

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

II.A. CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÓMENO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS EM PORTUGAL

Genericamente, as diferentes etapas do ciclo de vida tendem a corresponder diferentes quadros de características físicas, psicológicas e socioculturais, com influência na manifestação de CAD e problemas associados.

Consumo de Substâncias Psicoativas:

No que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas, no quadro europeu, estima-se que cerca de 85 milhões de adultos terão já consumido alguma substância ilícita ao longo da vida, o que corresponde a cerca de um quarto da população adulta. Por outro lado, o aparecimento de novas substâncias psicoativas tem sido uma tendência crescente a nível europeu, destacando-se nos últimos anos, as substâncias sintéticas agonistas para recetores de canabinóides, as feniletilaminas e as catinonas sintéticas, grupos de substâncias que mimetizam as substâncias ilegais mais comuns (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2013). A nível mundial existem ainda poucos dados representativos das populações nacionais quanto à prevalência do consumo destas substâncias (United Nations Office on Drug and Crime, 2013).

Reportando a informação de 2009 (World Health Organization Regional Office for Europe, 2012), constata-se que a média europeia do consumo anual *per capita* de álcool (registado e não registado) na população adulta (15 ou mais anos) é de 12,45 litros (álcool puro) e que a média europeia de abstinentes ao longo da vida é de 5,6% no sexo masculino e de 13,5% no feminino.

Em Portugal, em 2012, cerca de 8,4% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida e 2,3% tinha consumido nos últimos 12 meses. Considerando qualquer experiência de consumo ao longo da vida e o consumo recente (últimos 12 meses), verifica-se que a substância ilícita mais

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

consumida no país é a cannabis (8,3%/2,3%), seguida do *ecstasy* (1,1%/0,2%) e da cocaína (1,0%/0,2%). Independentemente do tipo de consumo (experimental, recente ou atual) e da substância, os consumos são sempre superiores no sexo masculino e nas idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos. A taxa de continuidade de consumo¹ de qualquer substância ilícita era de 27%, apresentando os mais jovens (15-24 anos) uma taxa de continuidade mais elevada (45%), diminuindo esta de forma bastante significativa à medida que avançamos no ciclo de vida (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

De um modo geral, estas prevalências de consumo situam-se abaixo das médias registadas noutros países europeus com os quais os nossos dados podem ser comparados.

O consumo das novas substâncias psicoativas é, em 2012, ainda muito residual na população portuguesa entre os 15-74 anos: cerca de 0,4% já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida e 0,1% tinha consumido nos últimos 12 meses. Trata-se de um comportamento com maior concentração no sexo masculino e nas idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, particularmente nos 15-24 e 25-34 (embora com prevalências não superiores a 1%). O meio de obtenção mais usual destas substâncias era através dos Pontos de Venda de novas substâncias psicoativas (*“smart shops”*)(44%), que recentemente foram alvo de legislação proibitiva de venda destas substâncias (DL 54 /2013, de 17 de abril) (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas, em Portugal, o consumo anual *per capita* de álcool (registado e não registado) na população adulta (15 ou mais anos) era em 2009 de 13,43 litros (álcool puro), um pouco superior à média europeia, apesar de a percentagem de abstinentes ao longo da vida ser bastante superior à média europeia, quer no sexo masculino (18,6%) quer no feminino (32%) (WHO Regional Office for Europe, 2012).

Em 2012, cerca de 73% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida e 60% tinha consumido nos últimos 12 meses. Independentemente do tipo de consumo (experimental, recente ou atual), estes são sempre superiores no sexo masculino. O consumo recente (últimos 12 meses) concentra-se nas idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos. Entre a população

¹ A taxa de continuidade indica a proporção daqueles que, tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

portuguesa de 15-74 anos, considerando o período dos últimos 12 meses, a prevalência de consumo *binge* era de 7,4%, e a de embriaguez no sentido restrito (ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu) era de 5,1%, sendo estas prevalências mais elevadas nas faixas etárias mais jovens, designadamente entre os 15-24 anos (13,2% e 12,8% respetivamente)(Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Quanto ao consumo de medicamentos psicoativos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos), em 2012, cerca de 22% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo deste tipo de medicamentos (20,4% através de prescrição médica e 1,4% sem prescrição) e 13,7% tinha consumido nos últimos 12 meses. Estes consumos são bastante superiores no sexo feminino; contudo, o consumo de medicamentos sem prescrição médica (bastante mais residual) predomina no sexo masculino. As prevalências do consumo recente (últimos 12 meses) aumentam gradualmente à medida que se avança nas etapas do ciclo de vida, atingindo os valores máximos de 21% e de 24% nos grupos etários dos 55-64 anos e 65-74 anos (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

De uma forma geral, entre 2007 e 2012, a tendência da evolução do consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa entre os 15-64 anos é para uma redução ou uma estabilização dos consumos, não obstante poderem ser observadas algumas subidas pontuais no caso de alguns indicadores (como por exemplo, no caso da prevalência do consumo de medicamentos ao longo da vida) ou de alguns subgrupos específicos (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Importa, no entanto, referir que outros estudos realizados em contextos específicos, nomeadamente escolares e recreativos, apontam para prevalências e padrões de consumo de substâncias psicoativas mais preocupantes em determinadas etapas do ciclo de vida, designadamente na dos 15-24 anos, evidenciando mesmo tendências de agravamento de alguns consumos nos últimos anos (Calado & Lavado, 2010; Feijão, Lavado & Calado, 2012; Guerreiro, Costa & Dias, 2013).

Por outro lado, e ainda a propósito dos padrões de consumo nesta etapa do ciclo de vida, é de assinalar que, entre os utentes que procuraram tratamento em 2011 nas Unidades de Desabituação (UD) e nas Comunidades Terapêuticas (CT) públicas, as idades médias do início dos consumos abusivos de substância ilícitas, álcool e benzodiazepinas se situavam entre os 16

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

e 23 anos (SICAD, 2013). Igualmente, no âmbito das contraordenações por consumo de substância ilícitas, cerca de metade dos indivíduos com processos abertos nas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) relativos às ocorrências de 2011 pertenciam à faixa etária dos 16 aos 24 anos (IDT,IP, 2012).

É de assinalar ainda que se tem assistido em Portugal a um decréscimo no recurso à via endovenosa para consumo (IDT,IP, 2012), acompanhando a tendência europeia (EMCDDA, 2013).

No que reporta a problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas, segundo os resultados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2012 (INPG, 2012), e com exceção para a heroína, mais de metade dos consumidores das outras substâncias psicoativas declara nunca ter tido consequências adversas do consumo (Balsa, Vital & Urbano, 2013). No entanto, os inquéritos realizados à população geral têm como limitação a sub-representação de subgrupos populacionais com consumos mais problemáticos e com um maior índice de exclusão social.

De entre os problemas associados a padrões mais problemáticos de consumo de substâncias destacam-se, neste âmbito, alguns indicadores de morbidade e mortalidade.

No quadro do reconhecimento de problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas e conseqüente procura de tratamento, verifica-se que, em 2011, o número de utentes integrados na rede pública de tratamento de substâncias ilícitas e/ou álcool foi de 45.863 em ambulatório (38.292 atendidos nos Centros de Respostas Integradas (CRI) e 7.571 nas Unidades de Alcoologia (UA)), sendo o número de admitidos no ano de 10.373, distribuindo-se por 8.492 nos CRI (5.960 pela primeira vez inscritos nestas estruturas do IDT,IP, dos quais 36% admitidos por problemas ligados ao álcool e 38% pelo consumo de substâncias psicoativas ilícitas) e 1.881 nas UA. Na rede pública e convencionada, o número de internamentos foi de 3.142 em Comunidades Terapêuticas (CT), 1.804 em Unidades de Desabituação (UD) e 811 nas UA. Em contexto prisional, cerca de 1.184 reclusos iniciaram programas farmacológicos (503 da responsabilidade do Estabelecimento Prisional e 681 em articulação com o IDT,IP) e 223 reclusos estiveram inseridos em Unidades Livres de Drogas. Por sua vez, em 2011, o número de utentes sem enquadramento socio familiar de estruturas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) apoiadas pelo IDT,IP foi de 12.550.

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

A grande maioria dos utentes integrados nestas estruturas de tratamento e de RRMD são do sexo masculino (de um modo geral, acima dos 80%). Considerando as etapas do ciclo de vida e respetivos períodos críticos, as modas e médias de idades dos utentes destas estruturas situam-se na faixa etária dos 35-44 anos, com a média etária dos utentes com problemas relacionados com o consumo de substância ilícitas tendencialmente próxima do extremo inferior e a dos utentes com Problemas Ligados ao Álcool (PLA) próxima do extremo superior. Com efeito, a procura de tratamento no caso dos utentes com PLA acima desta faixa etária, e em particular entre os 45-54 anos, é também bastante relevante e significativamente superior do que nos utentes com problemas relacionados com o consumo de substância ilícitas (IDT,IP, 2012; IDT,IP, 2012a; SICAD, 2012).

Em relação a doenças infecciosas, e no âmbito das notificações da infeção VIH/SIDA, mantém-se a tendência decrescente da proporção de casos associados à toxicod dependência nos vários estádios da infeção (38% do total acumulado de notificações de infeção pelo VIH a 31/12/2012), bem como a diminuição contínua ao longo da última década do número de novos casos diagnosticados com VIH associados à toxicod dependência. A 31/12/2012, a proporção de notificações de casos diagnosticados recentemente (últimos 3 anos) com infeção VIH ou com SIDA e atribuídos ao consumo injetável de droga no conjunto dos casos diagnosticados nesse período era de 12% e 21% respetivamente².

Nas estruturas de tratamento da dependência das redes pública e privada licenciada, de um modo geral, verifica-se uma tendência de decréscimo nos últimos anos dos valores de positividade nos rastreios de diversas doenças infecciosas, em particular do VIH (entre 2% e 10% em 2011) e Hepatite C (VHC+) (entre 20% e 47% em 2011), sendo estes valores bastante mais elevados em subgrupos com consumos endovenosos. Mais residuais são os valores de positividade para a Hepatite B (AgHBs+) (entre 1% e 3% em 2011) e Tuberculose (valores iguais ou inferiores a 1%). A comorbilidade infecciosa mais comum nestas populações é a do VIH+ e VHC+, verificando-se que a grande maioria dos infetados pelo VIH são também positivos para o VHC. Os dados disponíveis sobre o tratamento com antirretrovirais apontam para valores aquém do desejável, variando em 2011 entre 30% e 63% dos seropositivos nas diferentes estruturas (valores mínimo e máximo respetivamente nos utentes das UD e CT). Para cada uma das doenças infecciosas mencionadas, os valores de positividade entre os utentes das UD e

² Informação *ad hoc* disponibilizada pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA).

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

CT públicas ou privadas licenciadas é, em 2011, sempre superior na faixa etária dos 35 aos 44 anos, embora também com valores significativos nas faixas etárias dos 25 aos 34 anos e dos 45 aos 54 anos (IDT,IP, 2012; SICAD, 2013).

Relativamente à comorbilidade psiquiátrica (existência de outras psicopatologias para além dos transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas), entre os utentes das UD e CT públicas verifica-se que as psicopatologias diagnosticadas mais comuns são os Transtornos do Humor (com prevalências em 2011 na ordem dos 21% e 3% dos utentes das CT e das UD) e os Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto (com prevalências em 2011 na ordem dos 16% e 6% dos utentes das CT e das UD), seguindo-se-lhes de forma mais residual a Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes (com prevalências em 2011 na ordem dos 5% e 1% dos utentes das CT e das UD) e os Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados com o Stress e Transtornos Somatoformes (com prevalências em 2011 na ordem dos 2% e 1% dos utentes das CT e das UD). Embora estas psicopatologias sejam as mais comuns, quer se trate de utentes com problemas de consumo de substância ilícitas quer de álcool, as respetivas prevalências variam em função desta tipologia de utentes (SICAD, 2013).

No que respeita às mortes relacionadas com o consumo de substância ilícitas em Portugal, verificou-se uma tendência para o decréscimo em 2010 e 2011. Segundo as estatísticas nacionais de mortalidade do Instituto Nacional de Estatística, IP (INE,IP), em 2011 ocorreram 6 mortes causadas por dependência de substância ilícitas (Lista Sucinta Europeia); já de acordo com o critério do OEDT, registaram-se 10 casos de mortes relacionadas com o consumo de substância ilícitas. Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade do Instituto Nacional de Medicina Legal, IP (INML, IP), em 2011, dos 157 óbitos com resultados toxicológicos positivos (substâncias ilícitas) *post-mortem* e com informação sobre a causa de morte, 19 casos foram considerados *overdoses*. Nestas *overdoses* foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar em associação com as substâncias ilícitas, as *overdoses* com a presença de álcool (37%) e benzodiazepinas (42%). A idade média das vítimas destas *overdoses* era de 38 anos, ocorrendo as mesmas sobretudo nas faixas etárias dos 35 aos 44 anos (47% dos casos) e dos 25 aos 34 anos (27% dos casos). A ocorrência de *overdoses* em idades inferiores a 25 anos é residual (IDT,IP, 2012).

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

Esta informação pode ainda ser complementada com os dados relativos a notificações de mortes recentes (últimos 3 anos) de casos com SIDA atribuídos ao consumo injetável de droga: a 31/12/2011, a proporção destes casos relativamente ao total de notificações de mortes recentes (últimos 3 anos) de casos com SIDA era de 47,5%³.

No âmbito do consumo nocivo de álcool, em 2011, ocorreram 3.163 episódios de internamento por GDH⁴ 202 (cirrose e hepatite alcoólica) em Portugal Continental, de entre os quais, 218 resultaram em óbito. Neste ano, verificou-se que os episódios de internamento tendem a aumentar ao longo do ciclo de vida, atingindo um valor máximo de 868 utentes entre os 50-59 anos, idade a partir da qual se assiste a um progressivo decréscimo no número de casos. Apesar de não serem as faixas etárias em que ocorre um maior número de internamentos, é de destacar, pelo grau de precocidade, a ocorrência de 12 internamentos de crianças com menos de 9 anos e de 16 pessoas de 20-29 anos⁵. Com efeito, segundo os dados do INE, IP, a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos em Portugal Continental foi de 12,7‰ em 2011, sendo cerca de seis vezes superior no sexo masculino comparativamente ao feminino. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), as doenças atribuíveis ao álcool são uma das 10 principais causas de mortalidade prematura entre os homens em Portugal Continental (DGS, 2012).

No contexto rodoviário, de acordo com os dados do INML, IP, o número de vítimas mortais em acidentes de viação com uma Taxa de Álcool no Sangue (TAS) igual ou superior a 0,5 g/l tem vindo a decrescer nos últimos anos no país, registando-se um valor de 193 casos em 2012. O número de condutores vítimas mortais de acidentes de viação foi superior na faixa etária dos 35 aos 49 anos (33 casos), embora com valores próximos na faixa etária precedente (25 vítimas tinham entre 25 e 34 anos) e na seguinte (28 vítimas tinham 50 anos ou mais) (INML, IP, 12 de Junho de 2013).

Ainda relativamente às vítimas mortais em acidentes de viação, são de referir alguns dos resultados do projeto europeu DRUID - *Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*. Entre os condutores mortos, as substâncias ilícitas mais prevalentes em Portugal foram a *cannabis* (4,2%) e a cocaína (1,4%), tendo sido nulas as prevalências de consumo de

³ Informação *ad hoc* disponibilizada pelo INSA.

⁴ Grupos de Diagnósticos Homogéneos.

⁵ Informação *ad hoc* disponibilizada por Direção Geral de Saúde/ Administração Central do Sistema de Saúde.

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

opiáceos ilícitos e de anfetaminas. Foram particularmente preocupantes as prevalências de consumo de álcool (cerca de 45% para uma TAS $\geq 0,1$ g/L, e cerca de 35% para uma TAS $\geq 0,5$ g/L), considerando que uma das principais conclusões do estudo foi a de que o risco relativo de acidente e de lesão do condutor aumenta drasticamente com o aumento da TAS, sobretudo acima de 1,2 g/L. Em relação ao consumo de álcool, Portugal apresentou a prevalência mais elevada entre os 4 países do estudo (Dias, 2012).

Os problemas de saúde aqui referidos a título exemplificativo, são apenas alguns dos inúmeros problemas (relacionais, sexuais, delinquência, etc) associados a padrões mais problemáticos de consumo de substâncias psicoativas.

Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substâncias Psicoativas:

Relativamente aos CAD sem Substâncias Psicoativas, considera-se ser relevante dar destaque ao fenómeno do jogo. O jogo é uma problemática com uma história recente em termos de definição de políticas de saúde a nível europeu, sendo a evidência sobre as suas diversas vertentes esparsa e de alguma forma incoerente, fruto da utilização de delimitações conceptuais distintas. Como tal, considera-se pertinente efetuar um enquadramento relativamente aos termos e categorias utilizados neste documento, referentes essencialmente ao fenómeno do *gambling*, traduzido por alguns autores (Lopes, 2009; Balsa, Vital & Urbano, 2013, 2013a) como “jogo a dinheiro” e por outros apenas como “jogo” (Hubert & Griffiths, 2013). A sua definição foi recentemente consensualizada por um grupo de especialistas no âmbito do programa europeu *Alice-Rap*:

“Apostar um determinado valor material num evento com resultado incerto, reunidas as seguintes características: (a) estão envolvidas duas ou mais partes (em que uma pode ser uma organização); (b) o resultado é determinado apenas por ou predominantemente pelo acaso e não pela competência e (c) o termo inclui todas as formas, seja de base territorial ou interativa/online, lotarias, apostas ou jogos (roleta, poker, etc)” (Bühringer, Braun, Kräplin, Neumann & Slecza, 2013, p. 2).

No que diz respeito à identificação de problemas e sua severidade, os dados que se apresentam neste documento sustentam-se no instrumento *South Oaks Gambling Screen*

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

(SOGS), já aferido para a população portuguesa por Lopes (2008) e baseado inicialmente nos critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III) quanto a esta problemática.

A partir deste instrumento, é possível efetuar uma classificação dos jogadores em três níveis, um referente a ausência de problemas⁶ e os dois seguintes em que são identificados problemas mas segundo distintos níveis de severidade, em que o nível superior de severidade é o que configura os critérios de perturbação estipulados pelo DSM⁷. Estes níveis de severidade espelham o que se tem considerado como um contínuo com diversos estadios entre o jogo enquanto elemento de lazer ou profissional e o jogo enquanto perturbação com significado clínico⁸. Sem perder de vista o panorama geral relacionado com o jogo, a proposta de atuação no que concerne aos jogadores concretos incide nos últimos estadios deste contínuo.

A discussão internacional sobre esta problemática refletiu-se também em alterações no DSM-V, recentemente publicado, ao nível dos termos utilizados (o termo anterior, “jogo patológico”, passa no DSM-V a ser “perturbação relacionada com o jogo”⁹) e no próprio enquadramento do fenómeno nas perturbações mentais (transitando do capítulo de “perturbações do controlo dos impulsos não classificadas noutra parte” para o capítulo das “perturbações aditivas e relacionadas com substâncias”).

O jogo, no seu sentido amplo¹⁰, é uma prática transversal a todas as sociedades, tendo sobretudo uma dimensão de lazer. Também na sua vertente que envolve a alocação de dinheiro é um fenómeno com uma elevada expressão, ainda que variável entre países europeus (prevalências de 40% a 80% no último ano, segundo Griffiths, 2010).

A probabilidade de um indivíduo desenvolver problemas relacionados com o jogo resulta da conjugação de fatores individuais (posição no ciclo de vida, designadamente jovens, sexo

⁶ “Sem dependência” segundo Lopes (2009), “recreativo” segundo Hubert & Griffiths (2013) e “sem problemas” segundo Balsa, Vital & Urbano (2013, 2013a).

⁷ O nível inferior de severidade é designado por Lopes (2009) como “risco”, por Hubert e Griffiths (2013) como “abusivo” e por Balsa, Vital & Urbano (2013, 2013a) como “alguns problemas”. Uma vez que os estudos citados são anteriores à publicação do DSM V, utilizam as designações de “dependência” (Lopes, 2009), “jogador patológico” (Hubert & Griffiths, 2013) e “probabilidade de ser jogador patológico” (Balsa, Vital & Urbano, 2013, 2013a) para o nível superior de severidade.

⁸ <http://gambling.dronet.org>.

⁹ Tradução livre de “*gambling disorder*”.

¹⁰ A dinheiro e sem ser a dinheiro.

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

masculino, determinadas características neurocognitivas, emocionais, de personalidade, presença de abuso de substâncias, por exemplo), familiares (existência de membros da família com problemas com o jogo e/ou substâncias, relações familiares frágeis, educação parental permissiva ou inconsistente, atitude positiva relativamente ao jogo, por exemplo), do grupo de pares (atitude positiva e práticas do grupo favoráveis ao jogo) e ambientais (disponibilidade e acesso a jogos, fracas condições sociais, atitude positiva da sociedade relativamente ao jogo, estruturas de apoio social e de saúde inadequadas, regulamentação inconsistente ou inexistente relativamente à promoção do jogo ou o controlo e repressão do jogo ilegal, por exemplo),¹¹ pelo que uma estratégia dirigida à prevenção e tratamento destes problemas deve ser multidimensional.

Neste sentido, Bühringer et al. (2013) propõe uma categorização de três ordens de fatores de risco: fatores individuais, fatores sociais e características do jogo (velocidade, dimensão das apostas, ganhos e perdas, atratividade, por exemplo).

Neste domínio, não existem, ainda, dados epidemiológicos comparáveis entre Estados Membros, fruto da utilização de conceitos diferentes e de metodologias distintas de recolha e análise de dados. Tendo em consideração estas limitações, é possível indicar que a prevalência de perturbação relacionada com o jogo (DSM-V) a nível europeu se situará, aproximadamente, no intervalo de 0,1% a 0,8% para a população adulta geral. Uma percentagem adicional de aproximadamente 0,1% a 2,2% demonstra um potencial envolvimento em jogo problemático, que não configura ainda a perturbação mencionada (Bühringer et al., 2013).

A prevalência de dependência de jogo a dinheiro em Portugal é idêntica à da generalidade dos países Europeus, e a incidência é também previsivelmente similar (Lopes, 2009).

Existe um défice de conhecimento em Portugal relativamente aos fenómenos de dependência de jogo a dinheiro, particularmente entre os novos focos de preocupação, como sejam os jovens de 14-18 anos (ou 12-18 anos) e grupos de doentes (Lopes, 2009).

Em 2012, a prevalência de jogadores a dinheiro na população portuguesa entre os 15 e 74 anos era de 66%, sendo esta superior entre os homens (74%) do que nas mulheres (58%). De entre um conjunto alargado de jogos realizados no país (totobola, totoloto, lotarias, jogos de

¹¹ <http://gambling.dronet.org>.

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

cartas, raspadinha, euromilhões, jogos de dados, etc), o euromilhões era claramente o mais jogado (62%), seguido do totobola ou totoloto (32%) e outras lotarias (18,3%) (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

No que diz respeito à avaliação da dependência de jogos a dinheiro (aferida através do SOGS), 0,6% da população portuguesa (15-74 anos) pode ter problemas com o jogo¹², sendo que metade (0,3%) apresenta uma probabilidade de ser jogador patológico. Estas prevalências são superiores entre os homens (0,9% / 0,5%) do que entre as mulheres (0,3% / 0,1%) (Balsa, Vital & Urbano, 2013). Quanto às etapas do ciclo de vida e respetivos períodos críticos, importa considerar de forma distinta as situações de ter apenas alguns problemas com o jogo e a probabilidade de ser jogador patológico, com vista a identificar o tipo de intervenção mais adequada. Assim, verifica-se que os portugueses entre os 25-34 anos e 35-44 anos apresentam as prevalências mais elevadas (0,5%) de ter alguns problemas com o jogo, sendo que são os portugueses das faixas etárias dos 45-54 anos e 65-74 anos que apresentam uma maior probabilidade de serem jogadores patológicos (respetivamente 0,6% e 0,7%) (Balsa, Vital & Urbano, 2013a).

Relativamente ao jogo em linha (*online*), em Portugal, dados de 2008 revelam que as prevalências de jogadores de apostas *online* (*bwin*) e de outros jogos *online* são ambas inferiores a 2,5% (para uma amostra de 1.824 respondentes). No entanto, entre os jogadores, a percentagem de dependentes é, também para ambos os casos, superior a 15% (Lopes, 2009). Num estudo posterior, de 2011, com 1.599 jogadores, de entre os quais, 959 jogadores *online*, a prevalência de jogo patológico online identificada foi de 18% (Hubert & Griffiths, 2013).

Neste último estudo, representativo dos jogadores patológicos em Portugal, verificou-se que maioritariamente estes são do sexo masculino (76%), com uma idade média de 35 anos, com um nível de escolaridade igual ou superior ao 12º ano (79%), trabalham (71%), têm um rendimento anual igual ou inferior a 60.000€/ano, estão envolvidos numa relação (71%), não têm filhos (66%) e residem em contexto urbano (75%). Metade destes jogadores são sobretudo jogadores *online* e a outra metade, *offline*, realçando-se neste estudo a tendência para haver cada vez mais jogadores patológicos mistos, que apostam em ambos os modos. Neste estudo, os autores concluem que existe um contínuo de risco em ambos os modos, sendo este mais rápido e intenso no modo *online*. A constatação de um risco de danos

¹² O que inclui os dois níveis de severidade: “alguns problemas” e “probabilidade de ser jogador patológico”.

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

superior nos jogadores patológicos *online* está relacionada com os resultados mais elevados nos fatores de risco das características situacionais e estruturais destes jogadores.

Em termos das características individuais, destaca-se a idade como um dos principais fatores diferenciadores entre estes tipos de jogadores patológicos. Com efeito, a maioria dos jogadores patológicos *online* (53,8%) têm idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos, enquanto a maioria dos jogadores patológicos *offline* têm idades acima dos 35 anos (56,1%). É significativamente superior o peso dos jogadores patológicos *online* nos grupos etários dos 16-20 anos (17,0%, face a 2,3% dos jogadores patológicos *offline*) e 21-25 anos (19,3%, face a 9,9% dos jogadores patológicos *offline*). Em contrapartida, é significativamente superior o peso dos jogadores patológicos *offline* nos grupos acima dos 45 anos (29,8%, face a 9,3% nos *online*). Na faixa etária dos 31-35 anos as percentagens são muito semelhantes entre os dois tipos de jogadores (Hubert & Griffiths, 2013).

Importa assinalar também que entre os dependentes de jogo constata-se uma importante comorbilidade com outras dependências, designadamente de bebidas alcoólicas, assim como outros problemas de saúde mental como a depressão e suicídio (Lopes, 2009).

Mercados de drogas ilícitas:

Atualmente, os mercados de drogas ilícitas apresentam, mais do que nunca, um elevado dinamismo, em grande parte devido à globalização e à evolução das tecnologias de informação, que criam novas interconexões entre os domínios da procura e da oferta de drogas, e novos desafios a um ritmo crescente (EMCDDA, 2013).

As tendências de evolução dos mercados baseadas em indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, são influenciadas por diversos fatores, designadamente os níveis de atividade de aplicação da lei e a eficácia das medidas de combate ao tráfico (EMCDDA, 2013).

Em Portugal, as tendências recentes expressas através de diversos indicadores no domínio da oferta de drogas ilícitas, enquadram-se de um modo geral, nas tendências europeias.

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

Tendo em consideração as grandes oscilações anuais na evolução de alguns indicadores no domínio da oferta de drogas ilícitas, optou-se nestes casos por fazer uma análise do último quadriénio como a situação atual de partida para o planeamento deste ciclo estratégico.

Em Portugal, de um modo geral, a tendência registada no número de apreensões e de quantidades apreendidas de drogas ilícitas é de aumento ao longo da última década, embora a nível de determinadas substâncias se tenha verificado evoluções contrárias. Com efeito, as tendências manifestadas na década anterior evidenciaram aumentos nos números de apreensões e de quantidades confiscadas de cocaína, de haxixe e de liamba na segunda metade da década comparativamente à primeira metade, contrariamente às descidas verificadas no caso da heroína e do *ecstasy* (IDT,IP, 2012; Polícia Judiciária, 2013).

A análise do ocorrido no último quadriénio permite identificar algumas oscilações anuais, mas aquelas tendências mantêm-se para a generalidade das substâncias.

A maioria das apreensões efetuadas em Portugal está relacionada com a *cannabis*, refletindo a elevada prevalência de consumo na população. No último quadriénio, a tendência é de aumento do número de apreensões (acima da média dos anos anteriores) e diversificação da oferta de produtos de *cannabis*. Apesar de se manter o predomínio de apreensões de haxixe (entre 2009 e 2012 foram efetuadas 12.598 apreensões, num total de cerca de 90,7 toneladas), a *cannabis* herbácea tem vindo a ganhar visibilidade crescente no mercado, registando-se no último quadriénio os números de apreensões mais elevados da última década. Eventualmente também poderá existir uma maior disponibilidade de produção interna, tendo em consideração o aumento das apreensões de plantas de *cannabis* (entre 2009 e 2012 foram efetuadas 1.218 apreensões de plantas de *cannabis*, num total de 27.547 plantas). Por outro lado, a disponibilidade de agonistas dos recetores canabinóides sintéticos no mercado ilícito poderá acrescentar uma nova dimensão ao mercado da *cannabis*.

As apreensões de cocaína ganharam maior visibilidade sobretudo desde 2005, tornando-se a segunda substância com maior número de apreensões, refletindo uma vez mais as prevalências de consumo na população portuguesa. A cocaína mais apreendida em Portugal é a cocaína em pó/ hidrócloridrato, sendo mais residuais as apreensões de cocaína-crack e folhas de coca. Entre 2009 e 2012 foram efetuadas 5644 apreensões de cocaína, num total de cerca de 13,6 toneladas. É a substância com maior número de apreensões de quantidades

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

significativas¹³ em território nacional (21% do número de apreensões e 99,8% das quantidades apreendidas de cocaína em 2012), e de apreensões que têm como destino final outros países, nomeadamente europeus, funcionando Portugal como ponto de trânsito na rota de tráfico dos países produtores para o continente europeu. Existem, no entanto, indícios recentes a nível de alguns países europeus de uma maior diversificação destas rotas de tráfico.

A tendência de declínio das apreensões de heroína registadas ao longo da última década, quer em número de apreensões, quer de quantidades apreendidas, foi quebrada por um pico pontual em 2009 e 2010, com nova inflexão negativa nos últimos dois anos. A heroína castanha é a mais apreendida em Portugal, sendo mais residual a heroína branca. Entre 2009 e 2012 foram efetuadas 5077 apreensões de heroína, num total de 313 quilos. Em contrapartida, têm aumentado também as apreensões de outros opiáceos no mercado nacional, nomeadamente de ópio, metadona e buprenorfina.

As apreensões de estimulantes sintéticos continuam ainda a ser residuais. As apreensões de *ecstasy* continuam a ser as mais expressivas no quadro dos estimulantes sintéticos, existindo indícios recentes de um ressurgimento do mercado de *ecstasy*, embora aquém dos níveis registados entre 2001 e 2006. Com efeito, após o decréscimo contínuo das apreensões de *ecstasy* desde 2005, verifica-se uma inflexão a partir de 2010, com um aumento muito significativo das quantidades apreendidas em 2012. A nível europeu, também se constatou em 2007 uma inflexão negativa destas apreensões, atribuída ao reforço dos esforços na apreensão de precursores e pré-precursores químicos usados no fabrico de MDMA e ao baixo grau de pureza do “*ecstasy*” vendido, constatando-se também recentemente em vários países europeus um ressurgimento deste mercado com a disponibilidade de MDMA com um elevado grau de pureza. Em Portugal, as análises efetuadas pelo Laboratório de Polícia Científica/Polícia Judiciária a comprimidos de MDMA em “amostras de rua”, também evidenciam um aumento do grau de pureza entre 2010 e 2012. É de destacar ainda a quantidade apreendida de mefedrona em 2012 (81,8 Kg.), o que poderá indiciar a tendência manifestada recentemente em alguns países europeus de disponibilidade desta substância no mercado ilícito e com uma elevada procura, sendo assinalada como um exemplo raro de transição de novas substâncias psicoativas para o mercado ilícito.

¹³ De acordo com o critério das Nações Unidas.

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

Por último, são de destacar também as quantidades atípicas apreendidas de selos de LSD em 2010 e 2011 (respetivamente 30.038 e 30.503 selos).

No âmbito do tráfico internacional, o posicionamento geoestratégico de Portugal é relevante em matéria de fluxos de tráfico de droga, embora o país não funcione como sede da maior parte das organizações criminosas ligadas ao tráfico de droga (Ministério da Administração Interna, 2012). As tendências no último quadriénio, em termos de principais países de proveniência das drogas apreendidas no país, foram Marrocos e Espanha no caso do haxixe, a Holanda e a Espanha a nível da heroína e do *ecstasy*, e vários países da América do Sul (com especial destaque do Brasil) a nível da cocaína (IDT,IP, 2012; Polícia Judiciária, 2013).

Ainda no contexto dos mercados de drogas a nível nacional, são de referir alguns indicadores sobre a facilidade percebida de acesso a algumas substâncias. Verifica-se que, em 2011, entre os jovens de 15-24 anos, 49% consideravam relativamente fácil ou muito fácil aceder a cannabis (se desejado), num período de 24 horas. Esta era a perceção de 23% dos jovens relativamente à cocaína, 22% relativamente ao *ecstasy* e 18% relativamente à heroína. Comparando com a média europeia, constata-se que os jovens portugueses desta idade têm uma perceção de facilidade de acesso inferior relativamente à cannabis (média europeia de 57%), semelhante no que diz respeito ao *ecstasy* e cocaína (média europeia de 22%) e superior relativamente à heroína (média europeia de 13%) (*The Gallup Organization*, 2011).

A aplicação da legislação nacional em matéria de drogas ilícitas pelas entidades com atribuições em matéria do controlo, fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico ilícito de estupefacientes, com o objetivo fundamental de reduzir a disponibilidade das drogas, resultou em 2012, na identificação de 6.206 presumíveis infratores, 42% como presumíveis traficantes e 58% como presumíveis traficantes-consumidores, registando-se no último quadriénio os valores anuais mais elevados desde 2002¹⁴.

Por outro lado, no quadro jurídico das contraordenações por consumo de drogas, em 2011 foram instaurados 6.898 processos relativos às ocorrências no ano, registando-se no último quadriénio os valores mais elevados da década (IDT,IP, 2012).

¹⁴ Dados do SICAD, não publicados.

ENQUADRAMENTO EPIDEMIOLÓGICO - GERAL

No âmbito das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga, em 2011 registaram-se 1.878 processos-crime findos envolvendo 2.759 indivíduos, tendo sido condenados 2.404 indivíduos na sua maioria por tráfico (82%). No último quadriénio constata-se uma ligeira tendência de aumento do número de processos, assim como do número de indivíduos acusados e condenados nesta matéria. A 31/12/2012 estavam em situação de reclusão 2.252 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, na sua grande maioria condenados por tráfico. Constata-se nos últimos quatro anos uma estabilidade no número de reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga, sendo de assinalar um aumento registado em 2012¹⁵.

As infrações à legislação nacional em matéria de drogas ilícitas, constituem apenas uma parte da “criminalidade associada à droga”, denominada, segundo uma proposta de tipologia apresentada pela Comissão Europeia ao Conselho da UE (OEDT, 2007), de *crimes sistémicos* (no contexto do funcionamento dos mercados de substâncias ilícitas), existindo também outros tipos de crimes como os *psicofarmacológicos* (cometidos sob a influência de substâncias psicoativas) os *económicos compulsivos* (cometidos para obter dinheiro ou drogas para o consumo), ainda pouco documentados a nível nacional e europeu.

A título exemplificativo dos inúmeros problemas criminais relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, refira-se que no último estudo representativo a nível nacional realizado em contexto prisional, se verificou que em 2007, 67% dos reclusos apresentavam motivos direta ou indiretamente associados ao consumo de drogas para a sua situação de reclusão (Torres, Maciel, Sousa & Cruz, 2009).

¹⁵ Informação *ad hoc* disponibilizada pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.