

Obrigada por ver esta apresentação
Gostaríamos de recordar-lhe que esta
apresentação é propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa
de Pediatria no contexto do 16º
Congresso Nacional de Pediatria, para
seu uso pessoal, tal como submetido pelo
autor

© 2015 pelo autor



16º Congresso Nacional de Pediatria

Albufeira 23.Outubro.2015

Despenalização do consumo de drogas leves

Álvaro Pereira MGF - AGS
Unidade de Desabilitação do Algarve / ARS Algarve

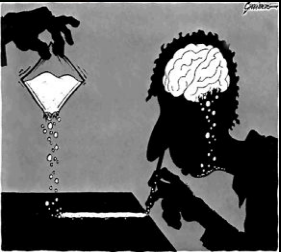
Sumário

- A actual Lei da Droga – porquê
 - implicações
 - resultados
- Introdução à discussão
 - do conceito de “***droga leve***”;
 - de despenalização do consumo



Respostas ao problema

- 1976 - Ministério da Justiça – criaram-se os **CEPD**, em Lisboa, Porto e Coimbra.
- Mais tarde, já na segunda metade dos anos 80 foi criado o **Projecto Vida** – e, pouco depois, os primeiros serviços na área da saúde – o **Centro das Taipas** (1987) primeiro, depois a unidade de **Olhão**, depois no **Porto**, depois outros.





8 anos depois

- mais de 100 000 heroinodependentes
- as mortes e a incidência da infecção por VIH-Sida associadas aos consumos sempre a crescerem
- como a crescer estava a marginalização dos consumidores e a criminalidade associada aos consumos
- As questões relacionadas com as drogas surgiam como o principal problema social do País (*Eurobarómetro de 1997*)



A génese da nova Lei da Droga

- 1998 - Comissão de Peritos elaboram um relatório que, com base na realidade, produz recomendações que dão corpo a uma estratégia nacional coerente e sustentada.
- Tal relatório é elaborado – e transformado numa **Estratégia Nacional de Luta contra a Droga** (1999) para um horizonte temporal de 1999-2004.

Começava um novo ciclo.



Princípios

Princípios basilares desta estratégia :

- ***Humanismo*** - colocar a pessoa que sofre como protagonista dum sistema de cuidados, assegurando a satisfação das suas necessidades enquanto doente.
- ***Pragmatismo*** - a realidade (social, científica) impõe-se ao pré-conceito, a prática fundamenta um novo paradigma.

Leis

- A Lei 30/2000 define um novo regime jurídico aplicável ao consumo de substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias.
- DL 130-A/2001 descriminaliza o consumo, aquisição ou posse de droga para consumo próprio.



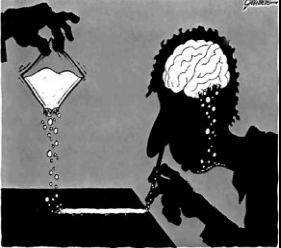


Novos dispositivos

- As Comissões para a Dissuasão da TD^a
- Reduzir a oferta – aumentar a repressão do tráfico
- Reduzir a procura – aumentar o esforço preventivo
- Aumentar a rede de cuidados terapêuticos e melhorar a sua qualidade
- Encontrar respostas nas áreas de diminuição de riscos e minimização de danos
- Encontrar novas respostas na área do Enquadramento Social.

Consequências da nova Lei

- A questão droga já não é a principal preocupação social dos portugueses – está num modesto 14º lugar.
- Portugal afinal não se transformou na “sala de chuto da Europa”
- Os **indicadores** mostram resultados positivos.

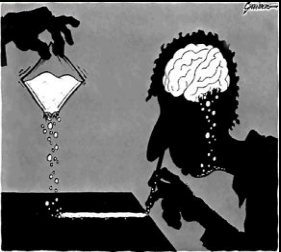




População Geral, Portugal (15-64 anos): Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%) - 2001, 2007 e 2012

<i>Grupo Etário</i>	<i>População total 15 – 64 anos</i>			<i>População jovem adulto 15 – 34</i>		
	<i>2001</i>	<i>2007</i>	<i>2011</i>	<i>2001</i>	<i>2007</i>	<i>2011</i>
<i>Tipo de droga</i>						
<i>Cannabis</i>	3,3	3,7	2,7	6,7	7,0	5,1
<i>Heroína</i>	0,2	0,3	< 0,1	0,3	0,4	< 0,1
<i>Cocaina</i>	0,3	0,6	0,2	0,6	1,2	0,4
<i>Anfetaminas</i>	0,1	0,2	< 0,1	0,1	0,4	0,1
<i>Ecstasy</i>	0,4	0,4	0,3	0,8	0,9	0,6
<i>LSD</i>	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4
<i>Cogumelos alucinogénicos</i>	---	0,1	0,1	---	0,3	0,2

Fonte: Balsa et al., 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI



Taxas de Continuidade do Consumo (%) 2001, 2007 e 2012

<i>Grupo Etário</i>	<i>População total 15 – 64 anos</i>			<i>População jovem adulto 15 – 34 anos</i>		
<i>Tipo de droga</i>	<i>2001</i>	<i>2007</i>	<i>2011</i>	<i>2001</i>	<i>2007</i>	<i>2011</i>
<i>Cannabis</i>	43,1	30,5	28,3	50,3	39,4	35,5
<i>Heroína</i>	26,2	24,0	7,3	28,2	34,6	12,5
<i>Cocaina</i>	34,1	32,2	18,3	46,2	41,4	31,2
<i>Anfetaminas</i>	13,2	20,0	7,8	19,4	29,2	19,0
<i>Ecstasy</i>	53,5	32,7	19,4	59,8	35,1	26,3
<i>LSD</i>	27,8	20,5	29,5	40,5	28,3	51,5
<i>Cogumelos alucinogénicos</i>	----	19,6	13,5	----	20,8	18,5

Fonte: Balsa et al., 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI



Idade de início de consumos 15-24 anos 2001, 2007 e 2012

Tipo de droga	15-24 anos – Início de consumos								
	2001			2007			2012		
	Média			Moda			Mediana		
Cannabis	16	16	18	16	18	16	17	16	17
Heroína	19	18	18	17	18	18	19	20	20
Cocaína	18	18	8	18	19	18	19	20	20
Anfetaminas	17	17	17	18	18	18	18	18	18
Ecstasy	17	18	18	18	18	18	18	17	18
LSD	18	18	18	18	18	18	20	21	21
Cogumelos alucinogénicos	---	---	---	19	17	18	19	17	19

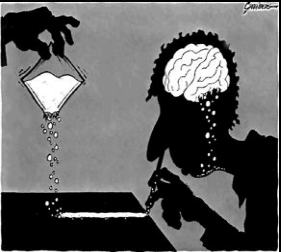
Fonte: Balsa et al., 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI



Prevalências de Consumo ao Longo da Vida (PLV) e Últimos 12 Meses (P12M) (%) - 2010, 2011 e 2012

Drogas	Cannabis		Cocaína		Anfetaminas		Ecstasy		LSD	
	PLV	P12M	PLV	P12M	PLV	P12M	PLV	P12M	PLV	P12M
Portugal 2012	9.4	2.7	1.2	0.2	0.5	0.0	1.3	0.3	0.6	0.2
Croácia 2012	15.6	5.0	2.3	0.5	2.6	0.8	2.5	0.4	1.4	0.3
Dinamarca 2010	32.5	5.4	4.4	0.9	6.2	0.7	2.1	0.3	1.3	0.1
Espanha 2011	27.4	9.6	8.8	2.3	3.3	0.6	3.6	0.7	---	---
Finlândia 2010	18.3	4.6	1.7	0.2	2.3	0.8	1.8	0.4	1.0	0.2
França 2010	32.1	8.4	3.7	0.9	1.7	0.2	2.4	0.2	1.7	0.2
Irlanda 2010/11	25.3	6.0	6.8	1.5	4.5	0.4	6.9	0.5	4.4	0.3
Polónia 2010	17.5	9.6	1.3	0.7	4.2	1.9	3.4	1.5	2.0	0.7

Fonte: Balsa et al., 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI



Condutores – prevalência de consumo de substâncias psicoactivas - 2008 e 2009

Tipo de substância	Portugal	Média Europa do Sul	Média Europa
Qualquer substância psicoactiva	9.99	14.48	7.43
Drogas ilícitas	1.57	4.52	1.89
Cannabis	1.38	306	1.32
Opiáceos ilícitos	0.15	0.19	0.07
Cocaína	0.03	1.23	0.42
Anfetaminas	0.0	0.04	0.08
Álcool (> 0.1g/l)	4.93	6.43	3.48
Medicamentos	2.84	1.66	1.38
Benzodiazepinas	2.73	1.30	0.90
Medicamentos opiáceos/opiíodes	0.11	0.36	0.35
Associações de medicamentos com álcool	0.42	1.01	0.37
Associações de medicamentos sem álcool	0.23	0.87	0.39

Fonte: Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al. 2011 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI



Notificações de Casos de infecção por VIH-Sida por ano de diagnóstico

Casos de Infecção VIH				
Ano	Total	Associados à Toxicodependência	Não associados à Toxicodependência	Não referido
1988	296	51	222	23
1998	2896	1645	1317	51
2003	2227	700	1483	44
2008	2050	365	1643	42
2013	1093	78	1003	12

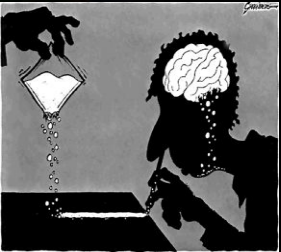
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI



Mortes por Overdose

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº	94	56	52	19	29	22

Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI



Consumo de Cannabis

A cannabis tem surgido sempre como a droga que apresenta as prevalências de consumo mais elevadas nos diferentes contextos e nas diversas etapas do ciclo de vida.

No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), entre 2007 e 2012 verificou-se uma descida das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e do consumo recente, tanto na população total (15-64 anos) como na jovem adulta (15-34 anos)

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, no contexto da procura de tratamento, a **cannabis** surgiu em 2013, pelo segundo ano consecutivo, como **a droga principal mais referida pelos novos utentes do ambulatório.**

Fonte: Relatório Anual 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências
SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS



Consumo de Cocaína

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos mostram que o consumo de cocaína tem vindo a ganhar maior visibilidade.

No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), a cocaína surgiu como **a terceira droga preferencialmente consumida** na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis, registando-se uma diminuição das prevalências de consumo em relação a 2007.

A cocaína surge uma vez mais como **a segunda droga principal mais referida pelos utentes** que em 2013 estiveram **em tratamento**

Fonte: Relatório Anual 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências
SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS



Consumo de Heroína

- Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, evidenciam que **o consumo de heroína tem vindo a perder relevância** comparativamente a outras drogas.
- Nos últimos anos, registou-se um inusitado aumento de pedidos de tratamento de doentes após vários anos de abstinência.
- Fruto da “crise” – dirão alguns - ou
será apenas a evidência da história natural da doença



Consumos em populações escolares

Os estudos realizados em populações escolares apresentam resultados consistentes a nível da amplitude das prevalências e das tendências de consumo, constatando-se em **2010 e 2011 subidas das prevalências de consumo**, o que aponta para a necessidade do reforço das medidas preventivas no futuro, com o expectável agravamento dos problemas relacionados com os comportamentos aditivos e dependências face à conjuntura de crise económica e social e ao crescente dinamismo dos mercados de substâncias ilícitas à escala global.



Referências

- Outros indicadores poderiam ser mostrados.
- Muitas referências internacionais
- **Global Commission on Drug Policy** (Kofi Annan, Richard Branson, Jorge Sampaio, George Schultz, Fernando Henrique Cardoso e outros 6 Presidentes de República - Chile, Polónia, Colômbia, México, Nigéria, Suíça – e outros mais) entende, e divulga, que a chamada “Luta contra a droga” não teve, não tem, nem terá sucesso e que a legislação portuguesa, sendo a mais sensata e com provas dadas, deveria ser fonte de inspiração para outros países.



Drogas leves

- Eu não sei o que são
- Diz-se que são as substâncias cujo consumo não causa danos ou causa danos menores e recuperáveis
- Cannabis, anfetaminas, sedantes e alguns analgésicos.
- Em Portugal: cannabis - **haxixe**



Drogas leves

- Cannabis – Erva – Marijuana, liamba, seruma, maconha
 - Resina – Haxixe
 - Óleo
- Diferentes concentrações do produto activo – THC
 - $\pm 4\%$ - 12-15% - 25-30%
- Os efeitos são dependentes da concentração do THC



Em Portugal quando se fala em drogas
leves, a substância em que se pensa é

Cannabis

e, particularmente, no

HAXIXE



Haxixe

- É a resina extraída das folhas da **Cannabis Sativa** fêmeas
- O principal componente psicoactivo é o **THC** (delta-9-tetrahydrocannabinol)
- Contem ainda mais de 500 outras substâncias, das quais mais de 100 são canabinóides.
- Alguns só ganham acção psicoactiva depois de aquecidos (cozinhados ou fumados) – transformam-se em THC.
- Outros – canabidiol – não são psicoactivos, mas contribuem para a resposta anti-inflamatória
- O THC mimetiza a anandamida, fixando-se aos receptores canabinóides e activando os neurónios.
- Mas os seus efeitos são mais potentes e de mais longa duração

Neuroscience, 2011; 181: 1-7

Current Drug Abuse reviews, 2009; 2: 51-75



Sistema Canabinóide Endógeno

- O consumo de haxixe interfere com o normal funcionamento do **Sistema Canabinóide Endógeno (SCE)**
- É o sistema fisiológico mais importante para a **manutenção da homeostase** – manter o meio interno estável apesar das flutuações do meio externo
- É formado por **receptores canabinóides** (CBR), **neurotransmissores** (Anandamida, 2-Arachidonil-glycerol, ...), **enzimas** para a síntese e degradação dos neurotransmissores e uma **proteína** transportadora da anandamida



Sistema Canabinóide Endógeno

Promove a **homeostase** em todos os níveis da vida biológica, do nível sub-celular ao grande complexo que é o organismo humano.

Um Ex.: **Apoptose** (morte celular programada) fundamental:

- No desenvolvimento embrionário (organogénese, no remodelamento de tecidos, na eliminação de estruturas)
- No corte do suprimento de hormonas estimuladoras
- Renovação de células lábeis ou com anormalidades
- Resposta imunológica a vírus
- Nas células fibrosas que dão origem ao cristalino
- Na eliminação de células anormais
- ...



Receptores Canabinóides

Receptores CB1-R – abundantes no cérebro, sobretudo no sistema mesocorticolímbico, medula e neurónios periféricos. Estão particularmente concentrados nos neurónios GABAérgicos (inibitórios) e nos neurónios glutaminérgicos (excitatórios).

Receptores CB2-R – localizados periféricamente (sistema imunitário, linfócitos B e T). Têm um efeito protector na auto-imunidade e na inflamação.



Neurotransmissores

- São os **Endocanabinóides**
 - **Anandamida**
 - **2-Araquidonilglicerol**
 - **Canabidiol, Canabigerol, Olivetol, ...**

Funções:

- Diminuição da sensibilidade aos estímulos dolorosos (*Pain. 2013. Suppl 1:587-93*)
- Controlo do movimento e inibição da memória de curto prazo (*Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2002; 66: 123-142*)
- Inibição da secreção da prolactina e da hormona de crescimento e aumento da secreção de ACTH (*J Clin Endocrinol Metab ; 86:2687-2696*)
- Efeitos ansiolíticos por acção sobre eixo hipotálamo-hipófise-supra renal (*Neuroreport; 8-491-496*)
- Aumento da frequência cardíaca, vasodilatação e broncodilatação (*Eur JPharmacol; 423:203-210; Nature; 408:96-101*)
- Inibição da secreção de testosterona, anovulação e relaxamento uterino (*Biochem Biophys Res Commun; 284:363-368*)
- Actividade antitumoral (*Nature Med ;8:547-550*)
- Neuroprotecção em situações de trauma e hipóxia (*Nature,; 413:527-531*)



Consumo de Haxixe – uso crónico - efeitos

- **Na Saúde Mental** - Dependem da dose, frequência de uso, concentração de THC, modo de administração
 - **Da simples euforia e relaxamento a ideação paranóide ou crise psicótica** – dependendo das características farmacogenéticas e da vulnerabilidade do consumidor (*NIDA, Research Report Series: Cannabis Abuse, 2010; Lancet, 2009; 374:1383-1391*)
 - **Funções executivas deficitárias** (processo de tomada de decisões), **memória** (incluindo a incapacidade de formar novas memórias e de ter falsas memórias) (*Molecular Psychiatry: 2015: 1-6*)
 - Associado a **sintomas psicóticos, esquizofrenia, ansiedade e depressão** (*Archives of General Psychiatry, 67(5); 440-447 ; Archives of General Psychiatry.2011;68*). **Duplica o risco de psicose e disfunção cognitiva** (*Neuropsychopharmacology 2012;37(7):1773-1783*)



Consumo de Haxixe – uso crónico - efeitos

- **Na Saúde Mental (cont)**

- **Baixos níveis de cortisol e ACTH** – responsáveis por **síndromas amotivacionais**, fraca capacidade para lidar com o **stress** (razão para “tratar” estes deficits com outras substâncias psicoactivas – álcool, heroína, BZD)

(European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2011. Jul.20)

- Associado a **abandono escolar** e subsequente **desemprego**, **estilo de vida abandonico**, **dependência de apoios sociais** e **insatisfação com a vida e com as relações afectivas**

(Addiction, 2008; 103:969-976)



Consumo de Haxixe – uso crónico - efeitos

- **Na Gravidez e RN** - *Journal of Perinatology: 2014;34(6)417-424*
- O Sist. Canabin. Endog. desempenha um papel crucial na manutenção e regulação da fase precoce da gravidez . A estimulação dos CB1-R perturba o crescimento fetal por inibição da proliferação citotrofoblástica
- Exposição *in utero* a cannabis pode perturbar o crescimento e o neurodesenvolvimento fetal, particularmente em termos de cognição e comportamento
- THC inibe a produção de gonadotrofinas, prolactina, Horm. de Crescimento e TSH – reduzindo a quantidade e a qualidade do leite materno.
- Cannabis – passa para o leite materno; em consumidoras regulares, a concentração de THC no leite materno pode ser 8 vezes superior à do plasma materno



Consumo de Haxixe – uso crónico - efeitos

- **Efeitos adversos**

- cardiovasculares
- respiratórios
- neurológicos
- saúde reprodutiva
- ...

- **Efeitos benéficos – utilização médica**

Existem – mas é necessário distinguir o que a planta oferece na sua totalidade e os seus vários constituintes; conhecer os riscos associados às diferentes formas de consumo.



Efeitos benéficos – utilização médica

- O fumo de cannabis tem muitos dos carcinogénios presentes no fumo do tabaco – expondo os pulmões a um fumo carcinogénico por um período de tempo maior.

(NIDA, Research Report Series:Cannabis Abuse, 2010)

- Alguns constituintes da Cannabis têm eficácia demonstrada
 - **Canabidiol** – tratamento de epilepsia infantil; da dor crónica neuropática e da espasticidade de doentes com Esclerose Múltipla; anti-emético; anti-inflamatório; anti-psicótico *(NIDA)*
 - **Dronabinol** – tratamento de náuseas e vômitos por quimioterapia; anorexia por sida e cancro; glaucoma; potencia analgesia opiácea
- **Utilização médica de canabinóides? Obviamente sim. Mas por razões medicamente comprovadas e usando substâncias com eficácia comprovada e sem efeitos adversos – como qualquer medicamento.**



Despenalização – argumentos a favor

- A História mostra que o Proibicionismo sempre falhou.
- Ineficácia da legislação
 - Não previne o uso disseminado
 - Potencialmente penaliza mais de 50% dos jovens
 - Discrimina negativamente certos grupos sociais
- Reduz os riscos e os danos dos consumidores
- Permite alocar recursos para outras áreas de intervenção
- Impacto mínimo nos consumos



Despenalização – argumentos contra

- Só é desejada por uma minoria
- Será irreversível uma vez decidida
- Estimula o uso “pesado” e continuado
- Contraria os Tratados Internacionais
- Tem pouco ou nenhum efeito no “mercado negro”
- Inconsistente – usar não é crime; cultivar e vender é crime.
- Simbolismo – implica aceitar que o consumo é seguro e aceitável



- Gostaria de ter sido isento na apresentação. Peço desculpa por não o ter sido.
- Mas, enquanto técnico de saúde, sobretudo porque o meu dia-a-dia está cada vez mais cheio de problemas relacionados com o uso de cannabis, cada vez mais graves e, admito-o com pesar, alguns sem *restitutio ad integrum* no futuro—**como é que cientificamente, eticamente, posso justificar o meu acordo com a despenalização, ou liberalização?**
- Enquanto cidadão ...

16º Congresso Nacional de Pediatria

Despenalização do consumo de drogas leves

Muito obrigado

Álvaro Pereira

ajpereira@arsalgarve.min-saude.pt

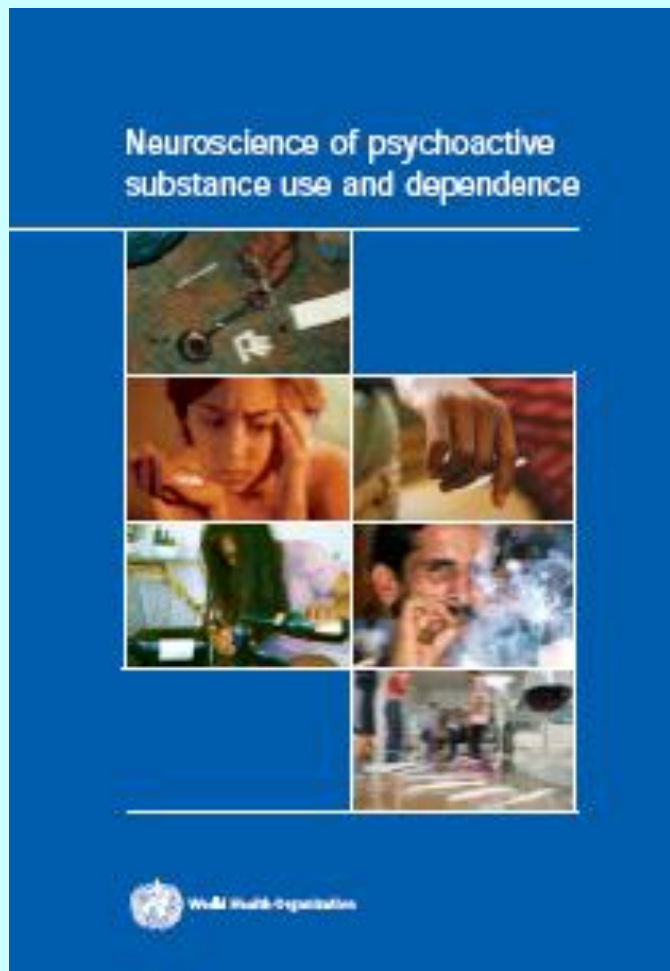




ADIÇÃO

“Neurociência do uso e dependência de substâncias psicoativas”

OMS 2004



ADIÇÃO

[www.who.int/entity/substance_abuse/
publications/en/Neuroscience_E.pdf](http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf)

“With recent advances in neuroscience, it is clear that dependence is as much a disorder of the brain as any other neurological or psychiatric illness.”

ADIÇÃO

"Não é uma falência da vontade ou uma perturbação do carácter ou um vício, mas uma doença médica que pode afectar qualquer pessoa."

"É uma doença crónica e recidivante, que com frequência afecta pessoas com outras doenças físicas e mentais."