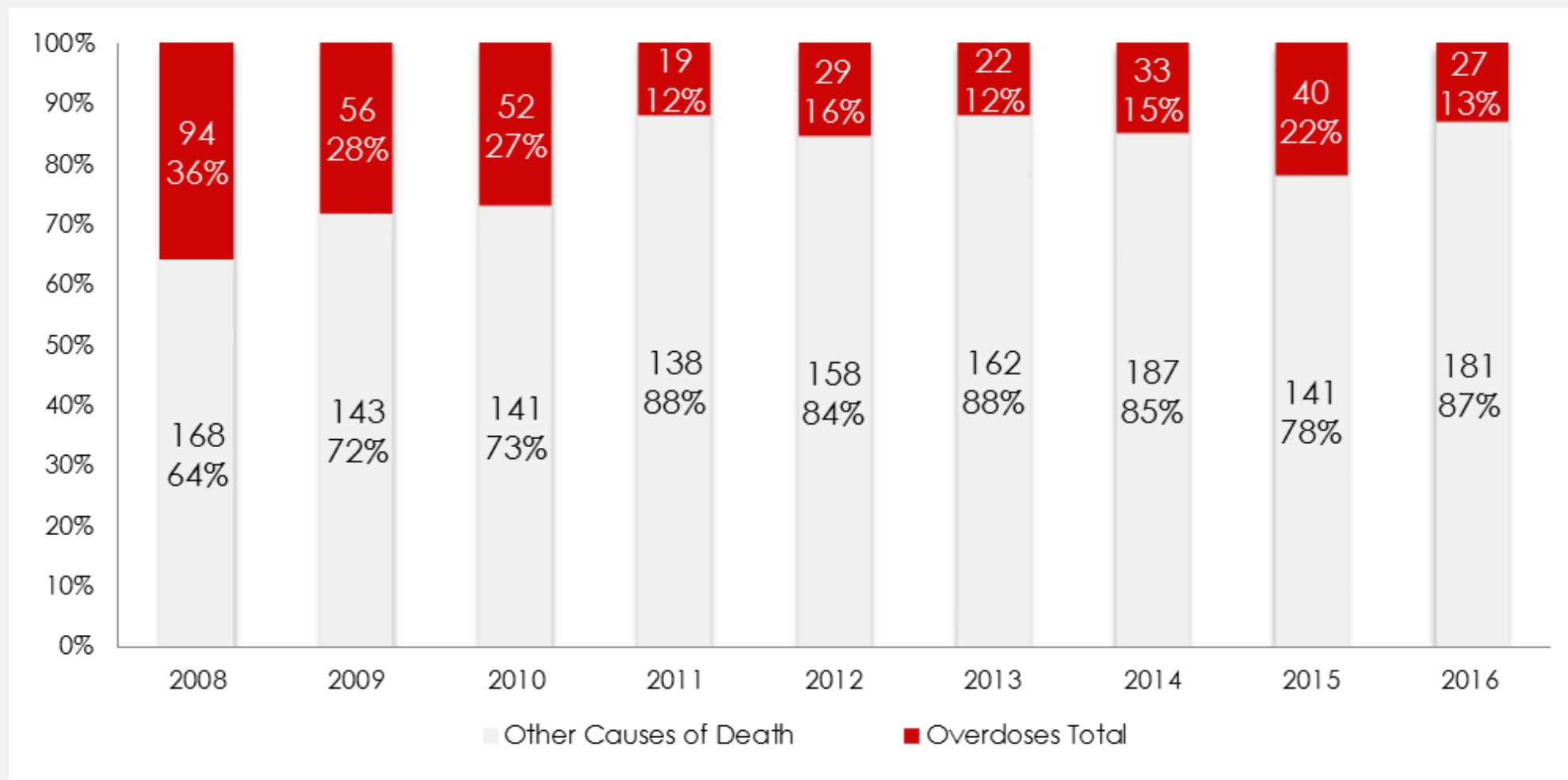
Pop. Total (15-74 años)



Pop. Jovem adulta (15-34 años)

Fuente: Balsa et al. , 2014 / SICAD

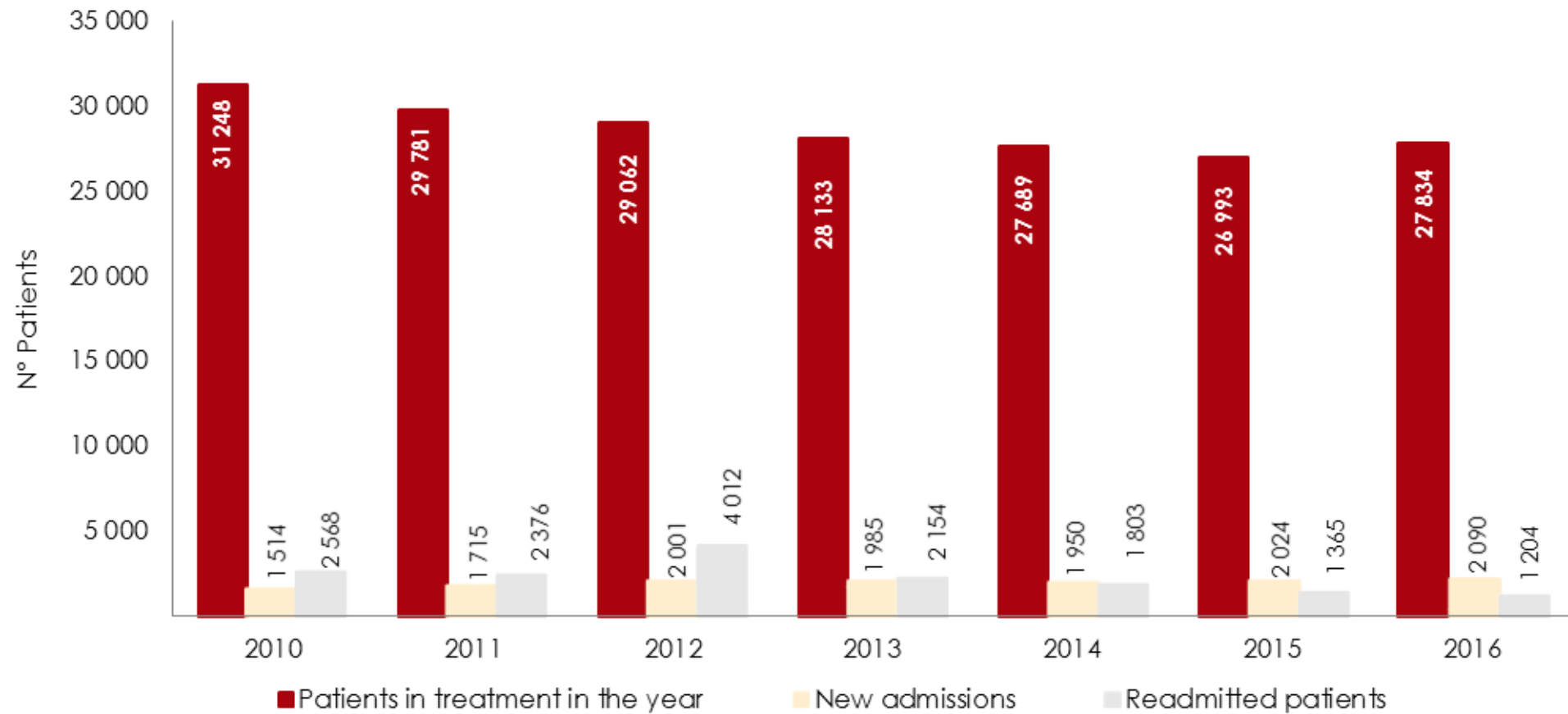
## Evolução dos casos com informação sobre a causa de morte



Source: SICAD - DEI

# Patients in treatment in the year, new admissions and readmitted - Illicit Substances

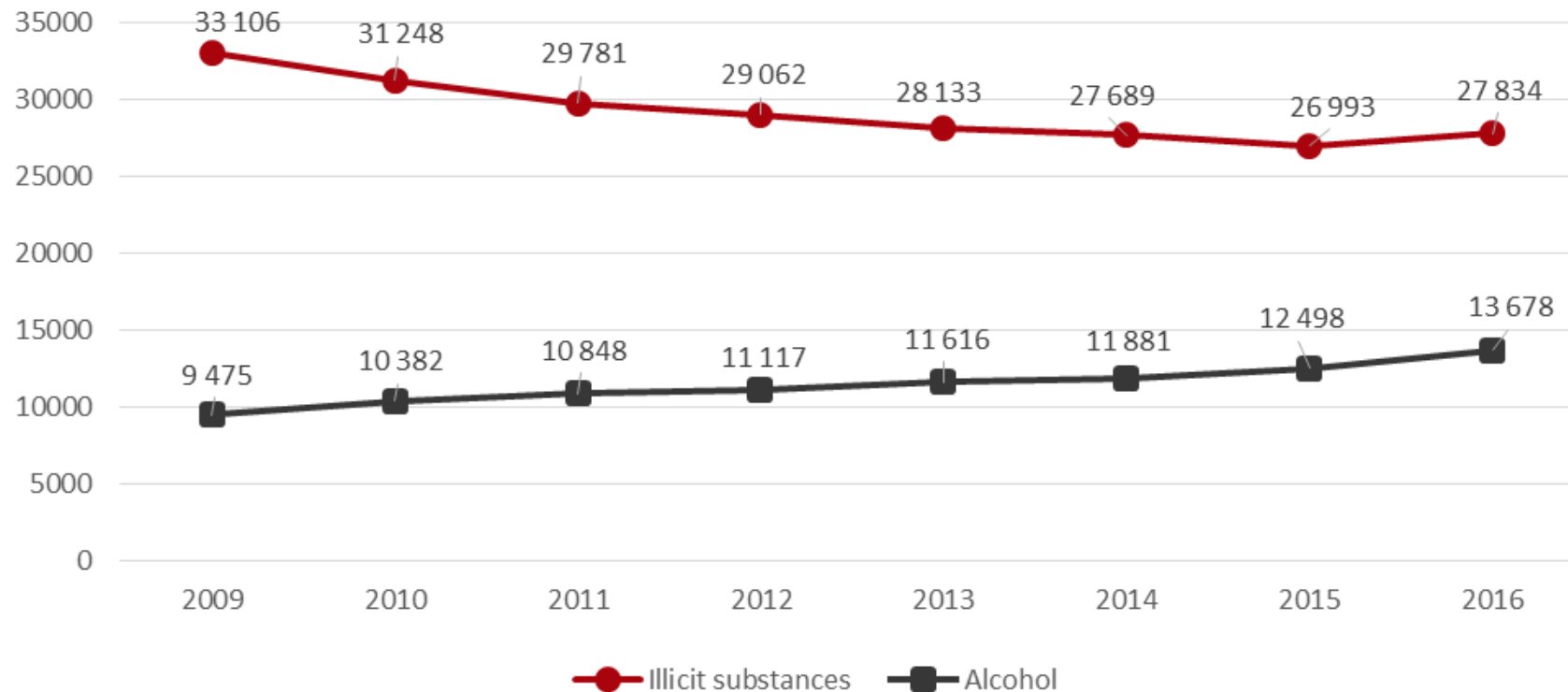
## Public Network of Outpatient Services (Portugal Mainland) 2010 - 2016



Source: ARS/SICAD

# Evolution of n° of patients in treatment in the year - Illicit substances vs Alcohol

## Public Network of Outpatient Services (Portugal Mainland) 2009 - 2016



Source: ARS/SICAD

## Estudos a Nível Nacional

## População Geral

INPG (2012), Eurobarómetro (2014), DDN (2015), RARHA (2015),  
Estimativa do Consumo Problemático/Alto Risco (2012)

↑ **Aumento** da  
**perceção do risco**  
associado aos  
consumos

↓ **Diminuição** dos  
**consumos em geral**



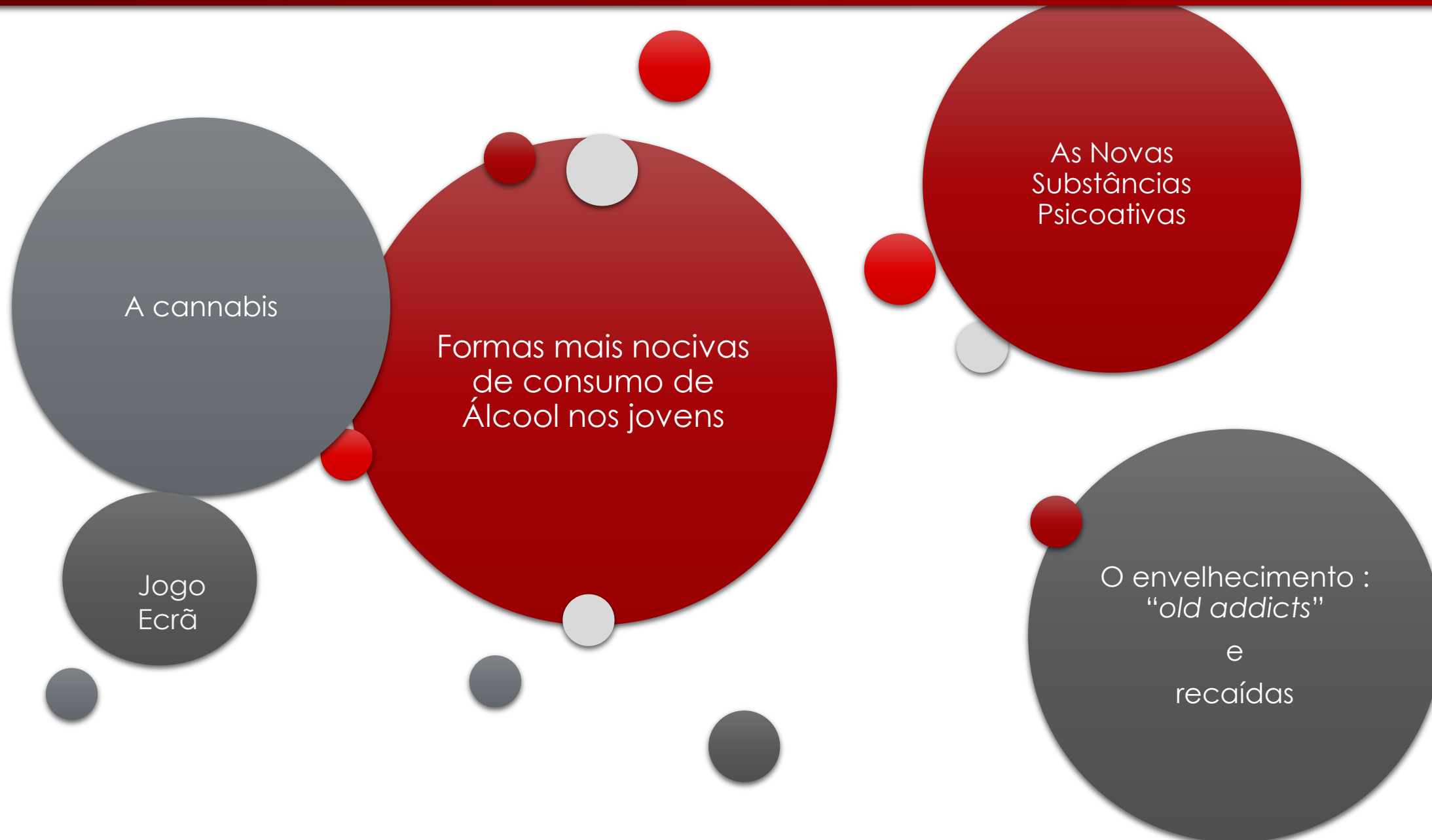
**Cannabis** **mantem-se**  
com as **maiores prevalências**  
**de consumo** nas várias etapas  
do ciclo de vida

↓ **Diminuição** de alguns  
consumos mais nocivos e  
problemáticos:

estimativas do consumo  
**problemático / alto risco de drogas**

consumo de **droga injetada**

consumo **binge** e **embriaguez**





## Conclusão Global

Existe uma articulação coerente entre  
**TODAS AS POLÍTICAS E AÇÕES NAS POLÍTICAS PORTUGUESAS**  
baseada na ideia de que um cidadão com CAD é uma pessoa  
com necessidade de apoios das áreas do Social e da Saúde  
em vez de ser considerado um  
"Criminoso ou um delinquente".

Até agora, a situação global nesta matéria em Portugal apresenta  
uma evolução positiva em todos os indicadores disponíveis

# Trends since 2001

Small  
increases  
reported on  
illicit drug use  
amongst  
adults

Reduced  
burden of drug  
offenders on  
the criminal  
justice system

Reduction in  
opiate-related  
deaths and  
infectious  
diseases

Increase in the  
amounts of  
drugs seized  
by the  
authorities



Reduction in  
illicit drug use  
among  
adolescent,  
since 2003

Reduction in  
the prevalence  
of injecting  
drug use

Reduced  
stigmatization  
of drug users

Reduction in  
the public  
burden  
caused by  
drugs

## Some ideas to share:

**Scientific consensus** that criminal sanctions are ineffective and counter-productive; they do nothing to address drug use consequences



Nowhere **International Drug Conventions** require that personal use should be criminalised

**HEALTH PROTECTION  
INSTEAD OF PUNISHMENT**

Drug policies should be based on **health** and not on punishment

# Obrigado pela V. atenção

João Castel-Branco Goulão

[joao.goulao@sicad.min-saude.pt](mailto:joao.goulao@sicad.min-saude.pt)



**SICAD** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

[www.sicad.pt](http://www.sicad.pt) | TELEF: +351 211 119 000 | EMAIL: [sicad@sicad.min-saude.pt](mailto:sicad@sicad.min-saude.pt)