



CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PARA USO NÃO TERAPÊUTICO

Ricardo Nuno Crespo dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

SETEMBRO 2013



CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PARA USO NÃO TERAPÊUTICO

Ricardo Nuno Crespo dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Orientação

Professor Doutor Helder Mota Filipe

Coorientação

Professora Doutora Custódia Fonseca

SETEMBRO 2013

Consumo de substâncias psicoativas para uso não terapêutico

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Ricardo Santos)

© Ricardo Santos

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

Terminada esta etapa que certamente será determinante para o meu futuro profissional, cabe-me agradecer profundamente à Universidade do Algarve pela formação de excelência e à cidade de Faro, por me permitir sentir-me em casa ao longo destes 5 anos.

Um especial agradecimento às Professoras Isabel Ramalinho, Ana Grenha, Custódia Fonseca e Vera Ribeiro, por acompanharem de perto o meu percurso académico e intervirem ativamente nas decisões académicas mais importantes dos alunos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade do Algarve.

Ao Professor Helder Mota, agradeço o apoio na realização desta dissertação, pela disponibilidade, assertividade e encorajamento quando no início tudo parecia não fazer sentido.

Deixo ainda um verdadeiro obrigado à Dra. Paula Vale de Andrade do Serviço de Informação nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e à Dra. Aurora Simón do Centro de Informação do Medicamento da Ordem dos Farmacêuticos, pelas informações que me fizeram chegar para a realização da dissertação.

Aos amigos de sempre, desculpo-me pela ausência de 5 anos e agradeço a receptividade sempre que havia um regresso a casa. Aos novos amigos, obrigado por me fazerem sentir poucas saudades de casa e por viverem comigo aventuras e desventuras. Em especial, à Sara Só, à Sara Pronto e ao Charneca por me aturarem mais do que os outros.

À Mãe, ao Pai e ao Irmão, devo toda a educação e valores transmitidos, que fazem de mim a pessoa trabalhadora que sou hoje. Obrigado por me ensinarem a lutar com devoção por aquilo em que acredito. À restante família obrigado pelo carinho de sempre.

Por fim, devo muito ao associativismo estudantil ativo que o Núcleo de Estudantes de Ciências Farmacêuticas da Universidade do Algarve e a Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia me proporcionaram, por me incutir um espírito ainda mais crítico e empreendedor.

Resumo

As substâncias psicoativas são agentes que provocam alterações ao nível do Sistema Nervoso Central, interferindo ao nível humoral e comportamental. Podem ter ação terapêutica, destacando-se os fármacos com ação nesse Sistema, embora sejam mais procuradas para efeitos recreativos, pelas suas propriedades estimulantes, depressoras ou alucinogénias.

Atendendo ao consumo destas substâncias para uso não terapêutico, têm maior expressão de consumo as substâncias psicoativas lícitas, como o tabaco, o álcool e os medicamentos, sendo o álcool o que apresenta maior prevalência de consumo.

Das substâncias psicoativas ilícitas verifica-se a existência de duas grandes categorias – as drogas ilegais e as novas substâncias psicoativas. As drogas ilegais correspondem a algumas substâncias compreendidas nas tabelas I a IV do anexo do Decreto-Lei n.º15/93, de 22 de janeiro, como a cannabis, a cocaína, as anfetaminas, o *ecstasy*, a heroína, o LSD e os cogumelos alucinogénios, sendo a cannabis a que apresenta maior prevalência de consumo. As Novas Substâncias Psicoativas, recentemente sujeitas a legislação própria pelo Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, correspondem a substâncias naturais ou sintéticas que, por não estarem inseridas nas tabelas referidas, eram até então legais, embora apresentem riscos tão ou mais prejudiciais que essas substâncias.

Em Portugal, vários documentos legislativos impõem um controlo de produção, venda, consumo e outras ações associadas às substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, para um maior controlo de acesso a estas substâncias e para combater o tráfico ilícito. É impreterível que esta legislação, fruto de diretrizes internacionais, seja frequentemente atualizada, para que acompanhe a realidade destas substâncias, nomeadamente a facilidade com que surgem Novas Substâncias Psicoativas.

O objetivo desta dissertação é explorar as substâncias psicoativas usadas para fins não terapêuticos, avaliar a sua prevalência de consumo, rever a sua legislação e destacar o papel do Farmacêutico, enquanto profissional de saúde, no combate ao seu uso indevido.

Palavras-chave: estupefacientes; *legal highs*; legislação portuguesa; psicotrópicos; substâncias psicoativas.

Abstract

Psychoactive substances are agents that alter the Central Nervous System, thus interfering in a humoral and behavioral level. They can have therapeutic action that stands out because of their stimulant, depressor and hallucinogenic properties, though their most searched because of their recreational effects.

Considering the consumption of these substances for non-therapeutic use, the illicit psychoactive substances such as tobacco, alcohol and drugs are the most wanted, being alcohol the most consumed.

These illicit psychoactive substances can be divided into two big categories - illegal drugs and new psychoactive substances. The illegal drugs are some of the substances comprehended in the tables I to IV from the attachment of Decree-Law n° 15/93, of January 22nd, such as cannabis (most consumed), cocaine, amphetamines, ecstasy, heroin, LSD and hallucinogenic mushrooms. New psychoactive substances, recently subjected to its own legislation by the Decree-Law n.º 54/2013, of April 17th, correspond to natural or synthetic substances that, because they are not inserted on the referred tables, were till then legal, though they present the same harmful risks or even worse than illegal drugs.

In Portugal, several legislative documents demand control of production, selling, consumption and other actions associated to legal and illegal psychoactive substances, in order to control the access to this substances and to fight illicit traffic. It is crucial that this legislation, resultant of international guidelines, is frequently updated so that it follows the reality of these substances, namely the facility with which New Psychoactive Substances appear.

The objective of this dissertation is to explore the psychoactive substances used for non-therapeutic purposes, evaluate their consumption, review their legislation and highlight the role of the Pharmacist as a health professional fighting their inappropriate use.

Key-words: narcotics; legal highs; Portuguese legislation; psychotropic; psychoactive substances.

Índice

| | |
|---|-----|
| Índice de Figuras | X |
| Índice de Tabelas | XI |
| Lista de abreviaturas..... | XII |
| Introdução | 1 |
| 1. Sistema Nervoso Central e substâncias psicoativas..... | 3 |
| 1.1. Substâncias depressoras do Sistema Nervoso Central | 4 |
| 1.1.1. Álcool | 4 |
| 1.1.2. Benzodiazepinas..... | 5 |
| 1.1.3. Barbitúricos..... | 6 |
| 1.2. Substâncias estimulantes do Sistema Nervoso Central | 6 |
| 1.2.1. Cafeína..... | 7 |
| 1.2.2. Cocaína | 7 |
| 1.2.3. Anfetaminas | 8 |
| 1.3. Substâncias alucinogênicas | 9 |
| 1.3.1. <i>Ecstasy</i> (MDMA)..... | 9 |
| 1.3.2. <i>Lysergic acid diethylamide</i> (LSD)..... | 10 |
| 1.4. Opióides | 10 |
| 1.5. Cannabis | 11 |
| 1.6. Produtos do tabaco | 12 |
| 1.7. Substâncias inaláveis | 13 |
| 2. Novas substâncias psicoativas | 15 |
| 2.1. Canabinoides sintéticos | 15 |
| 2.2. Derivados da catinona | 15 |
| 2.3. Cetamina..... | 16 |
| 2.4. Feniletilaminas e derivados..... | 16 |
| 2.5. Piperazinas e derivados | 16 |
| 2.6. Plantas e respectivos constituintes ativos | 16 |
| 2.7. Outras substâncias..... | 17 |
| 3. Transtornos mentais e comportamentais devido a substâncias psicoativas | 18 |
| 3.1. Intoxicação aguda | 18 |
| 3.2. Uso nocivo | 19 |
| 3.3. Síndrome de dependência | 19 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3.4. | Estado de abstinência | 20 |
| 3.5. | Estado de abstinência com delirium..... | 20 |
| 3.6. | Transtorno psicótico | 21 |
| 3.7. | Síndrome amnésica | 21 |
| 3.8. | Transtorno psicótico residual e de início tardio..... | 21 |
| 3.9. | Outros transtornos mentais e de comportamento..... | 22 |
| 4. | Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos | 23 |
| 4.1. | Antiepiléticos e anticonvulsionantes..... | 23 |
| 4.2. | Estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central | 23 |
| 4.3. | Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos..... | 24 |
| 4.4. | Analgésicos e antipiréticos | 25 |
| 4.5. | Medicamentos usados na enxaqueca..... | 25 |
| 4.6. | Analgésicos estupefacientes..... | 25 |
| 4.7. | Medicamentos para tratamento da dependência de drogas | 26 |
| 4.8. | Outros medicamentos estupefacientes e psicotrópicos | 27 |
| 5. | Consumo de substâncias psicoativas para uso não terapêutico | 28 |
| 5.1. | Substâncias psicoativas lícitas..... | 28 |
| 5.1.1. | Álcool | 30 |
| 5.1.2. | Tabaco | 31 |
| 5.1.3. | Medicamentos psicotrópicos..... | 32 |
| 5.2. | Substâncias psicoativas ilícitas | 33 |
| 5.2.1. | Cannabis..... | 35 |
| 5.2.2. | Cocaína | 36 |
| 5.2.3. | Anfetaminas | 36 |
| 5.2.4. | <i>Ecstasy</i> | 36 |
| 5.2.5. | Heroína | 37 |
| 5.2.6. | LSD | 37 |
| 5.2.7. | Cogumelos alucinogênicos | 37 |
| 5.2.8. | Novas substâncias psicoativas | 37 |
| 6. | Legislação em vigor | 42 |
| 6.1. | Tabaco..... | 42 |
| 6.2. | Álcool..... | 49 |
| 6.3. | Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas | 52 |
| 6.4. | Novas substâncias psicoativas..... | 65 |

| | |
|---|-----------|
| 7. Limitações da legislação..... | 68 |
| 8. Papel do Farmacêutico..... | 73 |
| Conclusão | 75 |
| Bibliografia..... | 78 |
| Anexos..... | 80 |
| Anexo 1..... | 81 |
| Anexo 2..... | 82 |
| Anexo 3..... | 85 |
| Anexo 4..... | 86 |
| Anexo 5..... | 87 |
| Anexo 6..... | 94 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 5.1. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas. ^[17] | 29 |
| Figura 5.2. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas lícitas. ^[17] | 29 |
| Figura 5.3. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas lícitas no último ano, comparação 2001 a 2012. ^[17] | 30 |
| Figura 5.4. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas. ^[17] | 34 |
| Figura 5.5. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas ilícitas. ^[17] | 34 |
| Figura 5.6. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas ilícitas no último ano, comparação 2001 a 2012. ^[17] | 35 |
| Figura 5.7. Prevalência de consumo de NSP. ^[18] | 38 |
| Figura 5.8. Frequência do Consumo de NSP específicas. ^[18] | 39 |
| Figura 5.9. Hábitos de aquisição de NSP. ^[18] | 41 |
| Figura 6.1. Dísticos informativos para a sinalização da interdição ou permissão de fumar. [4] | 45 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 4.1. Medicamentos antiepiléticos e anticonvulsionantes com substâncias psicotrópicas. ^[15] | 23 |
| Tabela 4.2. Medicamento estimulante inespecífico do SNC com substância psicotrópica. ^[15] | 23 |
| Tabela 4.3. Medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos com substâncias psicotrópicas. ^[15] | 24 |
| Tabela 4.4. Medicamentos analgésicos e antipiréticos com substâncias estupefacientes. ^[15] | 25 |
| Tabela 4.5. Medicamento usado na enxaqueca com substância estupefaciente. ^[15] | 25 |
| Tabela 4.6. Medicamentos analgésicos estupefacientes com substâncias estupefacientes e psicotrópicas. ^[15] | 25 |
| Tabela 4.7. Medicamentos para tratamento da dependência de drogas com substâncias psicotrópicas. ^[15] | 26 |
| Tabela 4.8. Medicamentos com substâncias estupefacientes e psicotrópicas. ^[15] | 27 |
| Tabela 5.1. Percentagem de diferentes tipos de consumo de bebidas alcoólicas e de dependentes na população total e na população consumidora. ^[17] | 31 |
| Tabela 5.2. Percentagem de diferentes tipos de dependência do tabaco na população total e na população consumidora. ^[17] | 32 |
| Tabela 5.3. Percentagem de diferentes tipos de motivação para a cessação tabágica na população consumidora. ^[17] | 32 |

Lista de abreviaturas

ACh: Acetilcolina

ASAE: Autoridade de Segurança Alimentar e Económica

CESNOVA: Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa

GABA: Ácido gama-aminobutírico

INFARMED: Autoridade Nacional do Medicamentos e Produtos de Saúde I.P.

MNSRM: Medicamento não sujeito a receita médica

MNSRM-DEF: Medicamento não sujeito a receita médica dependentes de dispensa exclusiva em farmácia

MSRM Especial-E: Medicamento sujeito a receita médica especial - Estupefaciente

MSRM Especial-P: Medicamento sujeito a receita médica especial - Psicotrópico

MSRM: Medicamento sujeito a receita médica

MSRM-E: Medicamento sujeito a receita médica - Estupefaciente

MSRM-P: Medicamento sujeito a receita médica - Psicotrópico

NSP: Nova substância psicoativa

OEDT: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS: Organização Mundial de Saúde

PCP: Fenciclidina

REITOX: Rede Europeia de Informação sobre Droga e Toxicodependência

SICAD: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNC: Sistema Nervoso Central

SNS: Serviço Nacional de Saúde

Introdução

As substâncias psicoativas são agentes endógenos, naturais ou sintéticos capazes de provocar alterações ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC), interferindo ao nível humoral e comportamental, através da sua ação no SNC, ao interferirem com a transmissão química e sináptica. Consoante a sua ação, as substâncias psicoativas podem ser depressoras do SNC (álcool, benzodiazepinas e barbitúricos), estimulantes do SNC (caféina, cocaína e anfetaminas), alucinogénias (*ecstasy*, *lysergic acid diethylamide* e cogumelos alucinogénios), opióides, canabinoides, produtos do tabaco, substâncias inaláveis e Novas Substâncias Psicoativas (NSP). [1,2]

O uso deste tipo de substâncias é indispensável pelas vantagens terapêuticas que acrescentam, já que podem suprimir seletivamente a dor, reduzir a febre, corrigir movimentos desordenados, induzir sono ou excitação e aliviar sintomas de náuseas ou vômitos, sendo usados em doenças como a ansiedade, a depressão, a mania ou a esquizofrenia e ainda para fins científicos. A sua dispensa deve ser feita exclusivamente a utentes que necessitem das mesmas para uso terapêutico, estando interdito a sua disponibilização para efeitos alternativos, sob risco de toxicodependência. [1,3]

Contudo, as substâncias psicoativas são frequentemente utilizadas para fins recreativos pelas alterações ao nível humoral e comportamental que provocam. Neste grupo de substâncias, destacam-se as drogas psicoativas lícitas e ilícitas.

As drogas psicoativas lícitas apresentam uma dependência física mais baixa e, por isso, uma menor toxicodependência associada. Destacam-se o álcool, o tabaco e os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos. A publicidade, venda e consumo do álcool e dos produtos do tabaco estão sujeitos a legislação própria, através do Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, e da Lei 37/2007, de 14 agosto de 2007, respetivamente [4,5]. Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos estão sujeitos a um controlo especial na sua produção, distribuição e dispensa, ações essas legisladas sobretudo pelo Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto e pelo Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro [6,7].

As drogas psicoativas ilícitas apresentam uma prevalência de consumo mais baixa e têm ações mais prejudiciais para a saúde de quem as consome e uma maior taxa de dependência comparativamente às lícitas. Nas drogas ilegais, de entre as substâncias e preparações das

tabelas I a IV do anexo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, sujeitas a um controlo de produção, venda e consumo específicos, destacam-se a cannabis, a cocaína, as anfetaminas, o *ecstasy*, a heroína, o *lysergic acid diethylamide* (LSD) e os cogumelos alucinogénios e são consumidas para se obterem sensações de euforia e excitação [I]. As NSP são substâncias que não estão especificamente enquadradas e controladas ao abrigo de legislação própria que, em estado puro ou numa preparação, podem consumir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias psicoativas já conhecidas e devidamente legisladas [8,9].

Recentemente, foram sujeitas a um controlo mais específico várias NSP que eram, até então, lícitas, nomeadamente incensos herbáceos, fertilizantes para plantas e preparações de *salvia divinorum*. A entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, e da Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril, vieram legislar as NSP, de forma a proteger a saúde pública. [8,9]

A legislação portuguesa aplicável às substâncias psicoativas surge de diretrizes internacionais no sentido de combater o tráfico ilícito destas substâncias e de limitar o seu consumo, de modo a combater a toxicodependência e a diminuir os números de morbilidade e mortalidade associados a estas substâncias.

O Farmacêutico, enquanto profissional de Saúde, deve ter um papel ativo junto dos utentes na educação para a saúde. A disponibilização de informações e de medidas para combater a toxicodependência pode ser proporcionada através de campanhas de saúde pública. No que diz respeito aos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos, deve o Farmacêutico cumprir o disposto na legislação portuguesa e dispensar esses medicamentos apenas aos utentes que apresentem a devida receita médica.

1. Sistema Nervoso Central e substâncias psicoativas

O cérebro é uma reunião de sistemas neurais inter-relacionados que regulam a sua própria atividade e as funções de outros sistemas através de mecanismos dinâmicos e complexos, essencialmente por mecanismos de neurotransmissão química intercelular. O papel fundamental do Sistema Nervoso Central (SNC) é integrar as informações provenientes de várias fontes internas e externas, de modo a otimizar as necessidades do organismo de acordo com o que é imposto pelo ambiente. É a sede da consciência, da memória, da capacidade de aprender, de reconhecer e dos mais elaborados e característicos atributos do Homem, como a imaginação, o raciocínio abstrato e o pensamento criativo. O SNC é composto, essencialmente, por duas partes, o encéfalo, situado no crânio e que é constituído pelo cérebro, cerebelo, mesencéfalo, bolbo raquidiano e tronco encéfalo, e a medula espinal, alojada no canal raquidiano. Os principais transmissores do SNC são:

1. Aminoácidos, como o ácido gama-aminobutírico (GABA), o glutamato e o aspartato;
2. Acetilcolina (ACh);
3. Catecolaminas, como a dopamina, a norepinefrina e a epinefrina;
4. Serotonina;
5. Histamina;
6. Péptidos
7. Purinas. [2,3]

Substâncias psicoativas são agentes exógenos, naturais ou sintéticos capazes de provocar alterações ao nível humoral e comportamental, através da sua ação no SNC, ao interferirem com a transmissão química sináptica. Enquanto essas substâncias podem ser usadas do ponto de vista terapêutico, no tratamento de patologias físicas e psicológicas, podem também ser utilizadas do ponto de vista recreativo, para alteração propositada do estado de consciência, apresentando um risco acrescido para a saúde pública. Independentemente de serem estimulantes, depressoras ou alucinogénias, possuem um grande poder motivacional, pelo prazer e euforia que podem proporcionar. [1]

As substâncias psicoativas podem ser classificadas em estupefacientes e psicotrópicas. As substâncias psicotrópicas atuam sobre as funções e o comportamento psíquicos, qualquer que seja o tipo de efeito que exerçam, levando à dependência. Os estupefacientes são substâncias tóxicas, naturais ou sintéticas, capazes de induzir um efeito analgésico,

saporífero e sensações de euforia e bem-estar, provocando alterações graves da personalidade, deterioração psíquica progressiva, com habituação e toxicomania. [7]

No consumo deste tipo de substâncias, independentemente da intenção de uso, deve sempre ser tido em conta que podem provocar dependência e intoxicação. A dependência, é um estado comportamental de perda de controlo e de compulsão sobre o consumo dessa substância, que resulta normalmente do seu uso abusivo e da qual pode resultar um estado de abstinência, um conjunto de sintomas cognitivos e fisiológicos, específicos de cada substância, que se manifestam quando há cessação do consumo dessa substância, após um consumo mais ou menos prolongado. A intoxicação é uma síndrome específica de cada substância e resulta da presença de determinada concentração de uma substância psicoativa, com consequências físicas e psicológicas demarcadas. [1]

1.1. Substâncias depressoras do Sistema Nervoso Central

A ação depressora das substâncias psicoativas sobre o SNC deve-se ao facto destas substâncias promoverem a libertação de neurotransmissores GABA, produzindo uma sensação de calma e uma frequência respiratória mais baixa. Além disso, aliviam a ansiedade, induzem sonolência e reduzem o *stress*. As principais substâncias depressoras do SNC são o álcool, as benzodiazepinas (tranquilizantes) e os barbitúricos (hipnóticos e sedativos). [10]

1.1.1. Álcool

O álcool etílico (etanol) é uma das substâncias psicoativas mais consumidas pelo Homem, através do consumo de bebidas alcoólicas, e é o subproduto da fermentação, uma interação química entre o fermento e o açúcar existente em produtos de origem vegetal, frutos ou cereais. O teor alcoólico de uma bebida pode variar, tornando a bebida mais ou menos alcoólica, o que remete para uma distinção entre bebida alcoólica espirituosa e não espirituosa. Bebida alcoólica não espirituosa compreende qualquer bebida com uma taxa de álcool superior a 0,5% vol., enquanto bebida alcoólica espirituosa corresponde a qualquer bebida com uma taxa de álcool mais elevada, considerando-se, de uma forma geral, a partir de 15% vol. [1,2]

Quimicamente, o álcool é um depressor da atividade do SNC. Quando ingerido, o etanol é rapidamente absorvido no estômago e no intestino delgado, atingindo a corrente sanguínea, distribuindo-se pelo corpo. A sua ingestão moderada pode ter ações ansiolítica e produzir desinibição comportamental. Em concentrações mais elevadas, as funções do SNC podem ser suprimidas e levar a um estado semelhante ao provocado pela anestesia geral. [1,2]

A intoxicação aguda por etanol pode provocar alterações ao nível do comportamento, nomeadamente desinibição, agressão, comprometimento do estado de atenção e pode verificar-se uma marcha instável, dificuldade em estar de pé, fala arrastada e diminuição do nível de consciência. Em estado de abstinência, provocado pelo álcool, o indivíduo pode apresentar tremor da língua, pálpebras ou mãos estendidas, transpiração, náuseas e vômitos, agitação psicomotora, dor de cabeça, insónia e mal-estar ou fraqueza. O estado de abstinência ao etanol pressupõe que o organismo atravessa uma fase de dependência, fenómeno denominado por alcoolismo. A ressaca, que caracteriza esse período de abstinência, pode ocorrer também em situações esporádicas de consumo de álcool. [11]

O uso excessivo de etanol tem sérias consequências para a saúde humana, das quais se destacam:

1. Envenenamento alcoólico, quando é ingerido mais álcool do que aquele que o fígado consegue metabolizar e o organismo consegue eliminar. Pode causar a morte se não for eliminado através de lavagem gástrica;
2. Psicose alcoólica traduzida em alucinações visuais e auditivas, demência, comportamento agressivo e amnésia;
3. Cancro do esófago, bexiga, cólon e, sobretudo, do fígado;
4. Problemas gastrointestinais que incluem inflamação do esófago, estômago e intestinos e excesso de refluxo ácido do estômago;
5. Hepatite, através da inflamação do fígado, podendo resultar em cirrose e cancro hepático;
6. Hipoglicémia, pela interferência provocada no funcionamento normal do fígado. [10]

1.1.2. Benzodiazepinas

As benzodiazepinas estão entre os fármacos mais prescritos a nível mundial, pela sua ação no tratamento de ansiedade e insónia, pois promove a ligação do neurotransmissor GABA

aos seus recetores, intensificando a sua ação depressora sobre o SNC. Para além desses efeitos, podem ainda provocar relaxamento muscular. Quando há utilização de benzodiazepinas durante várias semanas, a sua tolerância é baixa e a dificuldade de reduzir e parar o consumo é muita reduzida. O uso prolongado e indiscriminado de benzodiazepinas pode provocar a síndrome de abstinência, se o seu consumo for interrompido. [2]

A intoxicação aguda por benzodiazepinas pode incluir irritabilidade ou ansiedade, danos na memória, euforia, boca seca, taquicardia, diminuição do apetite e dependência física. Os sinais e sintomas da abstinência de benzodiazepinas são ansiedade e agitação, hipersensibilidade à luz e a sons, parestesias, câibras musculares, insónias, dores de cabeça e tonturas, para consumidores de doses moderadas. No caso de consumidores de doses mais altas, os sintomas podem ainda apresentar convulsões e delírio. [1,2,11]

1.1.3. Barbitúricos

Os barbitúricos são um grupo de depressores do SNC e podem ter ação anestésica, sedativo-hipnótica ou anticonvulsiva. Estes deprimem reversivelmente a atividade de todos os tecidos excitáveis, sendo o SNC extremamente sensível, pelo aumento da ação do neurotransmissor GABA. Os barbitúricos podem induzir todos os graus de depressão do SNC, variando desde a leve sedação, à anestesia geral. Devido à sua margem de segurança estreita, a utilização de fármacos com barbitúricos diminuiu acentuadamente nos últimos anos, embora continuem a ser procurados e usados abusivamente, para fins ilícitos. [2,10]

A intoxicação aguda por barbitúricos pode causar discurso arrastado e coordenação motora debilitada, para além dos efeitos causados pela intoxicação aguda pelas benzodiazepinas. Um consumo de grandes quantidades de barbitúricos pode provocar coma. Associado ao seu consumo, existe ainda uma grande probabilidade de causar elevada dependência física, sendo os sintomas da sua síndrome de abstinência semelhantes aos das benzodiazepinas. [10,11]

1.2. Substâncias estimulantes do Sistema Nervoso Central

A ação estimulante das substâncias psicoativas sobre o SNC deve-se ao facto destas substâncias promoverem um aumento do glutamato, um neurotransmissor excitatório do

cérebro, produzindo um aumento da energia, do estado de alerta e do humor e uma diminuição do apetite. As principais substâncias estimulantes do SNC são a cafeína, a cocaína e as anfetaminas. [10]

1.2.1. Cafeína

A cafeína é um estimulante suave do SNC e uma substância psicoativa amplamente utilizada em todo o mundo. É um alcaloide do grupo das xantinas e está presente em refrigerantes, café, chá, cacau, chocolate e vários fármacos de venda livre. A cafeína, quando ingerida, é rapidamente absorvida pelo trato digestivo, atingindo facilmente toda a área do corpo. A sua ação psicoativa deve-se ao facto de aumentar ligeiramente a libertação de norepinefrina e dopamina no SNC. A tolerância aos efeitos da cafeína desenvolve-se rapidamente. [1,2]

Quando é consumida uma quantidade elevada de cafeína, num curto período de tempo, pode ocorrer intoxicação aguda por cafeína, verificando-se alguns sintomas como perturbação do sono, ansiedade, nervosismo, perturbação gastrointestinal, tremores, taquicardia, euforia, agressividade e visão ofuscada. Os sintomas de abstinência de cafeína são fadiga, sedação, dor de cabeça e perda de apetite. Embora seja uma substância estimulante, por ter um estado de abstinência pouco vincado, já que os consumidores de cafeína toleram bem a ausência de cafeína no organismo, esta não está incluída no grupo dos estimulantes que causam dependência. O consumo elevado de cafeína por um longo período de tempo pode provocar uma *overdose*, podendo levar à morte por arritmia cardíaca. [10,11]

1.2.2. Cocaína

A coca, a substância ativa na cocaína, deriva das folhas das plantas da família *Erythroxylaceae* e tem uma ação estimulante sobre o SNC. A cocaína atua desencadeando uma poderosa libertação do neurotransmissor dopamina, embora o efeito desapareça rapidamente, provocando um desequilíbrio homeostático que leva o consumidor a tornar-se dependente da cocaína e a ter necessidade de a consumir. Os principais efeitos do seu consumo resultam em euforia, excitação e aumento de energia. Existem diferentes formas de obtenção de cocaína, a partir da coca:

1. Cocaína na forma de sais (cloridrato, sulfato): resulta num pó, cujo consumo é feito, sobretudo, por inalação;

2. Pasta de cocaína: é o subproduto obtido após a extração da cocaína a partir das folhas de coca e pode ser fumada juntamente com produtos do tabaco ou canabinoides;
3. Cocaína na forma de base (ou *crack*): forma de cristal que, quando aquecido, liberta vapores que podem ser inalados. Esses cristais podem também ser fumados com produtos do tabaco ou canabinoides. [10,12]

A intoxicação aguda por cocaína pode provocar alterações ao nível do comportamento, nomeadamente euforia e sensação de energia aumentada, agressividade, ilusões visuais, táteis e auditivas, alucinações e também, suores e calafrios, taquicardia, hipertensão arterial, náuseas e vômitos, dilatação das pupilas, fraqueza muscular, dor no peito e convulsões. Em estado de abstinência, provocado pela cocaína, o indivíduo pode apresentar fadiga, agitação ou atraso psicomotor, aumento de apetite, insónia ou hipersónia, sonhos alterados, disforia, depressão e bradicardia. [2,11]

Para além dos efeitos descritos, podem ocorrer outros, derivado do consumo de cocaína continuado. A nível localizado, pode resultar perda do olfato, epistaxe, rouquidão e dificuldades em deglutir. O consumo prolongado e em grandes quantidades pode originar falência respiratória ou cardíaca. [10]

1.2.3. Anfetaminas

As anfetaminas são substâncias de origem sintética com ação estimulante sobre o SNC. Atuam tanto ao nível do SNC como do Periférico, impedindo a recaptção de dopamina, noradrenalina e serotonina, por se ligarem aos seus recetores, aumentando assim o seu tempo de ação, comparativamente a outra substâncias estimulantes do SNC. São exemplos de anfetaminas a metanfetamina, o metilfenidato e a dextroanfetamina. No plano psíquico, as anfetaminas reduzem o sono, aumentam temporariamente a vigilância e limitam a sensação de fadiga. Estas manifestações temporárias são rapidamente seguidas por uma fase de abatimento, com irritabilidade, depressão e reações de agressividade, pelo que o uso continuado de anfetaminas provoca atividade maníaca e agressiva, perda de peso, ansiedade e insónia. [1,12]

As anfetaminas podem ser utilizadas sob a forma em que podem ser cheiradas ou injetadas, sendo comum associar a cocaína na sua administração. A intoxicação aguda por anfetaminas pode provocar bradicardia, hipertensão arterial, náuseas e vômitos e depressão respiratória.

Em estado de abstinência, provocado pelas anfetaminas, o indivíduo pode apresentar fadiga, câibras musculares, dores de cabeça, distúrbios do sono, depressão e tentativa de suicídio. [10]

1.3. Substâncias alucinogénias

As substâncias psicoativas alucinogénias têm como efeito primário a produção de transtornos da percepção, do pensamento ou do humor, ao interferirem com os recetores da serotonina. As principais substâncias alucinogénias são o *ecstasy* (MDMA), o *Lysergic acid diethylamide* (LSD), a Fenciclidina (PCP) e os cogumelos alucinogénios. [10]

1.3.1. Ecstasy (MDMA)

O *Ecstasy*, também denominado por MDMA, é uma feniletilamina estruturalmente semelhante à metanfetamina e, por isso, para além das propriedades alucinogénias, apresenta também propriedades estimulantes. Produz sensação de euforia e um efeito enérgico que pode durar várias horas e é disponibilizado sobretudo na forma de comprimidos. Frequentemente são misturadas outras substâncias psicoativas estimulantes, analgésicas ou outras alucinogénias e podem ainda originar, através das devidas modificações ao nível molecular, outras substâncias psicoativas psicotrópicas. Atuam por bloquearem a recaptação da serotonina, inibindo a sua recaptação. [10,12]

A intoxicação aguda por MDMA pode provocar taquicardia, boca seca, contração dos maxilares e dores musculares. Em estado de abstinência, provocado pelo MDMA, o indivíduo pode apresentar sonolência, humor disfórico, estado de confusão, ansiedade e perturbações do sono. [2, 12]

O uso prolongado e em altas doses desta substância pode provocar alucinações visuais, agitação, hipertermia e ataques de pânico. Numa situação mais grave, pode levar a falência orgânica por interferir com o processo de regulação térmica do organismo, podendo provocar a morte. [2,10]

1.3.2. *Lysergic acid diethylamide* (LSD)

O LSD, acrônimo de *Lysergic acid diethylamide*, é um alucinogênio extremamente potente, obtido por síntese química, que atua apenas num único subtipo de recetor da serotonina, produzindo os seus efeitos sobretudo ao nível do córtex cerebral, afetando essencialmente o humor e o comportamento de quem o consome. Geralmente o LSD é produzido na forma cristalina, reduzido a pó, permitindo a formulação em comprimidos ou a sua dissolução, originando um líquido vulgarmente impregnado em pequenos papéis. [10,12]

O efeito do LSD pode durar entre 6 a 8 horas e é caracterizado por produzir distorções da percepção e alucinações, alterações de humor, como entusiasmo, paranoia ou depressão, excitação intensa e, em alguns casos, sensação de pânico. Os principais sintomas físicos da sua ingestão são a dilatação das pupilas, hipertensão arterial, aumento da frequência cardíaca e rubor. Quando as sensações de depressão e pensamentos suicidas estão exacerbados, ou quando os efeitos primários se prolongam por muito tempo, diz-se que o consumidor teve uma *bad trip*. Embora não provoque grande dependência física, o fenómeno de tolerância manifesta-se facilmente, necessitando o utilizador de consumir doses maiores para obter o mesmo efeito. O uso prolongado e em grandes quantidades pode provocar dano cerebral com consequências permanentes. [2,12]

1.4. Opióides

O ópio é um suco espesso extraído do fruto da planta *Papaver somniferum* com grandes propriedades analgésicas, do qual podem ser produzidas diferentes substâncias, os opióides. Os opiáceos são os compostos naturais derivados do ópio, enquanto os opióides correspondem aos opiáceos e todas as substâncias de origem sintética com a mesma ação. Os opióides mimetizam substâncias naturais denominadas peptídeos opióides endógenos ou endorfinas e, por isso, têm uma ação analgésica. Independentemente da sua via de administração, atingem a circulação sanguínea e têm uma ação rápida, muitas vezes de curta duração. Provocam analgesia, sonolência, alterações do humor e do comportamento, dando uma sensação de euforia e de bem-estar. A dependência por opióides é facilmente alcançável, pois quando é interrompida a administração de um opióide ocorrem uma série de alterações homeostáticas, resultando a síndrome de abstinência. Devido às suas características analgésicas, alguns opióides são utilizados para fins terapêuticos, no alívio da

dor e, quando usados sob supervisão médica, não provocam dependência, em indivíduos que habitualmente não consomem opióides para outro fim. Consoante a sua forma de obtenção, os opióides podem ser divididos em:

1. Opióides que derivam do ópio natural:
 - a. Codeína;
 - b. Morfina;
 - c. Tebaína;
2. Opióides semi-sintéticos:
 - a. Heroína;
 - b. Hidrocodona;
 - c. Hidromorfona;
 - d. Oxycodona;
3. Opióides sintéticos:
 - a. Butorfanol;
 - b. Dextropropoxifeno;
 - c. Fentanil;
 - d. Meperidina;
 - e. Pentazocina. [1,2,10]

A intoxicação aguda por opióides pode provocar alterações ao nível do comportamento como apatia e sedação, desinibição, atraso psicomotor, atenção reduzida, discurso arrastado, constrição das pupilas e diminuição do nível de consciência. Em estado de abstinência o indivíduo pode apresentar um forte desejo em consumir novamente um opióide, rinorreia ou espirros, lacrimejo, dores musculares ou espirros, náuseas ou vômitos, diarreia, taquicardia ou hipertensão arterial e sono agitado. O estado de abstinência aos opióides pressupõe que o organismo atravessa uma fase de dependência, facilmente atingível com o uso abusivo de opióides. [11]

Os sintomas de uma *overdose* de opióides são constrição das pupilas, confusão, convulsões e pele fria e húmida, podendo ocorrer falência respiratória que pode ser fatal. [10]

1.5. Cannabis

A *Cannabis sativa* L. é uma planta que está na origem de numerosas preparações, cuja atividade psicotrópica é induzida principalmente por um dos canabinoides que contém, o

THC. As folhas e extremidades floridas, simplesmente secas (erva, *marijuana*) podem apresentar-se sob a forma de um produto rústico, que podem ser fumadas. Por outro lado, a resina produzida pela planta constitui a base de preparação do haxixe que entra nas preparações destinadas a serem fumadas ou ingeridas, podendo ainda ser inaladas, com o auxílio de um vaporizador. A ação dos canabinoides é induzida sobretudo pelo THC que se fixam nos recetores CB1 do SNC, competindo com a dopamina. [12]

O seu principal efeito, quando consumido é relaxar o consumidor, dando uma sensação de prazer e de bem-estar. A intoxicação agudas por canabinoides pode provocar euforia e desinibição, ansiedade, atraso no tempo de reação, ilusões visuais e auditivas e também, boca seca, taquicardia e diminuição de apetite. O estado de abstinência é caracterizado por ansiedade, irritabilidade, tremor das mãos, sudorese e câibras musculares. [10]

1.6. Produtos do tabaco

O tabaco é o nome dado às folhas colhidas de plantas do género *Nicotiana*, que são utilizadas na produção de cigarros e outros produtos do tabaco. O principal componente do tabaco, responsável pela sua propriedade psicoativa, é a nicotina, embora possam estar presentes outras substâncias igualmente prejudiciais à saúde humana, destacando-se o alcatrão e o monóxido de carbono, entre milhares de outras. Os produtos do tabaco são amplamente consumidos pelo Homem por todo o mundo, existindo várias formas disponíveis como o cigarro, o cachimbo, o charuto, entre outros. O seu grau carcinogénico depende dos métodos de cultivo e tratamento utilizado e da quantidade de substâncias que apresentam. [10,13]

A nicotina é o composto do tabaco responsável pela dependência que este pode provocar a consumidores de produtos do tabaco. A nicotina é rapidamente absorvida pela pele, mucosas e pulmões e exerce a sua ação farmacológica ligando-se a recetores colinérgicos nicotínicos, cujo resultado final é o aumento da libertação de neurotransmissores, como a dopamina, provocando uma sensação de bem-estar, responsável pela vontade de voltar a fumar. Os principais efeitos no consumidor são o aumento do estado de alerta, concentração e memória, náuseas, taquicardia e hipertensão arterial. O alcatrão está associado ao risco aumentado de cancro do pulmão e outras complicações respiratórias e o monóxido de carbono aumenta o risco de doenças cardiovasculares. [1,10,13]

A intoxicação aguda pelo tabaco, nomeadamente pela nicotina, pode provocar alterações ao nível do comportamento como insónia, sonhos alterados, alterações de humor e podem ainda verificar-se náuseas e vômitos, transpiração e arritmias cardíacas. Em estado de abstinência, provocado pelo tabaco, o indivíduo pode apresentar forte desejo em fumar, mal-estar ou fraqueza, ansiedade, irritabilidade ou agitação, insónia, aumento do apetite e da tosse e dificuldade de concentração. O estado de abstinência ao tabaco pressupõe que o organismo atravessa uma fase de dependência, fenómeno denominado por tabagismo. [11]

Para além das consequências do tabaco já descritas, o seu uso prolongado pode provocar:

1. Constrição das veias e artérias, impedindo a circulação sanguínea, podendo causar sérios problemas cardiovasculares;
2. Enfizema e outros problemas respiratórios, devido à exposição às substâncias tóxicas dos produtos do tabaco;
3. Cancro do pulmão, mais frequentemente, e outros, como cancro da boca, língua, lábios, pâncreas, bexiga e faringe. [10]

1.7. Substâncias inaláveis

Existe uma série de compostos químicos voláteis, à temperatura ambiente, capazes de produzir alterações abruptas do estado mental quando são inalados. Têm uma ação depressora sobre o SNC e alucinogénia. Os seus efeitos são semelhantes aos do álcool, nomeadamente efeitos excitatórios (euforia e agitação), seguidos de inibição (confusão e desorientação) e podem ser inalados ou aspirados via oral, diretamente, ou embebendo a substância num tecido, ou colocando a substância num ambiente pequeno e fechado. Existem várias substâncias inaláveis com efeitos psicoativos:

1. Gases, como os encontrados em aerossóis, isqueiros, e botijas de gás propano e butano; o éter, o óxido nitroso, o clorofórmio e outros usados com utilização terapêutica;
2. Aerossóis;
3. Solventes voláteis, como a gasolina, o tolueno (presente na cola), diluentes; detergentes com amoníaco;
4. Nitritos orgânicos (nitrito de amilo ou de butilo) e nitritos voláteis (produtos aromáticos ou de limpeza). [2,10]

A intoxicação aguda por inalação destas substâncias pode provocar alterações ao nível do comportamento como apatia e letargia, agressividade, atenção e memória debilitadas, atraso psicomotor, dificuldade em andar e estar de pé, discurso arrastado, diminuição do estado de consciência, fraqueza muscular e diplopia. Embora não apresente um estado de abstinência considerável, quem as utiliza abusivamente, fá-lo de forma compulsiva. [11]

O uso continuado de substâncias inaláveis pode provocar efeitos mais sérios, tais como danos na medula óssea, rins ou fígado e asfixia ou falência cardíaca. [10]

2. Novas substâncias psicoativas

Para além dos grupos de substâncias psicoativas descritas anteriormente, cujos efeitos são bem conhecidos, existe uma outra categoria desta classe de substâncias – as Novas Substâncias Psicoativas (NSP). Consideram-se NSP as substâncias que não estão especificamente enquadradas e controladas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que, em estado puro ou numa preparação, podem constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias psicoativas já conhecidas e devidamente legisladas, com perigo para a integridade física e para a vida, devido aos efeitos no SNC. Podem induzir alterações significativas a nível da função motora, bem como das funções mentais, designadamente do raciocínio, juízo crítico e comportamento, muitas vezes com estados de delírio, alucinações ou extrema euforia. Podem ainda causar dependência e, em certos casos, propiciam danos duradouros ou mesmo permanentes sobre a saúde dos consumidores. [8,9]

O termo NSP não se refere necessariamente só a novas substâncias que foram desenvolvidas, mas sim derivados sintéticos de substâncias psicoativas já existentes. Assim, atualmente existem sete grandes grupos de NSP. [14]

2.1. Canabinoides sintéticos

A maioria dos canabinoides sintéticos funcionalmente assemelham-se aos (THC). São normalmente fumados, embora também possam existir formulações para serem administrados por via oral. Todos os seus efeitos secundários possíveis são ainda desconhecidos, devido à composição química bastante variável das suas formulações. Contudo, podem provocar problemas cardiovasculares, transtornos psicológicos e possuem metabolitos carcinogénicos. [14]

2.2. Derivados da catinona

A catinona é o principal componente presente nas folhas da planta *khat* (*catha edulis*). Os derivados da catinona possuem um análogo do tipo das anfetaminas. São normalmente disponibilizados como fertilizantes, sais de banho ou produtos limpa-vidros, apresentando-se sob a forma de pó, comprimidos ou cápsulas e a maioria são ingeridos, podendo também

ser injetados. Embora sejam desconhecidos todos os seus efeitos, parecem causar problemas cardíacos, psiquiátricos e neurológicos. [14]

2.3. Cetamina

A cetamina está relacionada com a fenciclidina (PCP), uma substância psicoativa alucinogénia, sendo a sua ação idêntica e, por isso, é vendida como uma substância alucinogénia, como o *ecstasy*. A cetamina é disponibilizada na forma líquida, em pó ou em cápsulas, podendo ser inalada, fumada, deglutida ou injetada. O seu principal efeito secundário é alteração do ritmo cardíaco. [14]

2.4. Feniletilaminas e derivados

Têm uma ação psicoativa estimulante, semelhante à das anfetaminas. As suas formulações incluem comprimidos e pó e a sua principal via de administração é oral. Os seus efeitos incluem agitação, taquicardia, midríase, alucinações, convulsões e falência hepática e renal. [14]

2.5. Piperazinas e derivados

Foram produzidas inicialmente com objetivo terapêutico, embora nunca tenham sido comercializados com esse propósito. Apresentam características e efeitos semelhantes aos das anfetaminas e são consumidas, recreativamente, com o mesmo fim destas. São disponibilizadas sobre a forma de comprimidos, cápsulas ou pó, sendo administradas sobretudo oralmente, podendo ainda ser injetadas, fumadas ou inaladas. A totalidade dos seus efeitos não são ainda conhecidos, embora aparentem ser menos potentes que os efeitos das anfetaminas. [14]

2.6. Plantas e respetivos constituintes ativos

Nestas plantas estão incluídas o *Khat*, o *Kratom* e a *salvia divinorum*.

2.7. Outras substâncias

Para além das substâncias apresentadas anteriormente, existem ainda os aminoindanes, as substâncias do tipo da Fenciclidina (PCP) e as Triptaminas.

3. Transtornos mentais e comportamentais devido a substâncias psicoativas

Associado ao uso de uma ou mais substâncias psicoativas, existem vários transtornos que diferem em gravidade para a saúde humana. Ao nível clínico, são destacadas nove situações distintas, havendo, em algumas delas, estados de menor ou maior gravidade. Importa primeiro identificar a substância psicoativa causadora do transtorno em questão, com base em dados fornecidos pelo utente, em análises bioquímicas ou através das substâncias observadas na posse do utente. Contudo, muitas vezes, são consumidos mais de um tipo de substâncias, não sendo possível atribuir a causa de um transtorno a uma única substância. Consoante o tipo de substância psicoativa consumida, os transtornos mentais e comportamentos variam e, por isso, podem ser decorrentes do uso de:

- a. Álcool;
- b. Tabaco;
- c. Opióides;
- d. Sedativos ou hipnóticos;
- e. Solventes voláteis;
- f. Cocaína;
- g. Outros estimulantes, incluindo cafeína;
- h. Canabinóides;
- i. Alucinogénios;
- j. Outras substâncias psicoativas. [1,11]

3.1. Intoxicação aguda

Trata-se de uma condição transitória que pode ocorrer após exposição a uma substância psicoativa e que pode originar perturbações ao nível da consciência, cognição, perceção, afeto ou comportamento ou outras funções e respostas psicofisiológicas. Está diretamente relacionada com os níveis de doses ou com determinadas condições orgânicas, como a insuficiência hepática ou renal, e a intensidade da intoxicação acaba por diminuir com o tempo de uso e os efeitos desaparecem após ausência de exposição à substância. Sintomas de intoxicação não refletem, necessariamente, sempre ações primárias da substância, havendo muitas substâncias ativas capazes de produzir diferentes tipo de efeitos em diferentes níveis de doses. A intoxicação aguda pode ser:

1. Não complicada – sintomas de gravidade variável, dependentes dos níveis de doses.
2. Com trauma ou outra lesão corporal;
3. Com outras complicações médicas;
4. Com *delírium*;
5. Com distorções perceptivas;
6. Com coma;
7. Com convulsões;
8. Intoxicação patológica – aplicável apenas no consumo de álcool. [1,11]

3.2. Uso nocivo

Corresponde a um padrão de uso de uma substância psicoativa que provoca dano à saúde, físico ou mental. [1,11]

3.3. Síndrome de dependência

É caracterizado por uma série de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos em consequência do consumo de uma ou mais substâncias psicoativas, cujo consumo adquire uma prioridade acrescida em detrimento de outros comportamentos, estando, por isso, evidente o desejo, que é característico, pelo seu consumo. A síndrome de dependência verifica-se quando pelo menos estão presentes três das seguintes condições, num estado de consciência:

- a. Forte desejo para consumir a(s) substância(s);
- b. Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a(s) substância(s);
- c. Estado de abstinência fisiológico quando o uso da(s) substância(s) cessou ou foi reduzido;
- d. Evidência de tolerância, sendo requeridas doses superiores de substância(s) para alcançar os efeitos originais;
- e. Abandono progressivo de prazeres ou interesses em detrimento do consumo da(s) substância(s) e aumento da necessidade de tempo para se recuperar dos seus efeitos;
- f. Persistência no uso da(s) substância(s). [1,11]

A síndrome de dependência pode estar associada a uma substância específica, uma classe de substâncias ou uma gama mais variada de diferentes substâncias. Para a síndrome de dependência podem verificar-se diferentes estados clínicos:

1. Atualmente em abstenção;
2. Atualmente em abstenção, em ambiente controlado, tal como hospital ou prisão;
3. Atualmente em regime de manutenção ou substituição clinicamente supervisionada (dependência controlada);
4. Atualmente em abstenção, com tratamento com drogas aversivas ou bloqueadoras;
5. Atualmente a consumir a substância (dependência ativa);
6. Uso contínuo;
7. Uso episódico (dipsomania). [1,11]

3.4. Estado de abstinência

Traduz-se num conjunto de sintomas variáveis, como consequência da abstinência relativa ou absoluta de uma substância, após uso repetido e prolongado, geralmente em altas doses. O início e tempo de abstinência são limitados e variam com o tipo de substância e com a dose usual. É um estado indicador da síndrome de dependência e surge na sua sequência. Os sintomas são dependentes da substância e o estado de abstinência pode ser:

1. Não complicado;
2. Com convulsões. [1,11]

3.5. Estado de abstinência com delirium

Corresponde ao estado de abstinência normal com a agravante de o utente manifestar um estado de *delirium* – um estado de confusão, provocado pela toxicidade da(s) substância(s), normalmente breve e que pode ter risco para a vida. Os sintomas mais comuns incluem insónia, tremores, medo, perda do estado de consciência, confusão, alucinações, agitação. O estado de abstinência com *delirium* pode ser:

1. Sem convulsões;
2. Com convulsões. [1,11]

3.6. Transtorno psicótico

Resulta de um conjunto de fenómenos psicóticos que ocorrem durante, ou rapidamente após, o uso de substâncias psicoativas. Esses fenómenos são caracterizados por alucinações vívidas, falsos reconhecimentos, delírios, transtornos psicomotores e algum grau de perda do estado de consciência. A sua sintomatologia depende do tipo de substância envolvida e da personalidade do consumidor, sendo maioritariamente fenómenos de curta duração, se o consumo da substância for descontinuado. Pode facilmente ser confundido com um episódio esquizofrénico. O estado psicótico pode assumir diferentes comportamentos:

1. Do tipo esquizofrénico;
2. Predominantemente delirante;
3. Predominantemente alucinante;
4. Predominantemente polimórfico;
5. Predominantemente com sintomas depressivos;
6. Predominantemente com sintomas maníacos;
7. Misto. [1,11]

3.7. Síndrome amnésica

Nesta síndrome, a memória recente está comprometida e verificam-se perturbações ao nível da orientação temporal. Não fica comprometida a memória imediata nem o estado de consciência e está associada a um uso crónico de uma ou mais substâncias psicoativas. Podem ainda estar evidentes alterações de personalidade. [1,11]

3.8. Transtorno psicótico residual e de início tardio

Resulta de um conjunto de fenómenos psicóticos como a alteração do estado cognitivo, personalidade ou comportamento induzidas pelo consumo de substâncias ativas e que persistem além do período de consumo da substância ou do período imediatamente após esse consumo. Este estado psicótico pode assumir diferentes comportamentos:

1. *Flashbacks* – de natureza episódica, normalmente de curta duração e relativas aos acontecimentos vividos durante o consumo da(s) substancia(s);
2. Transtorno de personalidade ou de comportamento;
3. Transtorno residual;

4. Demência;
5. Outro comprometimento cognitivo persistente;
6. Transtorno psicótico de início tardio. [1,11]

3.9. Outros transtornos mentais e de comportamento

Outros transtornos que não os descritos podem comprovadamente estar relacionado com um consumo de determinada(s) substância(s) psicoativa(s). Devido à complexidade do SNC e das substâncias psicoativas, nomeadamente de NSP, por vezes surgem novos efeitos adversos atípicos das substâncias psicoativas. [1,11]

4. Medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

É certo que determinados fármacos com substâncias estupefacientes e psicotrópicas com ação ao nível do SNC são hoje indispensáveis pela vantagens terapêuticas que acrescentam, já que podem suprimir seletivamente a dor, reduzir a febre, corrigir movimentos desordenados, induzir sono ou excitação e aliviar sintomas de náuseas ou vômitos, sendo usados em doenças como a ansiedade, a depressão, a mania ou a esquizofrenia. A sua principal característica é não alterarem a consciência do indivíduo. A autoadministração sem prescrição médica dos fármacos com ações no SNC é uma prática comum, podendo a sua utilização compulsiva e descontrolada causar dependência física ou outros transtornos mentais e comportamentais. [1,3].

4.1. Antiepiléticos e anticonvulsionantes

O clonazepam e o fenobarbital são benzodiazepinas utilizados na epilepsia, que contêm na sua composição substâncias psicotrópicas, sujeitas a controlo especial, por se tratarem de substâncias psicotrópicas compreendidas na tabela IV do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). [3,15]

Tabela 4.1. Medicamentos antiepiléticos e anticonvulsionantes com substâncias psicotrópicas.^[15]

| DCI | Classificação quanto à dispensa | Classificação Estupefaciente | Observações |
|---------------------|---------------------------------|---|-------------|
| Clonazepam | MSRM-P | Tabela IV ¹ Psicotrópicos | - |
| Fenobarbital | | | |

4.2. Estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central

O metilfenidato é uma anfetamina que utilidade terapêutica no tratamento adjuvante da síndrome de deficit de atenção e hiperatividade ou da narcolepsia, sendo um medicamento sujeito a receita médica especial. Este está sujeito a controlo especial, por se tratar de uma substância psicotrópica compreendidas na tabela II-B do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). [3,15]

¹ Tabela IV do Anexo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (Anexo 5).

Tabela 4.2. Medicamento estimulante inespecífico do SNC com substância psicotrópica.^[15]

| DCI | Classificação quanto à dispensa | Classificação Estupefaciente | Observações |
|----------------------|---------------------------------|--|-------------|
| Metilfenidato | MSRM Especial-P | Tabela II-B ² Psicotrópico | - |

4.3. Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos

Alguns ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, nomeadamente as benzodiazepinas apresentadas na tabela 4.3. e o zolpidem, apresentam substâncias psicotrópicas na sua composição, sujeitas a controlo especial, por se tratar de uma substância psicotrópica compreendidas na tabela II-B do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). Todas elas são medicamentos sujeitos a receita médica. [3,15]

Tabela 4.3. Medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos com substâncias psicotrópicas.^[15]

| DCI | Classificação quanto à dispensa | Classificação Estupefaciente | Observações |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------|
| Alprazolam | MSRM-P | Tabela IV Psicotrópicos | - |
| Bromazepam | | | |
| Brotizolam | | | |
| Cetazolam | | | |
| Clobazam | | | |
| Clorazepato dipotássico | | | |
| Clordiazepóxido | | | |
| Cloxazolam | | | |
| Diazepam | | | |
| Estazolam | | | |
| Loflazepato de etilo | | | |
| Flurazepam | | | |
| Halazepam | | | |
| Loprazolam | | | |
| Lorazepam | | | |
| Midazolam | | | |
| Oxazepam | | | |
| Prazepam | | | |
| Temazepam | | | |
| Triazolam | | | |
| Zolpidem | | | |

² Tabela II-B do Anexo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (Anexo 5).

4.4. Analgésicos e antipiréticos

Dentro do grupo dos analgésicos e antipiréticos, existem alguns medicamentos que contêm codeína na sua composição. São estupefacientes e sujeitos a receita médica, estando sujeitos a especial controlo por estarem compreendidos na tabela III do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5).

Tabela 4.4. Medicamentos analgésicos e antipiréticos com substâncias estupefacientes.^[15]

| DCI | Classificação quanto à dispensa | Classificação Estupefaciente | Observações |
|---|---------------------------------|---|-------------|
| Ácido acetilsalicílico + Codeína + Cafeína | MSRM-E | Tabela III ³ Estupefaciente | - |
| Paracetamol + Codeína | | | |

4.5. Medicamentos usados na enxaqueca

Existe um medicamento usado na enxaqueca que contém codeína na sua composição. É estupefaciente e sujeito a receita médica, estando sujeito a especial controlo por estar compreendido na tabela III do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). [3,15]

Tabela 4.5. Medicamento usado na enxaqueca com substância estupefaciente.^[15]

| DCI | Classificação quanto à dispensa | Classificação Estupefaciente | Observações |
|--|---------------------------------|------------------------------|-------------|
| Paracetamol + Codeína + Buclizina | MSRM-E | Tabela III Estupefaciente | - |

4.6. Analgésicos estupefacientes

O grupo terapêutico de analgésicos estupefacientes é o que apresenta maior heterogeneidade de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos. Do lado dos psicotrópicos, encontra-se a buprenorfina, um medicamento sujeito a receita médica especial, cujo controlo especial é concedido por estar compreendido na tabela II-C do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). O fentanil, a hidromorfona, a morfina, o tapendadol, o remifentanilo, o sufentanil e o alfentanilo são fármacos estupefacientes sujeitos a receita médica especial, cujo controlo especial é concedido por estar compreendido na tabela II-C do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). Contudo, os últimos três são também sujeitos a receita médica restrita, por serem de uso exclusivo hospitalar. Por fim, a petidina é um medicamento estupefaciente

³ Tabela III do Anexo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (Anexo 5).

e sujeito a receita médica especial, já que é de uso exclusivo hospitalar, cujo controle especial é concedido por estar compreendido na tabela I-A do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). [3,15,16]

Tabela 4.6. Medicamentos analgésicos estupefacientes com substâncias estupefacientes e psicotrópicas.^[15]

| DCI | Classificação quanto à dispensa | Classificação Estupefaciente | Observações |
|----------------------|--|---|--------------------------|
| Fentanilo | MSRM Especial-E | Tabela I-A ⁴ | - |
| Hidromorfona | | | |
| Morfina | | | |
| Tapentadol | | | |
| Remifentanilo | MSRM especial e restrita - Alínea a) do Artigo 118º do D.L. 176/2006 | | Uso exclusivo hospitalar |
| Sufentanilo | | | |
| Alfentanilo | | | |
| Buprenorfina | MSRM Especial-P | Tabela II-C ⁵ Psicotrópicos | - |
| Petidina | MSRM Especial-E | Tabela I-A Estupefaciente | Uso exclusivo hospitalar |

4.7. Medicamentos para tratamento da dependência de drogas

Alguns medicamentos usados para o tratamento da dependência de drogas, contêm buprenorfina, uma substância psicotrópica, sujeita a controle especial por estar compreendida na tabela II-C do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). [3,15]

⁴ Tabela I-A do Anexo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (Anexo 5).

⁵ Tabela II-C do Anexo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (Anexo 5).

Tabela 4.7. Medicamentos para tratamento da dependência de drogas com substâncias psicotrópicas.^[15]

| DCI | Classificação quanto à dispensa | Classificação Estupefaciente | Observações |
|--------------------------------|--|------------------------------|-------------|
| Buprenorfina | MSRM Especial – P | Tabela II-C Psicotrópicos | - |
| Buprenorfina + Naloxona | MSRM especial e restrita - Alínea c) do Artigo 118º do D.L. 176/2006 | | |

4.8. Outros medicamentos estupefacientes e psicotrópicos

Para além dos medicamentos referidos anteriormente, todos eles com ação no SNC, existem ainda outros medicamentos estupefacientes e psicotrópicos. Dentro do grupo dos antitússicos, aqueles que contêm codeína na sua composição, são estupefacientes e sujeitos a receita médica, estando sujeitos a especial controlo por estarem compreendidos na tabela III do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). Relativamente aos antiespasmódicos, existe um medicamento que contém clordiazepóxido na sua composição, tratando-se de um psicotrópico. É um medicamento sujeito a receita médica, estando sujeito a especial controlo por estar compreendido na tabela IV do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5). [3,15]

Tabela 4.8. Medicamentos com substâncias estupefacientes e psicotrópicas.^[15]

| Grupo Farmacoterapêutico | DCI | Classificação quanto à dispensa | Classificação Estupefaciente | Observações |
|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------|
| Antitússicos | Codeína | MSRM-E | Tabela III Estupefaciente | - |
| | Codeína + Feniltoloxamina | | | |
| Antiespasmódicos | Clordiazepóxido + Brometo de clidínio | MSRM-P | Tabela IV Psicotrópico | |

5. Consumo de substâncias psicoativas para uso não terapêutico

A procura por substâncias psicoativas para uso recreativo, pelas alterações ao nível comportamental que provocam, é bastante significativa. Dentro de todas as substâncias psicoativas apresentadas, podemos dividi-las em dois grupos, as lícitas e as ilícitas.

Atendendo no relatório preliminar do Terceiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal, 2012, realizado pelo Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa (CESNOVA) para o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), é possível obter dados mais precisos para esta realidade em Portugal. [17]

Os principais resultados são ao nível da prevalência do consumo de substâncias lícitas, ilícitas e das *legal highs*⁶, atualmente englobadas no campo das substâncias ilícitas (ver subcapítulo 7.4.). De entre outros objetivos do presente Inquérito, importa para o assunto em debate, a estimativa de prevalência dos diversos comportamentos de consumo e a sua comparação com a informação recolhida em 2001 e 2007, no Primeiro e Segundo Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População em Geral, respetivamente. A população em estudo compreende a população portuguesa residente no continente e Regiões Autónomas, com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos de idade. [17]

5.1. Substâncias psicoativas lícitas

A prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas, nomeadamente bebidas alcoólicas, tabaco e medicamentos psicotrópicos, é significativamente mais elevado que a prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, dada a maior facilidade de acesso a este tipo de substâncias. As bebidas alcoólicas são as substâncias psicoativas lícitas mais consumidas. Contudo, verifica-se que as declarações de consumo destas substâncias, no último ano, diminuíram, comparativamente com os Inquéritos de 2001 e 2007, sendo aqui considerada apenas a faixa etária dos 15 aos 64 anos. [17]

⁶ À data da realização do presente estudo, as ‘*legal highs*’ não estavam ainda sujeitas a legislação própria.

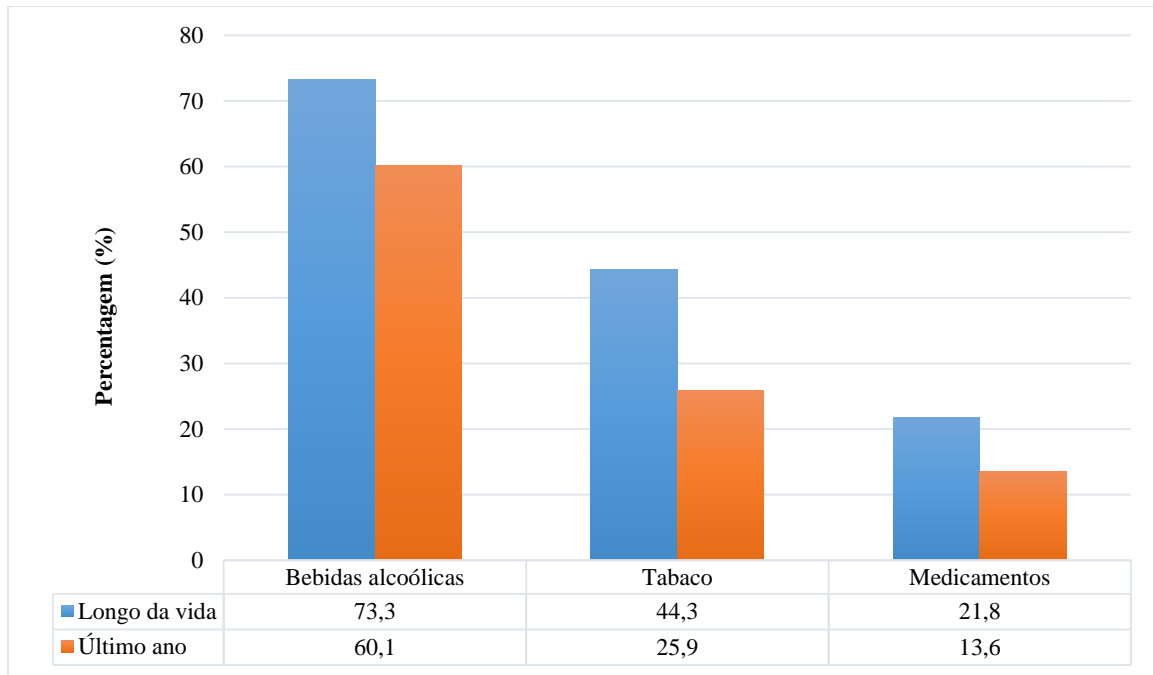


Figura 5.1. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas.^[17]

De acordo com a figura 5.1., verifica-se que as bebidas alcoólicas são as substâncias psicoativas lícitas com uma maior prevalência de consumo, sendo também as bebidas alcoólicas que apresentam uma maior taxa de continuidade de consumo (figura 5.2.)

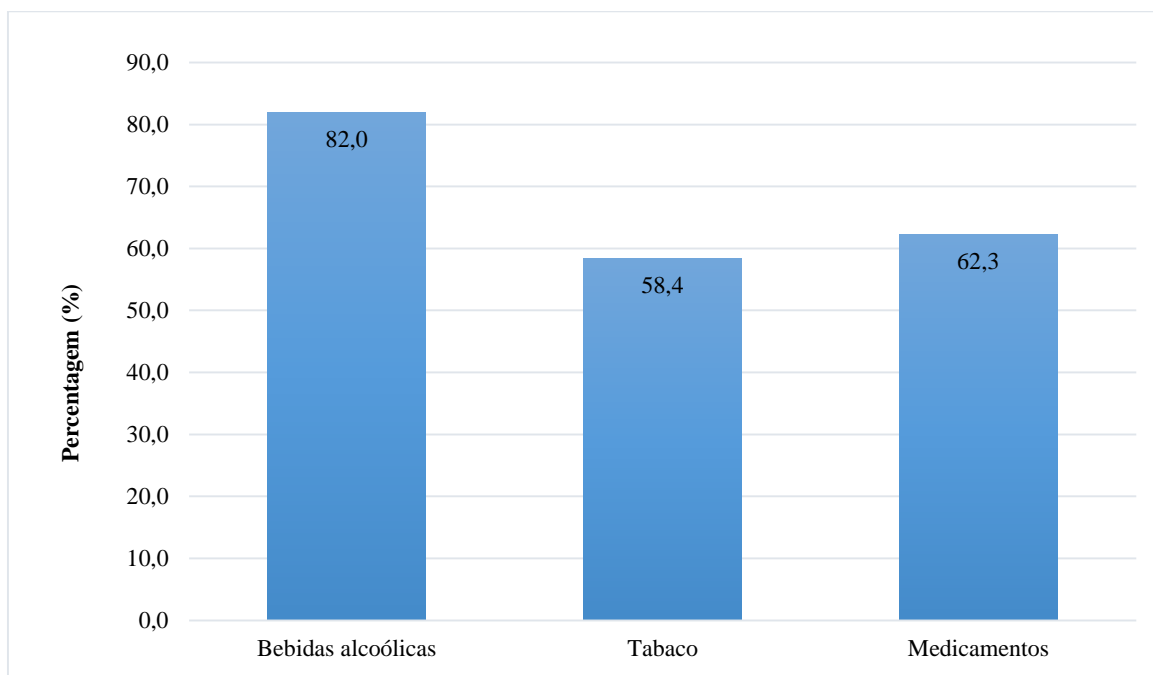


Figura 5.2. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas lícitas.^[17]

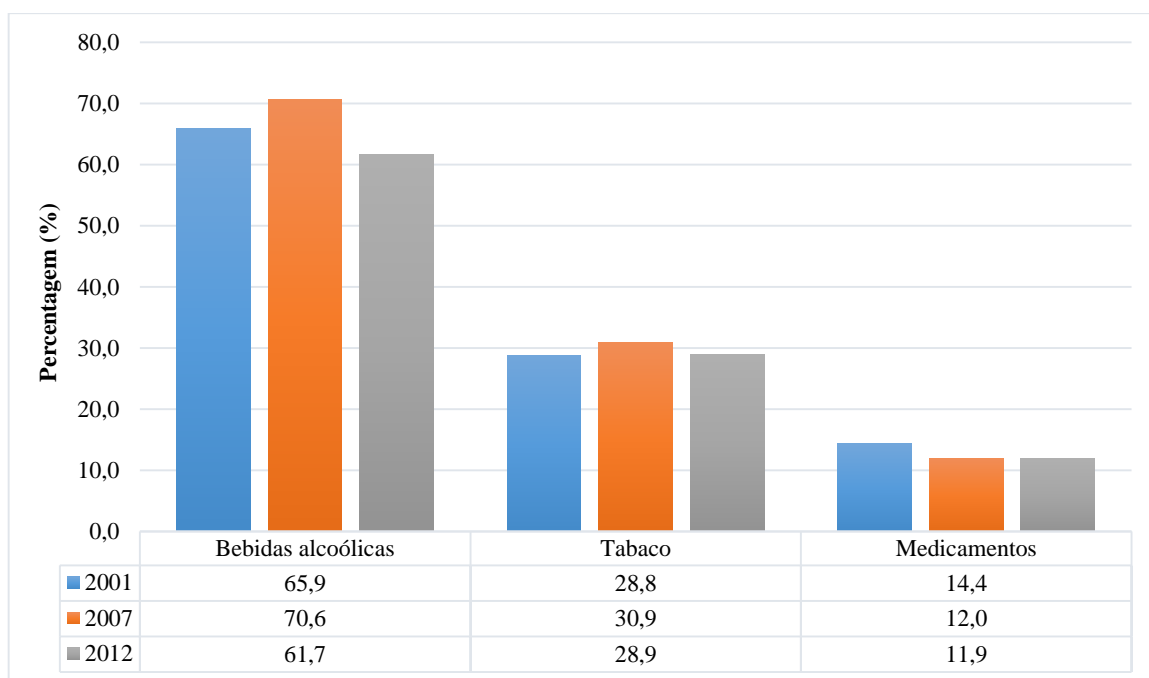


Figura 5.3. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas lícitas no último ano, comparação 2001 a 2012.^[17]

De acordo com a figura 5.3., comparando inquéritos anteriores, para a faixa etária dos 15 aos 64 anos, a prevalência de consumo, no último ano, de bebidas alcoólicas é de cerca de 61,7%, um valor inferior ao de 2007 (70,6%) e ao de 2001 (65,9%). Relativamente ao consumo de tabaco, para a faixa etária dos 15 aos 64 anos, a prevalência de consumo, no último ano, de tabaco é de cerca de 28,9%, um valor inferior ao de 2007 (30,9%) e semelhante ao de 2001 (28,8%). No caso dos medicamentos psicotrópicos, para a faixa etária dos 15 aos 64 anos, a prevalência de consumo, no último ano, é de cerca de 11,9%, um valor inferior ao de 2007 (12%) e ao de 2001 (14,4%).

5.1.1. Álcool

A percentagem de inquiridos que já terá consumido bebidas alcoólicas ao longo da vida atinge os 73,3%, verificando-se que 60,1% tê-lo-á feito no último ano. Para um consumo ao longo da vida, destaca-se a faixa etária dos 25 aos 54 anos, com 75% dos inquiridos. Para um consumo no último mês, destaca-se a faixa etária dos 25 aos 44 anos, com 73% dos

consumidores. A taxa de continuidade⁷ de consumo de bebidas alcoólicas é de 82%, sendo mais significativa para idades entre 15-34 anos, com cerca de 85%.

Tabela 5.1. Percentagem de diferentes tipos de consumo de bebidas alcoólicas e de dependentes na população total e na população consumidora.^[17]

| | % na população total | % na população consumidora |
|---|----------------------|----------------------------|
| Consumo sem risco/de baixo risco | 11,9 | 80,1 |
| Consumo de risco | 2,5 | 16,9 |
| Consumo nocivo | 0,1 | 0,9 |
| Dependência alcoólica | 0,3 | 2,1 |

De acordo com a tabela 5.1., verifica-se que cerca de 0,9% da população consumidora tem um consumo nocivo, o que traduz cerca de 0,1% da população. Quanto à dependência alcoólica, afeta cerca de 2,1% da população consumidora, o que traduz cerca de 0,3% da população.

5.1.2. Tabaco

A percentagem de inquiridos que já terá fumado ao longo da vida atinge os 44,3%, verificando-se que 25,9% tê-lo-á feito no último ano. Para um consumo ao longo da vida, destaca-se a faixa etária dos 25 aos 44 anos, com 52% dos consumidores. Para um consumo no último mês, destaca-se a faixa etária dos 25 aos 44 anos, com 36% dos consumidores. A taxa de continuidade de consumo de tabaco é de 58,4%, sendo mais significativa para idades entre 25-34 anos, com cerca de 72%. [17]

⁷ 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. [I]

Tabela 5.2. Percentagem de diferentes tipos de dependência do tabaco na população total e na população consumidora.^[17]

| | % dependentes na população total | % dependentes na população consumidora |
|-----------------------------|----------------------------------|--|
| Dependência baixa | 14,5 | 56,0 |
| Dependência moderada | 9,0 | 34,6 |
| Dependência elevada | 2,4 | 9,4 |

De acordo com a tabela 5.2., é possível aferir que cerca de 9,4% dos consumidores apresenta uma elevada dependência da nicotina, o que traduz cerca de 2,4% da população total. [17]

Tabela 5.3. Percentagem de diferentes tipos de motivação para a cessação tabágica na população consumidora.^[17]

| | % na população consumidora |
|---------------------------|----------------------------|
| Motivação baixa | 85,5 |
| Motivação moderada | 12,9 |
| Motivação elevada | 1,6 |

De acordo com a tabela 5.3., verifica-se que cerca de 85,5% dos fumadores apresenta uma taxa de motivação baixa. [17]

5.1.3. Medicamentos psicotrópicos

A percentagem de inquiridos que já terá consumido medicamentos psicotrópicos ao longo da vida atinge os 21,8%, verificando-se que 13,6% tê-lo-á feito no último ano. Para um consumo ao longo da vida, o consumo vai aumentando, à medida que a faixa etária também aumenta, verificando-se um consumo de 7,8% no grupo dos 15-24 anos, de 15,7% no grupo dos 25-34 anos, de 19,9% no grupo dos 35-44 anos, de 26,5% no grupo dos 45-54 anos, de 30,3% no grupo dos 55-64 anos e de 31,3% no grupo dos 65-74 anos. A taxa de continuidade de consumo de medicamentos psicotrópicos é de 62,3%, aumentando gradualmente à medida que se avança nos grupos etários, indo dos 50,9% dos 15-24 anos, aos 76,4% dos 65-74 anos. [17]

A percentagem de consumidores de medicamentos psicotrópicos que afirma nunca ter sentido consequência associadas ao seu consumo é elevada. Contudo, cerca de 24,3% dos consumidores, admitem a necessidade de reduzirem o seu consumo. [17]

5.2. Substâncias psicoativas ilícitas

Com base no Terceiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População em Geral, é apresentada a prevalência de consumo de algumas drogas mais comuns, nomeadamente da cannabis, da cocaína, das anfetaminas, do *ecstasy*, da heroína, do LSD e de cogumelos alucinogénios, para uma faixa etária dos 15 aos 74 anos. A cannabis é a substância psicoativa ilícita mais consumida. Comparando com as declarações de consumo destas substâncias, no último ano, comparativamente com os Inquéritos de 2001 e 2007, para uma faixa etária dos 15 aos 64 anos, verifica-se uma diminuição da prevalência de consumo de quase todas as substâncias enumeradas, à exceção do LSD, que apresenta agora um maior consumo e dos cogumelos alucinogénios, que mantém a percentagem de consumo. [17]

Aquando da realização deste estudo, as *legal highs*, também designadas por NSP, não estavam sujeitas a legislação própria e, por isso, a sua produção, venda e consumo eram legais. Contudo, atualmente essas substâncias estão sujeitas a legislação própria e, por isso, consideram-se substâncias psicoativas ilícitas. Para além deste estudo, o SICAD levou a cabo um outro – Estudo Sobre Consumos, Representações e Perceções das Novas Substâncias Psicoativas entre Estudantes Universitários, 2013 – cujos dados preliminares serão igualmente referidos.

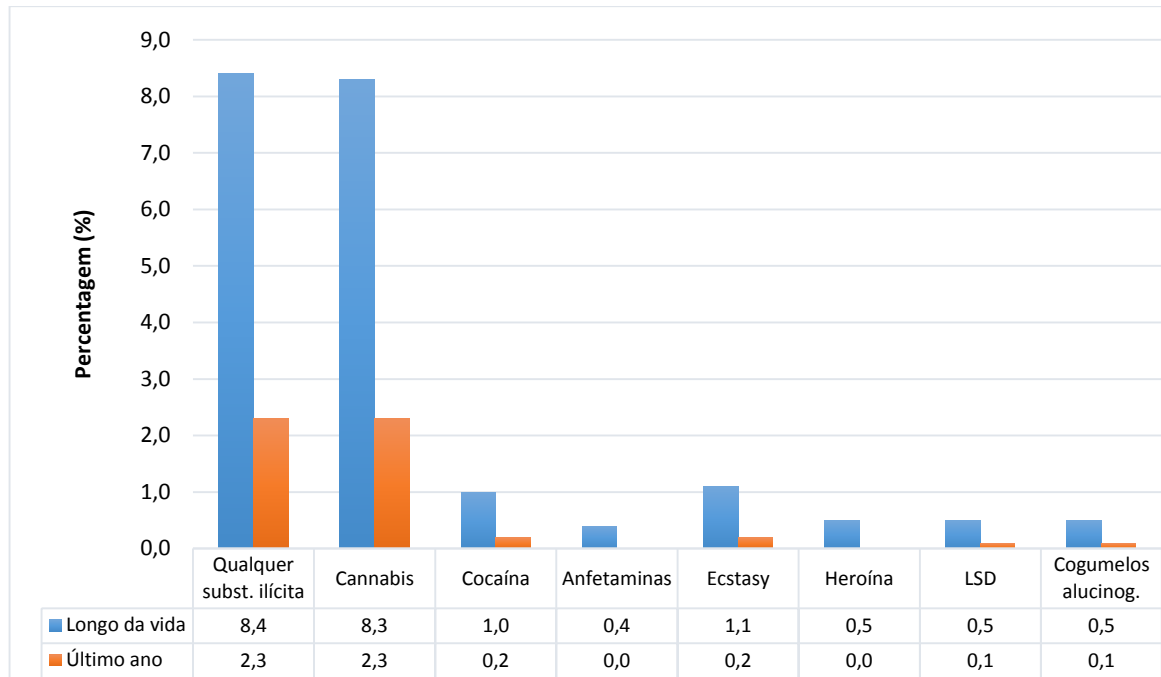


Figura 5.4. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas.^[17]

Analisando as substâncias psicoativas ilícitas (figura 5.4.), verifica-se que 8,4% dos consumidores já terá consumido qualquer uma delas, sendo que 2,3% dos consumidores tê-lo-á feito no último ano. A maior prevalência de consumo é entre os 15 e os 44 anos. [17]

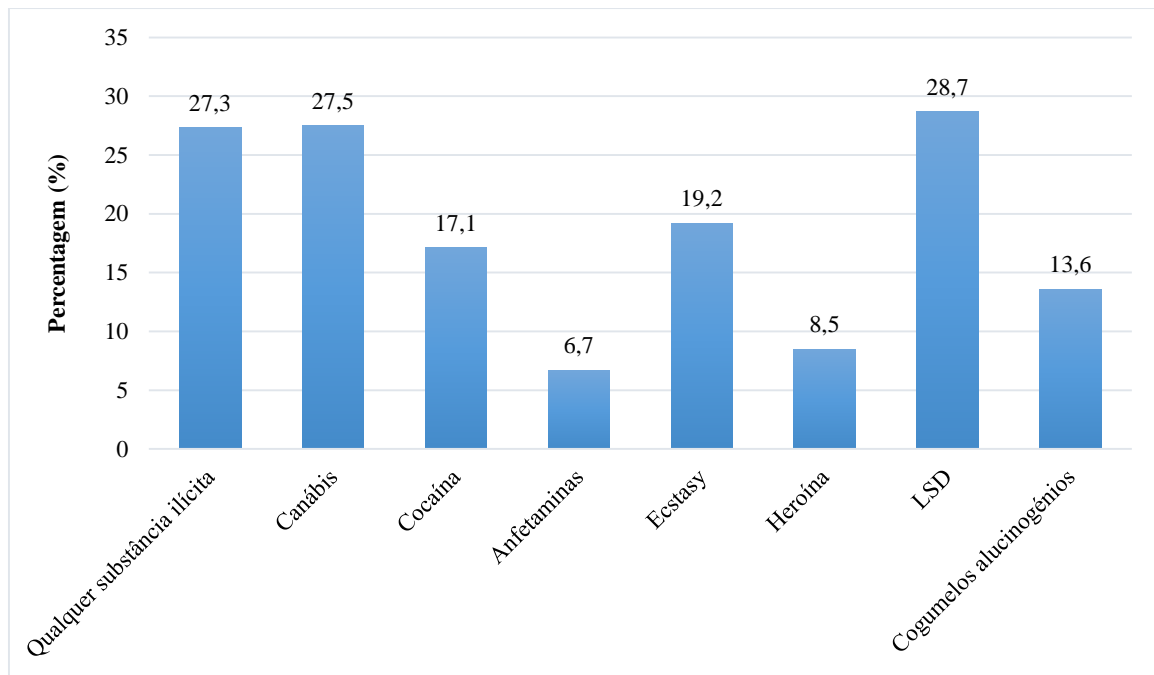


Figura 5.5. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas ilícitas.^[17]

De acordo com a figura 5.5., a taxa de continuidade de qualquer substância ilícita é de 27,3%. A faixa etária dos 14 aos 24 anos é a que apresenta taxas de continuidade mais elevadas, sendo que esses valores vão diminuindo de forma bastante significativa à medida que a faixa etária aumenta, desaparecendo as taxas de continuidade na faixa dos 55 aos 74 anos, exceto para a cannabis. [17]

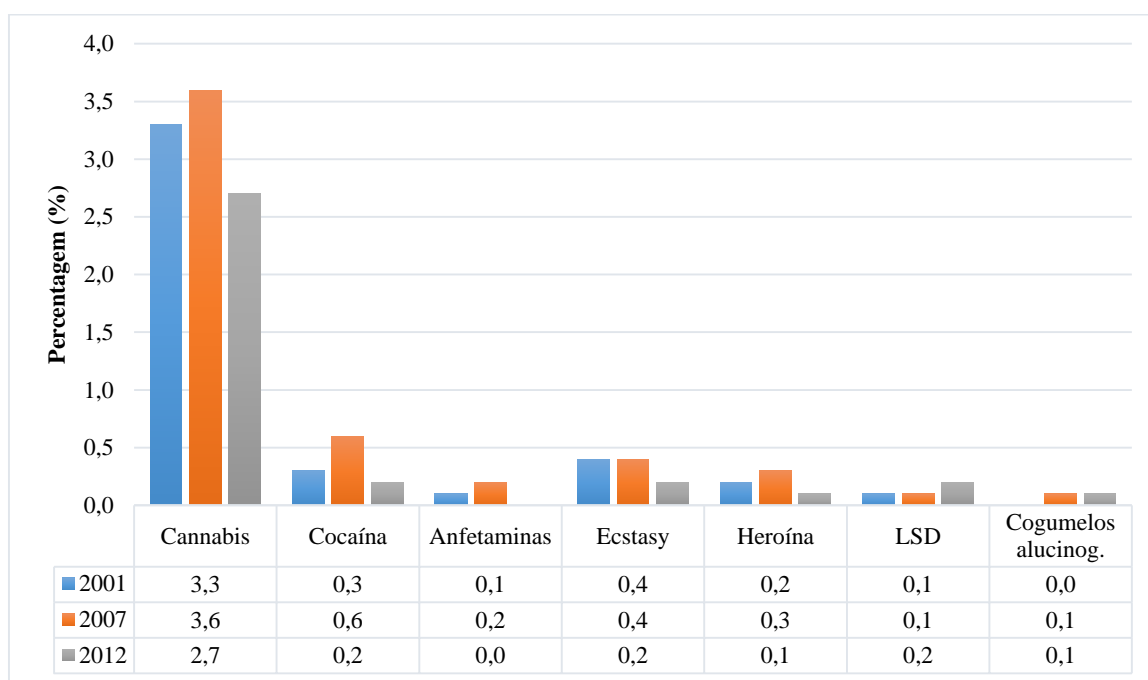


Figura 5.6. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas ilícitas no último ano, comparação 2001 a 2012.^[17]

Comparativamente a Inquéritos anteriores, para a faixa etária dos 15 aos 64 anos, a prevalência de consumo de qualquer substância ilícita, no último ano, é de cerca de 2,7%, um valor inferior ao de 2007 (3,7%) e ao de 2001 (3,4%), tal como mostra a figura 5.6. Este padrão de evolução mantém-se igual para cada uma das substâncias exceto o LSD, cuja prevalência aumentou em 2012, e os cogumelos alucinogênicos, que mantêm a prevalência de consumo. [17]

5.2.1. Cannabis

A percentagem de inquiridos que já terá consumido cannabis ao longo da vida atinge os 8,3%, verificando-se que 2,3% tê-lo-á feito no último ano. Para um consumo ao longo da vida, destaca-se a faixa etária dos 25 aos 34 anos, com 16,1% dos inquiridos. A taxa de

continuidade de consumo de cannabis é de 27,5%, sendo mais significativa para idades entre 15-24 anos, com cerca de 45%. Cerca de 25,6% dos consumidores de cannabis afirmam já ter sentido pelo menos umas das consequências negativas associadas ao seu consumo, tais como desejo forte em voltar a consumir a substância e um menor efeito produzido pela mesma quantidade de produto. [17]

5.2.2. Cocaína

A percentagem de inquiridos que já terá consumido cocaína ao longo da vida atinge 1%, verificando-se que 0,2% tê-lo-á feito no último ano. Para um consumo ao longo da vida, destaca-se a faixa etária dos 25 aos 44 anos, com 1,8% dos inquiridos. A taxa de continuidade de consumo de cocaína é de 17,1%. Cerca de 47,7% dos consumidores de cocaína afirmam já ter apresentado pelo menos um sintoma negativo associado ao seu consumo. [17]

5.2.3. Anfetaminas

A percentagem de inquiridos que já terá consumido anfetaminas ao longo da vida atinge os 0,4%, não se verificando hábitos de consumo no último ano. Para um consumo ao longo da vida, destaca-se a faixa etária dos 25 aos 34 anos, com 0,7% dos inquiridos. A taxa de continuidade de consumo de anfetaminas é de 6,7%. Cerca de 50% dos consumidores de anfetaminas afirmam já ter apresentado pelo menos um sintoma negativo associado ao seu consumo. [17]

5.2.4. Ecstasy

A percentagem de inquiridos que já terá consumido *ecstasy* ao longo da vida atinge os 1,1%, verificando-se que 0,2% tê-lo-á feito no último ano. Para um consumo ao longo da vida, destaca-se a faixa etária dos 25 aos 34 anos, com 2,7% dos inquiridos. A taxa de continuidade de consumo de *ecstasy* é de 19,2%, sendo mais significativa para idades entre 15-24 anos, com cerca de 75,7%. Cerca de 68,9% dos consumidores de *ecstasy* afirmam não ter sentido qualquer consequência relacionada com o seu consumo. [17]

5.2.5. Heroína

A percentagem de inquiridos que já terá consumido heroína ao longo da vida atinge os 0,5%, não se verificando hábitos de consumo no último ano. Para um consumo ao longo da vida, destaca-se a faixa etária dos 35 aos 44 anos como a que apresenta maior prevalência. A taxa de continuidade de consumo de heroína é de 8,5%. Cerca de 67,4% dos consumidores de heroína afirmam já ter sentido pelo menos um sintoma negativo relacionado com o seu consumo. [17]

5.2.6. LSD

A percentagem de inquiridos que já terá consumido LSD ao longo da vida atinge os 0,5%, verificando-se que 0,1% tê-lo-á feito no último ano. A taxa de continuidade de consumo de LSD é de 28,7%, sendo mais significativa para idades entre 15-24 anos, com cerca de 48,7%. Cerca de 66,1% dos consumidores de LSD afirmam não ter sentido qualquer consequência relacionada com o seu consumo. [17]

5.2.7. Cogumelos alucinogénios

A percentagem de inquiridos que já terá consumido cogumelos alucinogénios ao longo da vida atinge os 0,5%, verificando-se que 0,1% tê-lo-á feito no último ano. Para um consumo ao longo da vida, destaca-se a faixa etária dos 25 aos 34 anos como a que apresenta maior prevalência. A taxa de continuidade de consumo de cogumelos alucinogénios é de 13,6%. Cerca de 81,2% dos consumidores de cogumelos alucinogénios afirmam não ter sentido qualquer consequência relacionada com o seu consumo. [17]

5.2.8. Novas substâncias psicoativas

Segundo o Terceiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, a prevalência destas substâncias é de cerca de 0,4%, para um consumo no último ano, e de 0,1% para um consumo no último mês. Trata-se de um comportamento que se concentra nas faixas etárias mais baixas sendo que, entre 15 e 24 anos, 1% já consumiu, entre 25 e 34 anos, 0,8% já consumiu e entre os 35 e 44 anos, 0,3 já consumiu. Relativamente

ao seu método de aquisição, 43,8% dos consumidores terão adquirido os produtos em *Smart Shops* e 12,5% através da internet. [17]

Um estudo realizado pelo SICAD sobre consumos, representações e percepções das NSP, a um total de 500 estudantes que frequentam o Campus Universitário de Lisboa (Campo Grande), com idade média de 23 anos⁸, permite tirar algumas conclusões preliminares sobre a procura por este tipo de substâncias. De notar que os dados foram recolhidos em janeiro e fevereiro de 2012, correspondendo a um período em que a venda e o consumo destas substâncias eram ainda legais. Segundo alguns dados preliminares, verifica-se uma prevalência de consumo de NSP, pelo menos uma vês na vida, de 29% dos inquiridos, sendo que 18,6% tê-lo-á feito no último ano. [18]

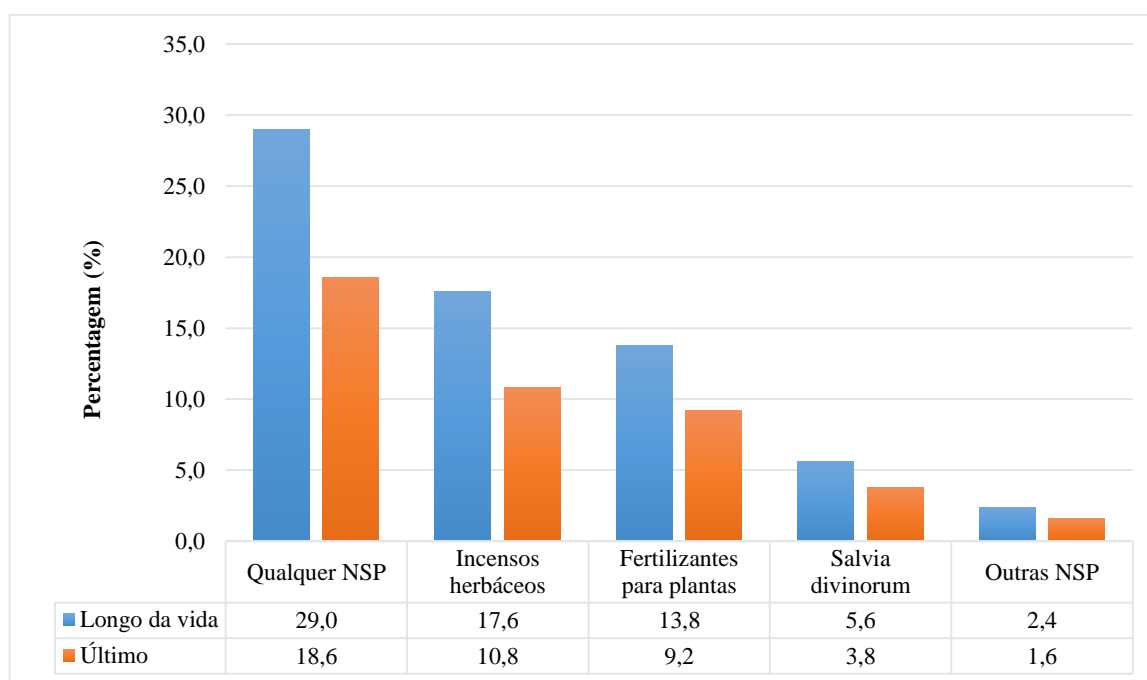


Figura 5.7. Prevalência de consumo de NSP.^[18]

De acordo com a figura 5.7., e analisando isoladamente o tipo de NSP, verifica-se que os incensos herbáceos são os que têm maior prevalência, com um consumo ao longo da vida de 17,6% e um consumo no último ano de 10,8%, seguindo-se os fertilizantes para plantas, com um consumo ao longo da vida de 13,8% e um consumo no último ano de 9,2%, e da *salvia*

⁸ Amostra não probabilística, por conveniência, utilizada como ferramenta exploratória e não representativa do universo da população-alvo.

divinorum, com um consumo ao longo da vida de 5,6% e um consumo no último ano de 3,8%. Por fim, o consumo de outras NSP tem uma prevalência de consumo de 2,4%, para um consumo ao longo da vida, e de 1,6%, para um consumo no último ano. A taxa de continuidade dos consumos de NSP é de 64,1%. [18]

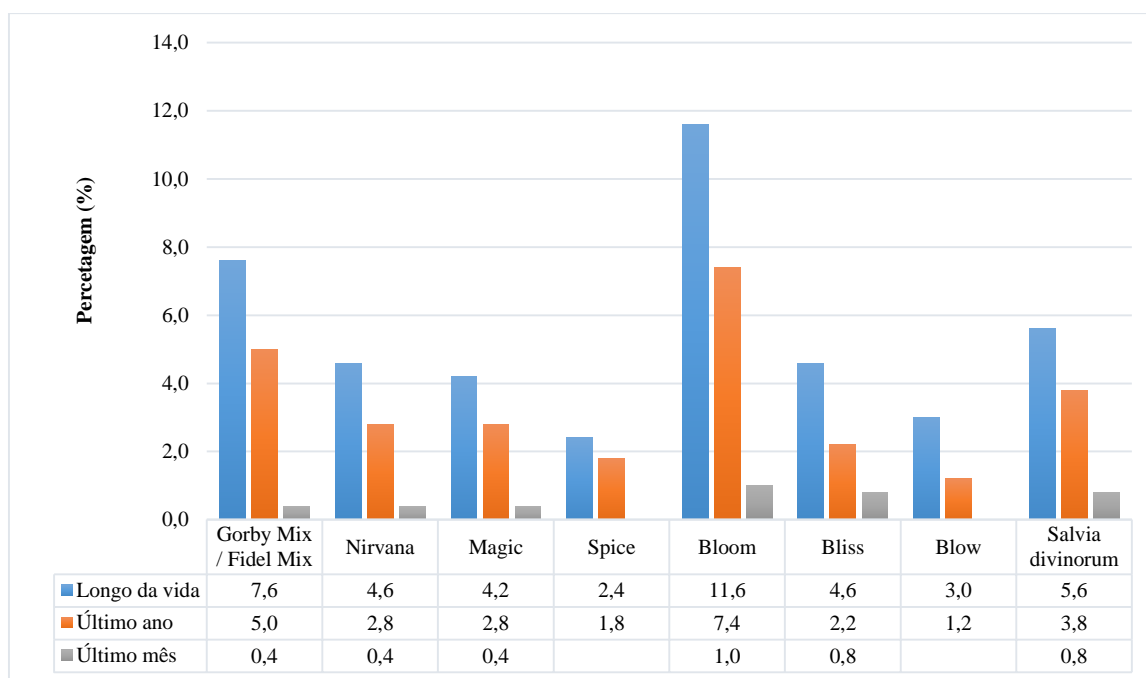


Figura 5.8. Frequência do Consumo de NSP específicas.^[18]

De acordo com a figura 5.8., e analisando isoladamente os produtos disponíveis em Portugal que contêm as substâncias anteriores, verifica-se que dos incensos herbáceos, o Gorby Mix/Fidel Mix são os mais consumidos, com uma prevalência de consumo de 7,6% ao longo da vida, e de 5,0% no último ano, seguindo-se o Nirvana, o Magic e o Spice, com uma prevalência de consumo, ao longo da vida, de 4,6%, 4,2% e 2,4%, respetivamente e, no último ano, de 2,8%, 2,8% e 1,8%, respetivamente. Para os fertilizantes para plantas, o Bloom é o mais consumido, com uma prevalência de consumo de 11,6% ao longo da vida, e de 7,4% no último ano, seguindo-se o Bliss e o Blow, com uma prevalência de consumo, ao longo da vida, de 4,6% e 3,0%, respetivamente e, no último ano, de 2,2% e 1,2%, respetivamente. [18]

Atendendo ainda na figura 5.8., e analisando um consumo recorrente destas substâncias (último mês), verificam-se valores de prevalência de consumo mais elevados, no último mês, para o Bloom (1,0%), o Bliss (0,8%) e para a salvia divinorum (0,8%), o que demonstra que

os fertilizantes e a salvia divinorum são as NSP mais procuradas recorrentemente pela população em estudo. [18]

Atendendo unicamente aos consumidores ao longo da vida de NSP, verifica-se que:

1. 24% costuma consumir mais do que uma substância psicoativa lícita ou ilícita na mesma ocasião, sendo que 13% assume consumir álcool e derivados de cannabis e 6% assume consumir álcool, derivados de cannabis e NSP;
2. 95% já teve conhecimento de amigos que tenham recorrido a assistência médica devido ao consumo de NSP;
3. 94% já terá consumido outras drogas ilícitas e 6% nunca terá consumido quaisquer outra droga ilícita.
4. As motivações que levaram ao seu consumo foram a curiosidade (51,0), querer sentir-se bem (43,0)%, ajudar a relaxar (35,0%), entre outras;
5. 50% diz ter percebido uma enorme vontade de rir (50,0%), um estado alterado da consciência (36,0%), um estado de relaxamento (32,0%), uma sensação de euforia (31,0%) e de bem-estar (31,0%);
6. Os principais sintomas físicos sentido foram a secura da boca (65,0%), dilatação das pupilas (37,0%), taquicardia ou arritmia (32,0%) e perda de equilíbrio (25,0%). [18]

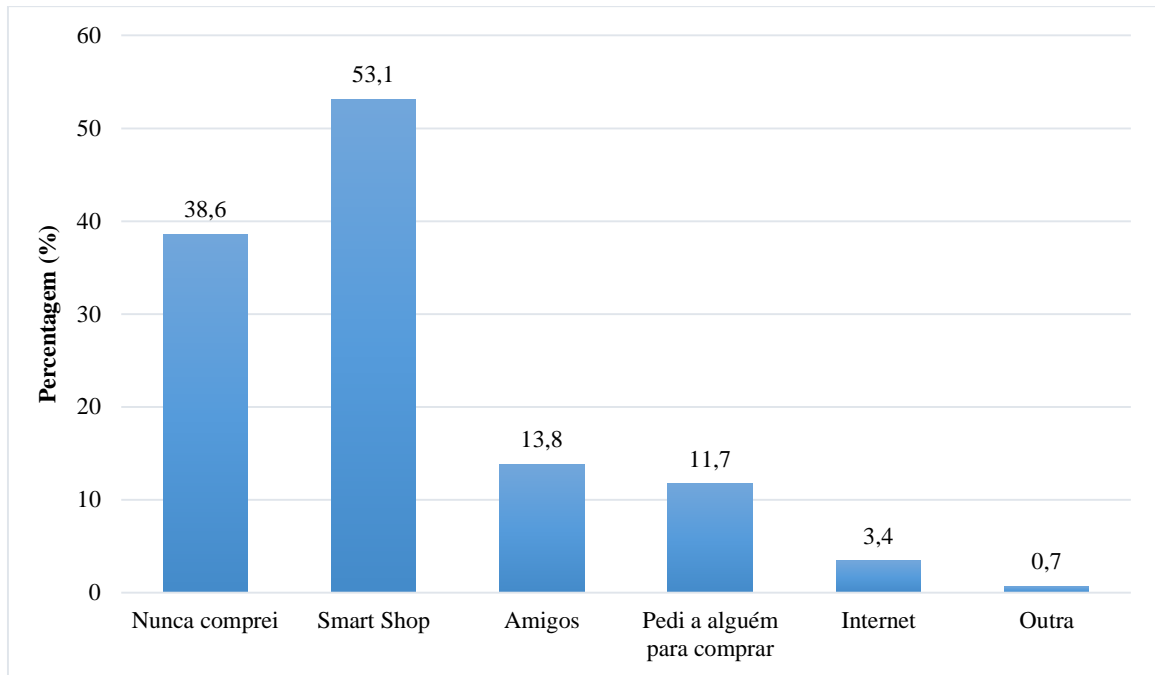


Figura 5.9. Hábitos de aquisição de NSP.^[18]

Relativamente à aquisição das NSP, 53,1% terá comprado em *Smart shops* e 3,4% na internet, 13,8% terá comprado a amigos, e 11,7% terá pedido a alguém para comprar. [18]

6. Legislação em vigor

As substâncias psicoativas, pelas inúmeras consequências para a saúde humana que já foram referidas, estão sujeitas a legislação específica que regulam a sua produção, comercialização, rotulagem e informação, importação, exportação e publicidade. Além disso, este tipo de legislação, nalguns casos, define concretamente o tipo de substâncias psicoativas que, provado o risco para a saúde, não é permitida a sua comercialização, ou qualquer atividade inerente.

6.1. Tabaco

A Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Controlo do Tabaco, adotada em Genebra, pela 56^a Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2003, estabelece normas tendentes à prevenção do tabagismo, por forma a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos, nomeadamente mortes e doenças relacionadas com o seu consumo. Surge, sobretudo, do reconhecimento de que a propagação da epidemia do tabagismo constitui um problema a nível mundial, com sérias consequências de saúde pública, sociais, económicas e ambientais, como consequência direta do consumo e produção de cigarros e outros produtos originários do tabaco. [4,19]

As principais normas definidas referem-se à:

- a. proteção da exposição involuntária ao fumo do tabaco;
- b. regulamentação da composição dos produtos do tabaco, da embalagem e etiquetagem e das informações a prestar sobre estes produtos;
- c. sensibilização e educação para a saúde;
- d. proibição da publicidade a favor do tabaco, promoção e patrocínio;
- e. medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e de cessação do consumo;
- f. venda a menores. [4,19]

Em Portugal, o disposto na presente Convenção foi executado através da Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, que entrou em vigor no dia 1 de janeiro de 2008, e veio trazer mais imposições aos produtores e vendedores de produtos do tabaco, mais restrições aos fumadores e uma maior sensibilização e promoção de hábitos saudáveis junto da restante população.

Como forma de proteger os não-fumadores, sobretudo menores idosos e doentes, da exposição ao fumo do tabaco e promover hábitos não tabágicos, a presente Lei proíbe o ato de fumar nos seguintes locais:

- a. locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da Administração Pública e pessoas coletivas públicas;
- b. locais de trabalho;
- c. locais de atendimento direto ao público;
- d. estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM);
- e. lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;
- f. locais destinados a menores de 18 anos;
- g. estabelecimentos de ensino, incluindo áreas exteriores e interiores.
- h. centros de formação profissional;
- i. museus, coleções visitáveis e locais onde se guardem bens culturais classificados, centros culturais, arquivos e bibliotecas, salas de conferência, de leitura e de exposição;
- j. salas e recintos de espetáculos e outros locais destinados à difusão das artes e do espetáculo, incluindo as antecâmaras, acessos e áreas contíguas;
- k. recintos de diversão e recintos destinados a espetáculos de natureza não artística;
- l. zonas fechadas das instalações desportivas;
- m. recintos das feiras e exposições;
- n. conjuntos e grandes superfícies comerciais e estabelecimentos comerciais de venda ao público;
- o. estabelecimentos hoteleiros e outros onde sejam prestados serviços de alojamento;
- p. estabelecimentos de restauração ou de bebidas;
- q. cantinas, refeitórios e bares de entidades públicas e privadas destinados exclusivamente ao respetivo pessoal;
- r. áreas de serviço e postos de abastecimento de combustíveis;
- s. aeroportos, estações ferroviárias, estações rodoviárias de passageiros e gares marítimas e fluviais;
- t. instalações do metropolitano afetas ao público, designadamente nas estações terminais ou intermédias, em todos os seus acessos e estabelecimentos ou instalações contíguas;

- u. parques de estacionamento cobertos;
- v. elevadores, ascensores e similares;
- w. cabinas telefónicas fechadas;
- x. recintos fechados das redes de levantamento automático de dinheiro;
- y. qualquer outro lugar onde, por determinação da gerência ou de outra legislação aplicável, designadamente em matéria de prevenção de riscos ocupacionais, se proíba fumar. [4]

É ainda proibido fumar em veículos afetos aos transportes públicos urbanos, suburbanos e interurbanos de passageiros, bem como em transportes rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais, em serviços expressos, turísticos e de aluguer, em táxis, ambulâncias, veículos de transporte de doentes e teleféricos. [4]

Contudo, verificam-se as seguintes exceções em alguns dos locais acima referidos, nomeadamente:

- a. em áreas exclusivamente destinadas a pacientes fumadores em hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento e reabilitação e unidades de internamento de toxicódependentes e de alcoólicos, no caso dos locais referidos anteriormente na alínea d.;
- b. em unidades de alojamento, em celas ou camaratas, nos estabelecimentos prisionais, devidamente criadas para o efeito;
- c. em áreas expressamente previstas para o efeito, no caso dos locais referidos anteriormente nas alíneas a., b., e., j., k., m., n., o. e s., dos estabelecimentos de ensino superior e dos centros de formação que não sejam frequentados por menores de 18 anos;
- d. em áreas ao ar livre, no caso dos locais referidos anteriormente nas alíneas a., b., c., d., e., h., i., j., k., l., m., n., o., p., q. e s., dos estabelecimentos de ensino superior e das áreas de serviço, desde que fora das zonas onde se realize o abastecimento de veículos. [4]

As exceções a., b. e c. só são permitidas se essas áreas estiverem devidamente sinalizadas e separadas fisicamente das restantes instalações ou disponham de dispositivos de ventilação e se estiver garantida a ventilação direta para o exterior, através da extração de ar. A sinalização obrigatória que faz a distinção de áreas onde é permitido ou interdito fumar, é:

[4]



Figura 6.1. Dísticos informativos para a sinalização da interdição ou permissão de fumar.^[4]

Relativamente à regulamentação da composição dos produtos do tabaco, a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto define que os cigarros devem ser submetidos às medições pelo fabricante ou importador de produto de tabaco, que é responsável pelos respetivos encargos. Os cigarros comercializados ou fabricados em território nacional não podem ter, por cigarro, teores superiores a:

- a. 10 mg de alcatrão;
- b. 1 mg de nicotina;
- c. 10 mg de monóxido de carbono. [4]

Os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem ainda apresentar à Direção-Geral da Saúde, anualmente, a lista de todos os ingredientes e respetivas quantidades utilizados no fabrico dos seus produtos do tabaco, por marca e tipo individuais. [4]

A regulamentação da embalagem e etiquetagem permite não só alertar os consumidores para os riscos associados aos hábitos tabágicos e, conseqüentemente incentivar a diminuição da procura do consumo de produtos do tabaco. Como tal, não podem ser comercializadas embalagens de cigarros contendo menos de 20 unidades, impedindo a venda de produtos do tabaco em menores quantidades e, por isso, mais acessíveis financeiramente. A comercialização de tabacos destinados ao uso oral também não é permitida. [4]

Assim, para conhecimento dos consumidores, da composição dos produtos do tabaco, os teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono medidos devem ser impressos numa face lateral dos maços ou noutras embalagens de cigarros. Todas as unidades de embalagem dos produtos do tabaco devem apresentar as seguintes advertências gerais:

- a. «Fumar mata»;
- b. «Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeiam» (que ocupe pelo menos 30% de uma área externa da embalagem). [4]

Em acréscimo, deve ainda constar uma das seguintes advertências complementares (que ocupe pelo menos 40% da outra área externa da embalagem):

- a. «Os fumadores morrem prematuramente»;
- b. «Fumar bloqueia as artérias e provoca ataques cardíacos e enfartes»;
- c. «Fumar provoca o cancro pulmonar mortal»;
- d. «Se está grávida: fumar prejudica a saúde do seu filho»;
- e. «Proteja as crianças: não as obrigue a respirar o seu fumo»;
- f. «O seu médico ou o seu farmacêutico podem ajudá-lo a deixar de fumar»;
- g. «Fumar causa elevada dependência. Não comece a fumar»;
- h. «Deixar de fumar reduz os riscos de doenças cardiovasculares e pulmonares mortais»;
- i. «Fumar pode provocar uma morte lenta e dolorosa»;
- j. «Para o ajudar a deixar de fumar, consulte o seu médico ou contacte o seu farmacêutico»;
- k. «Fumar pode reduzir o fluxo de sangue e provoca impotência»;
- l. «Fumar provoca o envelhecimento da pele»;
- m. «Fumar pode prejudicar o esperma e reduz a fertilidade»;
- n. «O fumo contém benzeno, nitrosaminas, formaldeído e cianeto de hidrogénio». [4]

Na sequência dos fatores que ditaram a aprovação da presente Lei, a venda de produtos do tabaco não pode ser feita deliberadamente. Assim, está proibida a venda de produtos do tabaco nos seguintes locais:

- a. locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da Administração Pública e pessoas coletivas públicas;
- b. estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem MNSRM;

- c. lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;
- d. locais destinados a menores de 18 anos;
- e. estabelecimentos de ensino, incluindo áreas exteriores e interiores;
- f. centros de formação profissional;
- g. instalações desportivas;
- h. cantinas, refeitórios e bares de entidades públicas e privadas, destinados exclusivamente ao respetivo pessoal. [4]

Adicionalmente, a venda de produtos do tabaco é proibida:

- a. a menores com idade inferior a 18 anos;
- b. através de máquinas de venda automática, que não estejam no interior do estabelecimento comercial, de forma a serem visualizadas pelo responsável do estabelecimento e munidas de um dispositivo eletrónico ou outro sistema bloqueador que impeça o seu acesso a menores de 18 anos;
- c. através de meios de televenda;
- d. em embalagens promocionais ou a preço reduzido;
- e. a um preço inferior a um preço mínimo de referência, estabelecido por portaria conjunta dos Ministros do Estado e das Finanças e da Saúde. [4]

Como agentes de risco para a saúde, os produtos do tabaco estão habilitados, de forma restrita, à publicidade e promoção. Como tal, são proibidas todas as formas de publicidade e promoção ao tabaco e aos produtos do tabaco, através de suportes publicitários nacionais ou com sede em Portugal, exceto:

- a. a informação comercial circunscrita às indicações de preço, marca e origem, exclusivamente no interior dos estabelecimentos habilitados à venda de produtos do tabaco, desde que não seja visível no exterior;
- b. a publicidade na imprensa e outros meios de comunicação, exclusivas aos profissionais do comércio do tabaco;
- c. a promoção de produtos do tabaco quando se destine apenas aos profissionais do comércio do tabaco, não influenciando o ato de venda ao público. [4]

Assim, de notar que é proibido:

- a. a publicidade ao tabaco, ou ao seu uso, em máquinas de venda automática;
- b. a distribuição gratuita ou a venda promocional de produtos do tabaco;

- c. a distribuição de brindes, atribuição de prêmios ou a realização de concursos por parte de empresas relacionadas com o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco;
- d. a introdução de cupões ou outro elementos estranhos nas embalagens;
- e. a promoção de vendas e a introdução no consumo de embalagens miniatura;
- f. a colocação de nomes, marcas ou emblemas de um produto de tabaco em objetos de consumo que não os próprios produtos do tabaco;
- g. o fabrico e a comercialização de jogos, brinquedos, jogos de vídeo, alimentos ou guloseimas com a forma de produtos do tabaco, ou com logótipos de marcas de tabaco.
- h. qualquer forma de contributo público ou privado, de eventos ou atividades, por empresas cuja atividade seja o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco. [4]

Como forma de combater os hábitos tabágicos, determina a Lei n.37/2007, de 14 de agosto que as empresas produtoras, distribuidoras, subsidiárias ou afins, de produtos do tabaco, estão proibidas de promover campanhas ou outras iniciáticas que visem direta ou indiretamente a informação sobre a prevenção do tabagismo. Por outro lado, é dever do Estado contribuir para a criação de condições favoráveis à prevenção e controlo do tabagismo, tal como é dever dos serviços de saúde promover e apoiar a informação e a educação para a saúde dos cidadãos, relativamente aos malefícios do consumo de tabaco e a importância da cessação tabágica, tal como devem ser criadas consultas de cessação tabágica, em todos os centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos serviços hospitalares públicos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes. [4]

A temática da prevenção e do controlo do tabagismo deve ser abordada no âmbito da educação para a cidadania, a nível dos ensinos básico e secundário e dos *curricula* da formação profissional, bem como da formação pré e pós-graduada dos professores destes níveis de ensino, da mesma forma que esta temática, com especial incidência no tratamento do uso e da dependência do tabaco deve fazer parte dos *curricula* da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros. [4]

Para efeitos do incumprimento do disposto na Lei n.º37/2007, de 14 de agosto, as contraordenações são punidas, essencialmente, com coimas. [4]

6.2. Álcool

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, que entrou em vigor no dia 1 de maio de 2013, estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e abertos ao público. Surge, na sequência de vários indicadores alarmantes, sobretudo junto de consumidores menores, cujo consumo de bebidas alcoólicas. [5]

Assim, determinou a elaboração do presente Decreto-Lei:

- a. a existência de padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo (*binge drinking*), sobretudo em adolescentes e jovens adultos;
- b. a relação entre estes padrões de consumo e a sua precocidade parece ser responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica;
- c. a necessidade de colocar barreiras ao consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes, através do aumento da idade mínima de acesso e da proibição correspondente de venda, conforme recomendação da OMS, bem como fazer a diferenciação entre bebidas alcoólicas espirituosas de outras bebidas alcoólicas;
- d. estudos efetuados no âmbito do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool e o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012. [5]

Portanto, de acordo com o Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, as bebidas alcoólicas são diferenciadas em espirituosas e não espirituosas, para efeitos do disposto na legislação. Entende-se por bebida alcoólica, cerveja, vinho, outra bebida fermentada, produto intermédio, podendo ser espirituosa ou não espirituosa. Por bebida espirituosa entende-se qualquer bebida alcoólica destinada ao consumo humano que possui características organoléticas específicas e um título alcoométrico mínimo de 15 % vol., sendo produzida diretamente por destilação, maceração ou adição de aromas ou pela mistura de uma bebida espirituosa com outra bebida, de álcool etílico de origem agrícola ou de certos destilados. bebida alcoólica não espirituosa (anexo 1). A bebida não espirituosa corresponde a toda a

bebida que, por fermentação, destilação ou adição, contenham um título alcoométrico superior a 0,5 % vol., mas inferior ao definido para as bebidas espirituosas. [5,20]

Na sequência dos fatores que ditaram a aprovação do presente Decreto-Lei, a venda de bebidas alcoólicas não pode ser feita deliberadamente. Assim, é proibido facultar, vender ou colocar à disposição, em locais públicos ou abertos ao público:

- a. bebidas alcoólicas espirituosas, ou equiparadas, a menores de 18 anos de idade;
- b. qualquer bebidas alcoólica, a menores de 16 anos de idade, ou a quem se apresente notoriamente embriagado ou aparente possuir anomalia psíquica. [5]

Estas proibições impostas devem constar de aviso afixado de forma visível nos locais públicos e abertos ao público onde se venda e ou se possa consumir bebidas alcoólicas. [5]

No mesmo sentido, é proibido às pessoas referidas anteriormente consumirem as respetivas bebidas alcoólicas indicadas, em locais públicos ou abertos ao público. Os indivíduos menores de idade, que violem o presente Decreto-Lei, estão sujeito à notificação da ocorrência ao respetivo representante legal ou ao núcleo de apoio a crianças e jovens em risco localizado no centro de saúde ou hospital da sua área de residência, em situações de reincidência ou impossibilidade da primeira opção. [5]

Como forma de promoção de hábitos saudáveis e de promoção para a saúde humana, o presente Decreto-Lei proíbe a disponibilização, a venda e o consumo de bebidas alcoólicas nos seguintes locais:

- a. cantinas, bares e outros estabelecimentos de restauração ou de bebidas, acessíveis ao público, localizados nos estabelecimentos de saúde;
- b. máquinas automáticas;
- c. postos de abastecimento de combustível localizados nas autoestradas ou fora das localidades, não estando incluídos os estabelecimentos de restauração ou de bebidas;
- d. qualquer estabelecimento, entre as 0 e as 8 horas, com exceção dos estabelecimentos comerciais de restauração ou de bebidas, dos estabelecimentos situados em portos e aeroportos em local de acessibilidade reservada a passageiros e dos estabelecimentos de diversão noturna e análogos. [5]

Para além do Decreto-lei n.º 54/2013, de 16 de abril, existem outros documentos que preveem um regime jurídico relacionado, direta ou indiretamente, com bebidas alcoólicas.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de janeiro, é interdito aos vendedores ambulantes exercer a sua atividade junto de estabelecimentos escolares dos ensinos básico e secundário, sempre que a respetiva atividade se relacione com a venda de bebidas alcoólicas. [21]

Como agente de risco para a saúde, as bebidas alcoólicas estão habilitadas, de forma restrita, à publicidade. A sua legislação é imposta pelo Código da Publicidade, definido no Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de outubro. Assim, a publicidade a bebidas alcoólicas, independentemente do suporte utilizado para a sua difusão, só é consentida quando:

- a. não seja dirigida especificamente a menores e, em particular, não os apresente a consumir tais bebidas;
- b. não encoraje consumos excessivos;
- c. não menospreze os não consumidores;
- d. não sugira sucesso, êxito social ou especiais aptidões por efeito do consumo;
- e. não sugira a existência, nas bebidas alcoólicas, de propriedades terapêuticas ou de efeitos estimulantes ou sedativos;
- f. não associe o consumo dessas bebidas ao exercício físico ou à condução de veículos;
- g. não sublinhe o teor de álcool das bebidas como qualidade positiva. [22]

É ainda proibido:

- a. a publicidade a bebidas alcoólicas, na televisão e na rádio, entre as 7 horas e as 22 horas e 30 minutos⁹, sendo considerada a hora oficial do local de origem da emissão¹⁰, e associar a publicidade de bebidas alcoólicas aos símbolos nacionais.¹¹
- b. fazer qualquer menção, implícita ou explícita, a marca ou marcas de bebidas alcoólicas em comunicações comerciais e em publicidade de quaisquer eventos em que participem menores;

⁹ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de dezembro.

¹⁰ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 51/2001, de 15 de fevereiro.

¹¹ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de dezembro.

- c. a publicidade a bebidas alcoólicas em estabelecimentos de ensino, bem como em quaisquer publicações, programas ou atividades especialmente destinados a menores.¹² [22]

Para efeitos do incumprimento do disposto nos Decretos-Lei anteriores, as contraordenações são punidas, essencialmente, com coimas. [5,22]

6.3. Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas

Estatuto do Medicamento

O Estatuto do Medicamento, definido pelo Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, estabelece o regime jurídico a que obedece a autorização de introdução no mercado e suas alterações, o fabrico, a importação, a exportação, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância e a utilização dos medicamentos para uso humano e respetiva inspeção, incluindo, designadamente, os medicamentos homeopáticos, os medicamentos radiofarmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas. [6]

Para o assunto em epígrafe, importa destacar o regime jurídico do fabrico, da comercialização e da publicidade de medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas. Dados os aspetos que caracterizam estas substâncias, os medicamentos que os contêm estão sujeitos a cuidados específicos e, inevitavelmente, o profissional de saúde que esteja envolvido na sua prescrição, dispensa ou administração, requer especial atenção. Contudo, o disposto no presente Decreto-Lei não prejudica a aplicação de outras disposições legais e regulamentares relativas a medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas. Como tal, compete ao diretor técnico garantir que o processo de fabrico dos medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, cumpre as disposições legais do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. [6]

Relativamente à dispensa ao público, os medicamentos são classificados em:

1. Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)
2. Medicamentos não sujeitos a receita média (MNSRM)

¹² Aditado pelo Decreto-Lei n.º 275/98, de 9 de setembro.

3. Medicamentos não sujeitos a receita médica dependentes de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-DEF), sempre que a Autoridade Nacional do Medicamentos e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED) autorize a reclassificação de MSRM.¹³ [6]

Os MSRM podem ser classificados como:

1. Medicamentos de receita médica renovável, os que podem ser adquiridos mais de uma vez, sem necessidade de nova prescrição médica;
2. Medicamentos de receita médica especial, os que preencherem um dos seguintes requisitos:
 - a. contenham, em dose sujeita a receita médica, uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico;
 - b. possam, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais;
 - c. contenham uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, dever ser incluída nas situações previstas na alínea anterior.
3. Medicamentos de receita médica restrita, aqueles cuja utilização deve ser reservada a certos meios especializados e que são destinados:
 - a. ao uso exclusivo hospitalar, devido às suas características farmacológicas, à sua novidade, ou por razões de saúde pública;
 - b. a patologias cujo diagnóstico seja efetuado apenas em meio hospitalar ou estabelecimentos diferenciados com meios de diagnóstico adequados, ainda que a sua administração e o acompanhamento dos pacientes possam realizar-se fora desses meios;
 - c. a pacientes em tratamento ambulatorio, mas a sua utilização ser suscetível de causar efeitos adversos muito graves, requerendo a prescrição de uma receita médica, se necessário emitida por especialista, e uma vigilância especial durante o período de tratamento. [6]

Os medicamentos sujeitos a receita médica restrita que não sejam de uso exclusivo hospitalar podem ser vendidos nas farmácias de oficina em termos a definir por regulamento do INFARMED. [6]

¹³ Alterado pelo Decreto- Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro.

Relativamente à publicidade, esta é proibida junto do público em geral para medicamentos sujeitos a receita média, medicamentos comparticipados pelo SNS e medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas. As exceções à publicidade prendem-se com casos como a realização de campanhas de vacinação e de promoção de medicamentos genéricos, efetuadas pela indústria, desde que aprovadas pelo INFARMED. A distribuição direta de medicamentos ao público pela indústria é proibida e, além disso, é proibida a cedência de amostras de medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas. [6]

Realidade Internacional

A procura pelo controlo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas a um nível mundial é uma prioridade há muito estabelecida. Dadas as repercussões negativas que o uso indevido de estupefacientes e substâncias psicotrópicas acarretam para a saúde pública e para determinados problemas sociais, foi essencial estabelecer medidas coordenadas e universais, contra o abuso destas substâncias, sem descurar a importância do seu uso para fins médicos ou científicos.

Em 1961, decorreu a Convenção Única sobre os Estupefaciente, resultante da preocupação pela saúde física e moral da humanidade. É reconhecido que o uso médico dos estupefacientes é indispensável para o alívio da dor e, por isso, devem ser asseguradas a disponibilidade destas substâncias apenas para uso médico e científico. São principais objetivos desta Convenção prevenir e combater o uso abusivo de estupefacientes, que podem provocar toxicomanias. Os quadros I, II, III e IV de substâncias estupefacientes (anexo 2) colocadas sob controlo internacional, de acordo com a Convenção de 1961 e as posteriores decisões da comissão de estupefacientes, originaram posteriormente, as tabelas I-A, I-B, I-C e III do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, com as devidas alterações posteriores (anexo 5). Em Portugal, a presente Convenção foi aprovada, para ratificação, pelo Decreto-Lei n.º 435/70, promulgado em 12 de agosto de 1970 e publicado em 12 de setembro de 1970. A Convenção sobre Estupefacientes de 1961 foi posteriormente modificada pelo Protocolo de 1972. [23]

Em 1971, decorreu a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas, resultante das mesmas preocupações da Convenção Única de 1961, embora com especial incidência em substâncias psicotrópicas. É também reconhecido que o uso médico e científico dessas substâncias é indispensável e que é necessário estabelecer medidas universais para limitar o uso indevido destas substâncias. As listas I, II, III e IV das substâncias psicotrópicas (anexo 3) colocadas sob controlo internacional, de acordo com a Convenção de 1971 e as posteriores decisões da comissão de estupefacientes, originaram posteriormente, as tabelas II-A, II-B, II-C e IV do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, com as devidas alterações (anexo 5). Em Portugal, a presente Convenção foi aprovada, para adesão, pelo Decreto n.º 10/79, promulgado em 2 de janeiro de 1979 e publicado em 30 de janeiro de 1979. [24]

Em 1988, decorreu a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas. A crescente tendência da produção, da procura e do tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, o crescente efeito devastador do tráfico ilícito destas substâncias nos diversos grupos sociais, a utilização de crianças como mercado de consumo e a relação existente entre o tráfico ilícito e outras atividades criminosas organizadas ditaram a presente convenção internacional global. Além disso, resultou ainda da necessidade de reforçar e complementar as medidas previstas na Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes (incluindo as modificações introduzidas pelo Protocolo de 1972) e na Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971, sem interferir com o disposto em ambas. As tabelas I e II que incluem substâncias utilizadas no fabrico ilícito de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas (anexo 4) colocadas sob controlo internacional, de acordo com a Convenção de 1988 e as posteriores decisões da comissão de estupefacientes, originaram posteriormente, as tabelas V e VI do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, com as devidas alterações (anexo 5). Em Portugal, a presente Convenção foi aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República N.º 29/91, em 20 de junho de 1991, tendo sido publicado em 6 de setembro de 1991. [25]

Realidade portuguesa

Em Portugal, o consumo de estupefacientes e psicotrópicos é sujeito ao regime jurídico do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que entrou em vigor no dia 21 de fevereiro de 1993. A sua razão determinante foi a aprovação da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico

Ilícito de Estupefaciente e de Substâncias Psicotrópicas de 1988 e, conseqüentemente as preocupações que motivaram esta Convenção. Foram ainda essenciais para o presente Decreto-Lei, a Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes, modificada pelo Protocolo de 1972, e a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971. Foram ainda consideradas outras alterações importantes, não previstas nas três Convenções, que dizem respeito à realidade portuguesa. [7]

O Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, é regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, que estabelece as regras necessárias à boa execução do Decreto-Lei e que são relativas ao controlo do mercado ilícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores e outros produtos químicos suscetíveis de utilização no fabrico de droga. No que concerne às substâncias das tabelas I a IV do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5), estas já eram controladas juridicamente em Portugal pelo Decreto-Lei n.º 430/83, de 13 de dezembro¹⁴, cujo cumprimento era assegurado pelo Decreto-Regulamentar n.º 71/84, de 7 de setembro¹⁵. Assim, os principais desafios do Decreto Regulamentar que revogou o anterior eram melhorar a eficácia das medidas de controlo sobre as substâncias estupefacientes e psicotrópicas e passar a controlar o uso de precursores e outros produtos químicos essenciais no fabrico de droga (substâncias das tabelas V e VI), já que o facto de estas substâncias serem de uso corrente na atividade comercial, industrial ou social, torna o processo mais complexo. [7,26]

Substâncias e preparações estupefacientes e psicotrópicas e respetivos precursores

A organização das tabelas definidas nas três Convenções, e que têm vindo a ser atualizadas, foi um dos objetivos principais do presente diploma. Assim, as plantas, substâncias e preparações sujeitas ao regime previsto neste Decreto-Lei constam de seis tabelas, embora a Tabela I e II se subdividam em três, fazendo um total final de dez tabelas (anexo 5):

Tabela I-A: opióides (estupefacientes);

Tabela I-B: *Coca* e derivados (estupefacientes);

Tabela I-C: *Cannabis* e derivados (estupefacientes);

Tabela II-A: Alucinogénios (psicotrópicos);

Tabela II-B: Anfetaminas (psicotrópicos);

¹⁴ Revogado pelo Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.

¹⁵ Revogado pelo Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro.

Tabela II-C: Barbitúricos e outros (psicotrópicos);

Tabela III: Preparações com substâncias controladas (estupefacientes);

Tabela IV: Tranquilizantes e analgésicos (psicotrópicos);

Tabela V: Percussores;

Tabela VI: Percussores. [7]

Todas as tabelas serão obrigatoriamente atualizadas, de acordo com alterações provocadas pelos órgãos próprios das Nações Unidas, de acordo com as Convenções ratificadas por Portugal, ou, no caso específico das tabelas V e VI (anexo 5) ainda de acordo com alterações provocadas por diploma das Comunidades Europeias. [7,26]

O cultivo, a produção, o fabrico, o emprego, o comércio por grosso, a distribuição, a importação, a exportação, o trânsito, o transporte, a venda, a entrega, a detenção por qualquer título e o uso das plantas, substâncias ou preparações referidas anteriormente, ficam sujeitos aos condicionamentos definidos no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, sendo que as regras necessárias para a sua boa execução constam no Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, nomeadamente sobre margem de excedentes de fabrico, quotas de fabrico, entidades e empresas autorizadas a adquirir plantas, substâncias e preparações, condições de entrega, registos a elaborar, comunicações e informações a prestar, relatórios a fornecer, características das embalagens e rótulos, taxas pela concessão de autorizações e coimas pela violação da regulamentação. [7]

Substâncias e preparações das tabelas I a IV

O INFARMED é a entidade competente a nível nacional para estabelecer condicionamentos e conceder autorizações para as atividades anteriores para as substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV (anexo 5) e para fiscalizar as atividades autorizadas. Mediante portaria conjunta dos Ministros da Justiça, da Agricultura e da Saúde, pode ser proibida a cultura de plantas ou arbustos dos quais se possam extrair substâncias estupefacientes, quando essa medida se revele a mais apropriada para proteger a saúde pública e impedir o tráfico de droga. [7]

Estas autorizações cedidas pelo INFARMED têm um período de um ano, prorrogável, são intransmissíveis e só podem ser concedidas a entidades ofereçam garantias suficientes de

idoneidade moral e profissional. A autorização caduca quando há cessação da atividade ou se não for requerida a sua manutenção e é revogada ou suspensa, sempre que não se verifiquem os requisitos exigidos para a concessão da mesma ou quando ocorrer acidente técnico, subtração, deterioração de substâncias e preparações ou outra irregularidade passível de determinar risco para a saúde ou para o abastecimento ilícito do mercado. As autorizações só são concedidas se fundamentadas nas necessidades do País, dando prevalência aos interesses médicos e científicos. [7,26]

O pedido de autorização cultivo de espécies vegetais incluídas nas tabelas I e II (anexo 5), para fins médicos ou científicos, deve ser requerido ao INFARMED, sendo obrigatório fornecer a identificação completa do cultivador, a localização e área de terreno a cultivar, a quantidade e designação da espécie vegetal a semear ou plantar, a quantidade provável do produto a recolher, a sua aplicação e o seu destino e o local onde o produto será guardado e respectivas condições de segurança, antes de ser entregue ao organismo incumbido pela recolha. No caso de ser aprovado o seu cultivo, será nomeado um organismo responsável pelo controlo de cultivo. Podem ser tolerados excedentes de cultivo até 10%, desde que notificados ao INFARMED no prazo de 15 dias, em que tiverem sido apurados. Os excedentes poderão ser imputados nas quantidades a produzir no ano seguinte ou, em caso de apreensão, serão destruídos. [26]

O pedido de autorização de extração de alcaloides de espécies vegetais incluídas nas tabelas I-A, I-B e I-C (anexo 5), ou de produção sintética, para fins médicos ou científicos, e o pedido de extração, transformação ou fabrico de substâncias ou preparações incluídas nas tabelas I a IV deve ser requerido ao INFARMED até ao dia 31 de outubro do ano anterior ao da autorização, sendo obrigatório fornecer a descrição geográfica dos locais destinados ao fabrico e ao depósito das substâncias fabricadas ou destinadas ao fabrico, das preparações e respectivas condições de segurança, a identificação e qualificação profissional do responsável técnico, a natureza e quantidade de matérias-primas exigidas para o fabrico e as substâncias e preparações que se deseja fabricar, quantidades a produzir, o seu destino e processos de extração. De notar que a autorização de fabrico de substâncias compreendidas na tabela II-A, só pode ser concedida para fins de investigação científica. [26]

A utilização de substâncias compreendidas nas tabelas I, II-B e II-C (anexo 5) pela indústria para fins diferentes dos médicos e científicos, só pode ser autorizada se o requerente demonstrar o domínio de técnicas apropriadas de transformação e garantir que tudo fará para

impedir o emprego abusivo das substâncias, a produção de efeitos nefastos ou a possibilidade prática da sua recuperação. [26]

Compete ao INFARMED, conforme compromissos assumidos internacionalmente, no mês de julho de cada ano¹⁶, estabelecer as quantidades das substâncias compreendidas nas tabelas I e II, com exceção da II-A (anexo 5), que podem ser fabricadas ou postas à venda pelas entidades autorizadas no ano seguinte. [26]

O pedido de autorização para comércio por grosso de substâncias compreendidas nas tabelas I e II, com exceção da II-A e IV (anexo 5), deve ser requerido ao INFARMED, sendo obrigatório fornecer a localização do estabelecimento, depósito ou armazém, os locais reservados à recepção, detenção e expedição ou entrega dos produtos, as medidas de segurança a adotar e as substâncias ou preparações que pretende comercializar. [26]

O pedido de autorização de venda ou cedência de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV, com exceção da II-A (anexo 5), a estabelecimentos hospitalares do Estado, civis ou militares, a farmácias e outras entidades autorizadas, deve ser requerido ao INFARMED. O envio de amostras de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II é proibido. [26]

O INFARMED pode autorizar o fornecimento de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I-A, II-B, II-C e IV (anexo 5) a estabelecimentos públicos ou privados, para fins de investigação e ensino, sendo necessário indicar o nome do responsável pela sua guarda e conservação. [26]

O pedido de autorização para importação, exportação, introdução e expedição de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II e IV (anexo 5) só podem ser autorizados a entidades ou empresas autorizadas a cultivar, fabricar, manipular ou comercializar por grosso essas substâncias. É obrigatório indicar, no pedido, o nome da substância ou preparação, a percentagem de alcaloides componentes das substâncias ou preparações, quando não sejam alcaloides puros, a quantidade a importar, exportar, introduzir ou expedir, identificação do exportador ou expeditor (importação ou introdução) ou do destinatário (exportação ou expedição) e o período em que a importação, introdução, exportação ou expedição terá lugar, meio de envio ou transporte e qual a alfândega por onde se dará a

¹⁶ Alterado pelo Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de outubro.

entrada ou saída. No caso de pedido de exportação ou expedição, deve ainda ser apresentado o título de autorização para importação ou introdução emitido pelas autoridades do país de destino das mercadorias. O pedido de autorização de trânsito por território português de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II, com exceção da II-A, e IV (anexo 5), deve ser acompanhado do título de autorização para exportação emitido pelas autoridades do país de origem das mercadorias. [26]

Percursos e outros produtos químicos essenciais no fabrico de droga das tabelas V e VI

Relativamente às substâncias compreendidas nas tabelas V e VI (anexo 5), compete à Direção-Geral da Indústria, a nível nacional, conceder autorização para o seu fabrico, enquanto à Direção-Geral do Comércio Externo compete, a nível nacional, emitir a declaração da sua importação e exportação. Mediante portaria conjunta dos Ministros das Finanças, da Justiça, da Agricultura, da Indústria e Energia e do Comércio e Turismo, pode ser proibida a produção, o fabrico, o emprego, o comércio, a distribuição, a importação, a exportação, o trânsito, o transporte, a detenção por qualquer título e o uso dessas substâncias, quando essa medida se revele a mais apropriada para proteger a saúde pública e impedir o tráfico ilícito de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas. Compete, posteriormente, à Inspeção-Geral das Atividades Económicas fiscalizar as atividade autorizadas de comércio por grosso, distribuição, aquisição, venda, transporte, entrega e detenção dessas substâncias e à Direcção-Geral das Alfândegas fiscalizar as atividades de importação, exportação e trânsito também dessas substâncias. [7]

Substâncias estupefacientes e psicotrópicas para uso terapêutico

Tal como já foi referenciado, o uso de substâncias estupefacientes e psicotrópicas é indispensável para uso médico e científico. Contudo, o consumo de medicamentos e preparações contendo algumas destas substâncias, está sujeito a um controlo rigoroso. Assim:

1. as substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II (anexo 5) só são fornecidas ao público, para tratamento, mediante apresentação de receita médica especial com as especificidades constantes do diploma regulamentar.¹⁷

¹⁷ Alterado pela Lei n.º 18/2009, de 11 de maio.

2. as substâncias e preparações compreendidas nas tabelas III e IV (anexo 5) estão sujeitas a receita médica, nos termos da lei geral. Mediante Portaria do Ministro da Saúde, as substâncias e preparações compreendidas na tabela IV podem ser sujeitas a receita médica especial, bem como a outras medidas de controlo previstas para as substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II, sempre que tal se revele apropriado para proteger a saúde pública.¹⁸ [7]

Ainda neste sentido, apenas o farmacêutico, ou quem o substitua na sua ausência ou impedimento, pode aviar receitas respeitante ao ponto 1. anterior. Não podem ser aviadas substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I e II (anexo 5) mais do que uma vez, com base na mesma receita, nem no caso de a receita ter mais de 10 dias sobre a data de emissão. Em caso de necessidade, os farmacêuticos podem, à sua responsabilidade, fornecer sem receita médica essas substâncias ou preparações, desde que o total do fármaco não exceda a dose máxima suficiente para uma toma única habitual. Além disso, não podem ser entregues substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV (anexo 5) a indivíduos que padeçam de doença mental manifesta, nem substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I-A, II-B e II-C (anexo 5) a menores. [7]

As farmácias são obrigadas a manter existências regulares dessas substâncias e a conservar as suas receitas em arquivo por um prazo de cinco anos. Os serviços de saúde do Estado ou privados enviam trimestralmente ao INFARMED uma relação dos estupefacientes utilizados em tratamento médico. Compete ao INFARMED, em articulação com a Direção-Geral de Saúde, controlar o receituário aviado. A subtração ou extravio de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV (anexo 5), dos respetivos registos ou de impressos para receitas médicas, devem ser imediatamente participados à autoridade policial local e ao INFARMED. [7]

No que diz respeito ao transporte destas substâncias, para uso pessoal, com fins terapêuticos, é permitido transportar além-fronteiras portuguesas, substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I-A, II-B, II-C, III e IV (anexo 5), em quantidade não excedente à necessária para 30 dias de tratamento, desde que a pessoa em causa apresente documento médico justificativo da necessidade do seu uso. No mesmo sentido, é permitido o transporte internacional, em navios, aeronaves ou outros transportes público, de quantidades reduzidas

¹⁸ Aditado pela Lei n.º 18/2009, de 11 de maio.

das mesmas substâncias anteriores, que possam vir a ser necessárias durante a viagem para administração de primeiros socorros, desde que estas sejam conservadas em condições de segurança, de modo a evitar subtração ou extravio. [7]

Tratando-se de transporte de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas, com fins não terapêuticos, se houver indícios de que alguém oculta ou transporte no seu corpo alguma dessas substâncias, deve ser ordenada revisão e, se necessário, perícia médica. [7]

Substâncias estupefacientes e psicotrópicas para uso não terapêutico

O uso abusivo deste tipo de substâncias ocorre frequentemente e importa penalizar não só quem está envolvido em todo o circuito destas substâncias, sem a devida autorização, mas também quem as consome, para uso não terapêutico. Nesse sentido, estão previstas diferentes penalizações para as seguintes situações que fomentam o tráfico ilícito destas substâncias e/ou põe a saúde da população em risco.

1. Cultivar, produzir, fabricar, extrair, preparar, oferecer, pôr à venda, vender, distribuir, comprar, ceder ou por qualquer título receber, proporcionar a outrem, transportar, importar, exportar, fazer transitar ou ilicitamente possuir substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a III (anexo 5), sem a devida autorização, é punível com pena de prisão, sendo a pena mais reduzida se apenas praticar algum desses atos para consumo próprio, desde que não detenha plantas, substâncias ou preparações em quantidade que exceda a necessária para o consumo médio individual durante um período de 5 dias;
2. Fabricar, importar, exportar, transportar ou distribuir equipamento, materiais ou substâncias inscritas nas tabelas V e VI (anexo 5), sem a devida autorização, sabendo que são ou vão ser utilizados no cultivo, produção ou fabrico ilícitos de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, é punível com pena de prisão;
3. Induzir, incitar ou instigar outra pessoa, em público ou em privado, ou de algum modo facilitar o uso ilícito de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV (anexo 5) é punível com pena de prisão, sendo a pena inferior no caso de substâncias da tabela IV;
4. Proprietário, gerente, diretor, ou outro, que explore locais abertos ao público, e permitir que esse lugar seja utilizado para o tráfico ou uso ilícito de plantas,

substâncias ou preparações incluídas nas tabelas I a IV (anexo 5) é punido com pena de prisão;

5. Quem, tendo ao seu dispor edifício, recinto vedado ou veículo, permitir que esse local seja habitualmente utilizado para o tráfico ou uso ilícito de plantas, substâncias ou preparações incluídas nas tabelas I a IV (anexo 5) é punido com pena de prisão;
6. Abandonar seringa ou outro instrumento usado no consumo ilícito de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, em lugar público ou aberto ao público, criando deste modo perigo para a vida ou a integridade física de outra pessoa, é punido com pena de prisão ou coima;
7. O médico não pode passar receitas ou dar substâncias ou preparações contidas nas tabelas I a IV (anexo 5) para fim não terapêutico, da mesma forma que o farmacêutico, ou quem o substitua, não as pode vender ou entregar para esse fim, sendo notificadas a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Farmacêuticos, se tal acontecer; [7]

Estas penalizações são agravadas se:

- a. as substâncias ou preparações foram entregues, ou se destinavam, a menores, a diminuídos psíquicos ou a um grande número de pessoas;
- b. o agente for funcionário incumbido da prevenção e proibição dessas infrações ou se foi médico, farmacêutico ou qualquer outro técnico de saúde, funcionário dos serviços prisionais ou dos serviços de reinserção social, trabalhador dos correios, telégrafos, telefones ou telecomunicações, docente, educador ou trabalhador de estabelecimento de educação ou de trabalhador de serviços ou instituições de ação social, caso o ato seja praticado no exercício da sua profissão. Além disso, a interdição do exercício da profissão ou atividade pode atingir um período até três anos;
- c. o agente obteve ou procurava avultada compensação remuneratório, se participar em outras atividades criminosas organizadas de âmbito internacional ou em outras atividades ilegais facilitadas pela prática da infração;
- d. a infração tiver sido cometida em instalações de serviços de tratamento de consumidores de droga, de reinserção social, de serviços ou instituições de ação social, em estabelecimento prisional, unidade militar, estabelecimento de educação, ou em outros locais destinados à prática de atividades educativas, desportivas ou sociais, ou nas suas imediações;

- e. o agente utilizar a colaboração, por qualquer forma, de menores ou de diminuídos psíquicos;
- f. as substâncias ou preparações foram corrompidas, alteradas ou adulteradas, por manipulação ou mistura, aumentando o perigo para a vida ou para a integridade física de quem as consumir. [7]

Quando são intercetadas operações que violem o presente diploma, as plantas, substâncias ou preparações apreendidas são sempre declaradas perdidas a favor do Estado, acabando depois por ser destruídas, por inceneração, na presença de um magistrado, um funcionário designado para o efeito e um técnico de laboratório. [7]

Toxicod dependência

Mais importante do que penalizar quem age contra a lei é ajudar os consumidores de estupefacientes e psicotrópicos combatendo, na tentativa de combater a toxicod dependência. De acordo com o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, o Ministério da Saúde, através dos serviços respetivos, assegura a prestação de atendimento gratuito¹⁹ a toxicod dependentes ou outros consumidores, mesmo que sejam condenados a prisão por alguma contraordenação prevista no presente diploma. Da mesma forma, deve ser realizado um exame médico a um arguido que era toxicod dependente à data dos facto que lhe são imputados, para avaliar a ilicitude dos seus atos. [7]

Para que sejam atingidos os objetivos da atuação e cooperação do combate à droga, a nível mundial, é da responsabilidade do SICAD e do Ministério dos Negócios Estrangeiros a representação de Portugal a nível internacional. Além disso, o presente diploma prevê que o Governo planeie, execute e avalie medidas e programas específicos de prevenção do consumo de droga, integrando o assunto nos currículos escolares a vertente básica de educação para a saúde, providenciando formação aos professores e desenvolvendo programas específicos de prevenção²⁰. [7,26]

¹⁹ Alterado pela Lei n.º 45/96, de 3 de setembro.

²⁰ Alterado pela Lei n.º 45/96, de 3 de setembro.

No sentido de conhecer a situação do País em matéria de toxicodependência e tráfico de drogas, o Governo apresenta anualmente à Assembleia da República, um relatório sobre esse assunto.²¹ [7,26]

6.4. Novas substâncias psicoativas

A realidade portuguesa e europeia foi assistindo à venda indiscriminada de substâncias psicoativas que não se encontravam previstas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, e por isso legais, embora pusessem em causa a saúde pública. Vários alertas internacionais e da União Europeia, nomeadamente através do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) e do Conselho da União Europeia que prevê um mecanismo de intercâmbio rápido de informações, uma avaliação dos riscos associados e respetivo controlo sobre NSP, levaram à produção do Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril. [8,27]

Assim, o Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, que entrou em vigor a 18 de abril de 2013, veio estabelecer medidas contra a produção, distribuição, venda, dispensa, importação, exportação e publicidade de NSP que possam surgir no mercado. O presente Decreto-Lei considera NSP todas as substâncias não especificamente enquadradas e controladas ao abrigo de legislação própria, que podem constituir uma ameaça para a saúde pública, no estado puro ou numa preparação, comparável à das substâncias previstas naquela legislação, devido aos efeitos no SNC. [8]

De acordo com Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril, que surge na sequência do Decreto-Lei, são consideradas NSP as substâncias presentes na lista do anexo 6, que foram agrupadas da seguinte forma:

- a. Feniletilaminas e derivados
- b. Triptaminas e derivados
- c. Piperazinas e derivados
- d. Derivados da catinona
- e. Canabinóides sintéticos
- f. Derivados/análogos da cocaína
- g. Plantas e respetivos constituintes ativos
- h. Outros [8,9]

²¹ Aditado pela Lei n.º 45/96, de 3 de setembro.

Muitas das NSP que se encontravam à venda, são análogos de substâncias compreendidas nas listas I a VI do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5) e, por isso, apresentam riscos semelhantes, ou nalguns casos mais exacerbados. Como forma de proteger a população dos riscos para a saúde que estas substâncias podem acarretar, o Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril proíbe a produção, importação, exportação, publicidade, distribuição, venda, detenção ou disponibilização de NSP definidas de acordo com a Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril, exceto para fins industriais ou uso farmacêutico, quando autorizado pelo INFARMED. Estão compreendidos a venda ambulante, os métodos de venda ao domicílio e equiparada, os eventos de exposição e amostra de produtos e a venda à distância (catálogos ou internet). Estando fora do âmbito do circuito do medicamento, o cumprimento do disposto é assegurado principalmente pela Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), sem prejuízo das competências das entidades de segurança, saúde ou outras. [8]

A facilidade com que podem surgir NSP, com consequências para a saúde, é tida em conta no presente Decreto-Lei e, por isso, em situações que haja suspeita de um produto poder ter danos para a saúde humana e, claro está, poder ser considerado uma potencial NSP, este deve ser retirado para análise, bem como os equipamentos ou utensílios afetos ao uso específico do mesmo, pelo período necessário à confirmação da suspeita, podendo ainda ser encerrado o estabelecimento, provisoriamente. Se se verifica a suspeita de grave risco para a saúde humana por parte do SICAD, a sua produção, importação, exportação, publicitação, distribuição, venda ou disponibilização deve ser suspensa temporariamente. Essa suspensão caduca no período de 30 dias, exceto se o produto for incluído na Lista de NSP (anexo 6). [8]

Ainda no sentido de alerta constante e da novidade, e na sequência do disposto no Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho, as NSP passam a incluir os programas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, de reinserção social e de tratamento de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, a cargo do SICAD. Da mesma forma, compete ao SICAD a transmissão às autoridades de saúde a identificação de substâncias suscetíveis de serem consideradas NSP, para efeitos de

fiscalização, podendo ser proposto ao membro do Governo responsável pela área da saúde a introdução de NSP na lista do anexo 6. [8]

Dado o número de espaços abertos à venda legal desde tipo de substâncias, aquando da data de entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, foi dada a possibilidade a quem se dedicava às atividades referidas de entregar todos os produtos que se encontrassem na sua posse e que contivessem quaisquer das NSP (anexo 6), sem qualquer punição, desde que cumprido o prazo de 15 dias após a sua entrada em vigor do Decreto-Lei. [8]

Para efeitos do incumprimento do disposto no Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, as contraordenações são punidas, essencialmente, com coimas. A medida de coima é determinada em função da gravidade da contraordenação, da culpa e do benefício económico que o infrator retirou da prática do ilícito. Além disso, podem ser aplicadas sanções cumulativamente com as coimas:

1. Perda a favor do Estado dos objetos pertencentes ao agente e que se encontrem na causa ou origem da infração ou destinados a servir para a prática de uma contraordenação, ou que por esta foram produzidos;
2. Interdição do exercício de profissões ou atividades cujo exercício dependa de título público ou de autorização ou homologação de autoridade pública, com a duração máxima de dois anos contados a partir da decisão condenatória definitiva;
3. Privação do direito a subsídio ou benefício outorgado por entidades públicas ou de capitais públicos, com a duração máxima de dois anos contados a partir da decisão condenatória definitiva;
4. Privação do direito de participação ou arrematação em concursos públicos promovidos por entidades públicas ou de capitais públicos, de fornecimento de bens e serviços, ou de concessão de serviços, licenças ou alvarás;
5. Suspensão de autorizações, licenças e alvarás. [8]

Em situações em que indivíduos menores de idade detenham NSP, deve ser notificado o respetivo representante legal ou o núcleo de apoio a crianças e jovens em risco localizado no centro de saúde ou hospital da sua área de residência, em situações de reincidência ou impossibilidade da primeira opção. [8]

7. Limitações da legislação

As consequências para a saúde humana que advêm do uso indevido das substâncias psicoativas é o principal motivo para a existência de legislação para as substâncias psicoativas, apresentada no capítulo anterior. Além disso, a possibilidade de tráfico de algumas dessas substâncias, sobretudo as ilícitas, aumenta a necessidade de legislar a produção, venda e consumo de substâncias psicoativas.

No caso do tabaco, a existência de legislação advém sobretudo das consequências para a saúde humana, com especial destaque para o cancro do pulmão, ao invés do facto de a nicotina, presente nos produtos do tabaco, ter propriedades psicoativas, responsáveis pela dependência do tabaco. Contudo, uma maior restrição no seu consumo permite impedir que aumente o nível de dependentes de produtos do tabaco, sobretudo em idades mais jovens, e consequentemente, tentar diminuir os índices de morbidade e mortalidade associados ao tabagismo. Em Portugal, a regulamentação da composição dos produtos do tabaco, da embalagem e etiquetagem e das informações a prestar sobre os produtos, a proibição da publicidade a favor de produtos do tabaco são os pontos mais sólidos do Decreto-Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto.

Os pontos mais frágeis deste Decreto-Lei são a exposição involuntária ao fumo do tabaco e a venda a menores de idade destes produtos. Embora a legislação preveja a proibição de fumar em determinados locais e a venda de produtos do tabaco a menores de 18 anos, esta carece de uma fiscalização mais controlada. Continuam a existir locais, em determinados estabelecimentos, sinalizados e destinados a fumadores que não apresentam as condições exigidas de ventilação nem de separação das áreas destinadas a não fumadores. Paralelamente, a venda de produtos do tabaco a menores de 18 anos é uma prática por vezes recorrente, pela falta de máquinas de venda automáticas com sistema bloqueador.

Relativamente ao consumo de álcool em Portugal, presente em bebidas alcoólicas, a sua legislação foi alterada recentemente, através da aprovação e entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril. Tal como os produtos do tabaco, a existência de legislação para o álcool, advém sobretudo das consequências do seu consumo para a saúde humana, ao invés do facto de provocar dependência, pelas suas propriedades psicoativas. Contudo, uma

maior restrição no seu consumo permite impedir que aumente o nível de dependentes de álcool, sobretudo em idades mais jovens, e conseqüentemente, tentar diminuir os índices de morbidade e mortalidade associados ao alcoolismo.

Este Decreto-Lei, entre outras coisas, vem introduzir idades mínimas obrigatórias para o consumo de diferentes bebidas alcoólicas – espirituosas e não espirituosas. Embora seja uma barreira para que apenas jovens com idade superior a 18 anos possam consumir bebidas espirituosas, ficando os jovens entre os 16 e 18 anos autorizados a consumir apenas bebidas alcoólicas não espirituosas, na prática não se verifica o disposto, havendo inclusive menores de 16 anos a consumir bebidas alcoólicas em quantidades abusivas. Os locais autorizados à venda de bebidas alcoólicas devem ser ainda mais restritos e a sua publicidade totalmente proibida.

O controlo da produção, venda, consumo e outras ações que envolvam estupefacientes e substâncias psicotrópicas é, de todas as substâncias psicoativas, o mais restrito em Portugal, regendo-se sobretudo, pelo Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro e pelo Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro.

No que concerne a medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, os que contêm substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II (anexo 5) são sujeitos a receita médica especial, o que permite um controlo restrito sobre a sua dispensa, de modo a evitar o seu consumo indevido por parte de utentes que não careçam desses medicamentos para uso terapêutico. Deveriam ser sujeitos também a receita médica especial, pelo menos, os medicamentos que contenham substâncias compreendidas na tabela IV (anexo 5), onde se inserem as benzodiazepinas, para aumentar o controlo sobre a sua dispensa, algo já previsto no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.

Para as substâncias estupefacientes e psicotrópicas compreendidas nas tabelas I a IV (anexo 5), não compreendidas em medicamentos, o controlo é de carácter universal e, por isso, extensível a Portugal. Embora se verifiquem diariamente contraordenações que violem o presente Decreto-Lei, relativamente a tráfico ilícito, a sua produção, distribuição, consumo e outras ações são proibidos, como forma de combate à toxicod dependência e ao seu tráfico ilícito, salvo exceções que se destinem a uso terapêutico ou investigação científica, devidamente legisladas.

Os precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga, compreendidos nas tabelas V e VI (anexo 5), foram das últimas substâncias sujeitas a legislação própria, pelo facto de serem componentes de produtos recorrentes do mercado português e por terem aplicações diversas comuns, como a acetona, o éter etílico ou o tolueno. A sua produção, venda, e outras ações são menos restritas embora estejam e merecem sob vigilância adequada, pelo potencial de virem a ser usadas na produção de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

Nos últimos anos, a criação de NSP, através de modificações ao nível molecular de substâncias estupefacientes e psicotrópicas existentes, e devidamente legisladas, ditou a existência de uma lista variada de substâncias legais à venda, com propriedades psicoativas. A sua venda, até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, era feita através da internet e, mais tarde, em 2007, abriu a primeira loja física, comumente designada por *Smart Shop*, que se alastraram por todo o país, facilitando ainda mais o acesso destas substâncias então legais e, que afinal, tinham consequências para a saúde humana tão ou mais danosas quanto as compreendidas nas tabelas do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.

As NSP (anexo 6), pelos riscos para a saúde pública que podem implicar, por vezes semelhantes ou mais graves que o das substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a VI do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5), estão agora sujeitas ao Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, estando a sua produção, importação, exportação, publicidade, distribuição, venda e detenção totalmente proibidas.

Os principais pontos fortes deste Decreto-Lei são as multas avultadas, em caso de contraordenação, e o facto de considerar a inclusão de novas substâncias que apareçam no mercado e que possam ser suscetíveis de grave risco para a saúde pública, quando consumidas. Além disso, através da Decisão do Conselho 2005/387/JAI, de 10 de maio, quando é detetada uma NSP no mercado europeu, os Estados-Membros asseguram a transmissão de informações sobre o fabrico, tráfico e consumo dessa substância ao OEDT e à União Europeia através da Rede Europeia de Informação sobre Droga e Toxicodpendência (REITOX) e das Unidades Nacionais da Europol. [27]

Contudo, a variedade de substâncias psicoativas que compõem estes novos produtos é tão extensa que a sua identificação e quantificação através de testes requer muito tempo e pode

tornar-se bastante dispendioso para o Estado. Além disso, as substâncias psicoativas surgem a uma velocidade de inovação que nem sempre a legislação consegue acompanhar pelos meios convencionais e, conseqüentemente, podem surgir NSP que, por não estarem compreendidas na legislação portuguesa, ponham em risco a saúde humana, até que sejam tomados todos os passos necessários para a sua retirada do mercado e aprovada a sua interdição de venda e disponibilização. Sendo o processo legislativo de inclusão de NSP nas listas um procedimento relativamente demorado, cerca de dois anos, por se tratar de legislação do âmbito criminal, ao fim dos 30 dias de suspensão das substâncias, não havendo inclusão, as substâncias psicoativas sujeitas de risco para a saúde que poderão vir a ser apreendidas, poderão voltar a estar à venda, até que o seu processo legislativo esteja concluído.

Como tal, dada a imprevisibilidade de poderem surgir NSP que, através de modificações moleculares, consigam afastar-se das substâncias proibidas, pode voltar a repetir-se a venda de novas substâncias legais, tal como acontecia até abril de 2013. Importa, por isso, agilizar os meios burocráticos ou consentir a sua venda, desde que os consumidores sejam advertidos dos seus potenciais riscos.

De facto, o governo da Nova Zelândia desenvolveu um regime inovador que regula o fabrico e a venda de determinadas NSP, que entrou em vigor a 18 de julho de 2013. Este regime permite a venda de NSP de ‘baixo risco’, desde que sejam cumpridos determinados requisitos, por parte dos produtores e vendedores. Assim, é exigido aos fabricantes estudos que provem que os produtos criados são de baixo risco, antes de estes serem aprovados. Uma vez aprovados, a sua distribuição e venda só é consentida a pessoas com mais de 18 anos de idade e está igualmente restrita a determinados espaços próprios de venda, tal como a sua publicidade só é consentida nesses espaços. As reações adversas devem ser comunicadas ao Ministério da Saúde e as embalagens devem advertir os consumidores dos seus potenciais riscos. [28]

Esta medida poderá ser uma realidade próxima para Portugal e para outros países europeus. Não há uma banalização da venda destes produtos, mas sim um controlo mais rigoroso dos mesmo, do que atualmente existe cá, sobre NSP legais que podem aparecer. Resumindo, é dada a obrigação ao fabricante de realizar mais testes, por forma a determinar exatamente

que riscos são inerentes ao consumo daquelas substâncias, e essa informação é transmitida a quem decidir consumi-las, da mesma forma que acontece com o tabaco, em que os fumadores são advertidos, na embalagem, dos riscos que incorrem no seu consumo.

8. Papel do Farmacêutico

O Farmacêutico, enquanto profissional de Saúde, é privilegiado de conhecimentos sobre os riscos inerentes ao consumo de substâncias psicoativas. Como tal, deve aproveitá-los para transmitir essas informações aos utentes e promover uma educação para a saúde junto destes.

Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas lícitas, é aí que o Farmacêutico tem maior hipótese de educar os utentes. Os consumos de álcool e de tabaco são uma prática muito recorrente na população portuguesa e cabe-nos a nós, tal como a outros profissionais de Saúde, inculcar hábitos saudáveis, que afastem os utentes de hábitos prejudiciais para a sua saúde. Da mesma forma, medicamentos estupefacientes e psicotrópicos devem apenas ser dispensados a utentes que utilizem os mesmos para efeitos terapêuticos, devendo o Farmacêutico consultar o Médico se em algum momento considerar que o utente não deve ter acesso a determinada medicação que contenha estupefacientes ou psicotrópicos.

Primeiro, o álcool é uma substância que apresenta uma série de interações com muitos fármacos habitualmente utilizados pelos utentes, devendo o Farmacêutico advertir para a importância de reduzir o seu consumo, ou mesmo apelar à cessação, enquanto o utente estiver a fazer a medicação. Além disso, aquando do reconhecimento de indivíduos consumidores de álcool em quantidades excessivas e nocivas, deve o Farmacêutico encorajar o utente a combater essa dependência e a procurar o Médico.

Segundo, o tabaco é outra substância psicoativa lícita com uma elevada taxa de prevalência de consumo na população portuguesa. No contacto com utentes fumadores, deve o Farmacêutico investigar o grau de dependência e a motivação que o utente tem em deixar de fumar, mesmo que não seja questionado pelo utente. Advertindo para os riscos para a Saúde, o Farmacêutico deve aconselhar a consulta de cessação tabágica, podendo ainda, incentivar os utentes fumadores a trocarem o vício do tabaco, por outro vício mais saudável, algo mais fácil para fumadores pouco dependentes e com uma elevada motivação para deixar de fumar.

Por último, no que às substâncias psicoativas lícitas diz respeito, o Farmacêutico deve cumprir o disposto na legislação portuguesa e dispensar medicamentos estupefacientes e psicotrópicos, cumprindo todos os requisitos, nomeadamente exigir receita médica especial, se o medicamento que o utente pretende, assim o exigir. Relativamente aos medicamentos

estupefacientes e psicotrópicos não sujeitos a receita médica especial, mas ainda assim sujeitos a receita médica, devem ser dispensados única e exclusivamente mediante apresentação da receita médica, sob pena de estarem a dispensar um medicamento a um utente para fins ilícitos. Neste último caso, os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, mais especificamente as benzodiazepinas, pelos efeitos que apresentam, são medicamentos muitos procurados pelos utentes, muitas das vezes sem a devida receita médica. Deve o Farmacêutico recusar a dispensa, salvo raras exceções, procurando educar o utente para o perigo para a saúde física e psíquica inerente ao uso indevido das benzodiazepinas.

Atendendo às substâncias psicoativas ilícitas, é para o Farmacêutico mais difícil atuar junto do utente, pelo estigma que existe em assumir que se é toxicodependente ou que se é consumidor, ainda que pontualmente, de substâncias psicoativas ilícitas, qualquer que seja. Ainda assim, é dever do Farmacêutico atuar junto dos utentes, promovendo estilos de vida saudáveis e alertando para os perigos das drogas ilícitas adjacentes.

A novidade e a curiosidade que as NSP suscitam junto da população, pode em larga escala, ser travada por qualquer profissional de Saúde, advertindo a mesma para a perigosidade tão ou mais acentuada dessas substâncias, face às drogas ilegais.

É indispensável que o Farmacêutico acompanhe, na medida que lhe for possível, os desenvolvimentos sobre estas substâncias, nomeadamente as que poderem vir a surgir no mercado, por não estarem regidas por nenhum documento legislativo.

Conclusão

Em resposta ao objetivo proposto para a realização desta dissertação é possível concluir alguns pontos-chave sobre o consumo de substâncias psicoativas para uso não terapêutico.

A variedade de substâncias psicoativas que atualmente estão ao alcance da humanidade são de uma grandeza tal que é impossível quantificar numericamente quantas são, contudo podem ser classificadas de várias formas. As propriedades depressoras, estimulantes ou alucinogénias sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), determinam a sua procura indiscriminada, sobretudo para uso não terapêutico.

Para uso terapêutico, verifica-se a existência de uma série de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos, devidamente controlados, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, sendo os mais suscetíveis de serem desviados para fins ilícitos, sujeitos a receita médica especial. Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos podem ainda ser classificados de substâncias psicoativas lícitas.

Quanto às substâncias psicoativas para uso não terapêutico, classificam-se em lícitas e ilícitas.

No grupo das lícitas, destacam-se o álcool e o tabaco, sendo o álcool a substância psicoativa lícita que apresenta uma maior prevalência de consumo (73,3% ao longo da vida) e uma maior taxa de continuidade de consumo (82%), na população portuguesa, ainda que esse consumo tenha vindo a diminuir, comparativamente a 2001 e a 2007. Ambas apresentam baixa dependência, embora as consequências para a saúde física devido ao uso prolongado, sejam fatores determinantes para a sua produção, venda e consumo serem sujeitas a legislação própria.

Relativamente às ilícitas, destacam-se as drogas ilegais, compreendidas nas tabelas I a IV do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (anexo 5) e as Novas Substâncias Psicoativas (NSP), ao abrigo de legislação própria desde este ano, com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril.

No conjunto das drogas ilegais, destacam-se a cannabis, a cocaína, as anfetaminas, o *ecstasy*, a heroína, o LSD e os cogumelos alucinogénios como as que mais são consumidas pela população portuguesa. A cannabis é, de todas, a que apresenta uma maior prevalência de consumo (8,3% ao longo da vida), embora seja o LSD que apresente a maior taxa de continuidade de consumo (28,7%). Também o consumo das drogas ilegais, comparativamente a 2001 e 2007 tem vindo a descer na generalidade, destacando-se apenas pela negativa o LSD, que aumentou cerca de 0,1% a prevalência de consumo, considerando um consumo no último ano.

No que diz respeito às NSP, destacam-se os incensos herbáceos, os fertilizantes e a *salvia divinorum* como as que mais são consumidas, com especial destaque para os incensos herbáceos. As conclusões relativas a estes consumos correspondem ao período em que estas substâncias eram ainda legais e estavam disponíveis para venda em *smart shops* e na internet, sendo que mais de metade do método de aquisição destas substâncias era conseguido nesses espaços físicos.

A utilização deste tipo de substâncias psicoativas pode provocar uma série de transtornos mentais e comportamentais característicos de cada substância, sobretudo devido ao uso abusivo e devido estado de dependência e de abstinência que podem desencadear. Fatores como estes obrigaram a legislar este tipo de substâncias.

A produção, venda e consumo de bebidas alcoólicas e de produtos de tabaco é sujeita a uma legislação específica, nomeadamente, o Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril e a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, respetivamente. Contudo, importa aumentar a fiscalização do disposto nesses diplomas para que seja cumprido e, sobretudo, sejam interditas qualquer uma das substâncias aos jovens que não tenham idade para as consumir.

Relativamente às substâncias estupefacientes e psicotrópicas, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, requerem especial atenção os medicamentos que contêm essas substâncias. Embora os medicamentos que contêm as substâncias das tabelas I e II (anexo 5) sejam altamente controlados, deve ponderar-se incluir também os medicamentos que contêm as substâncias da tabela IV (anexo 5) naqueles que figuram entre os medicamentos sujeitos a receita médica especial.

A imprevisibilidade da indústria química tem determinado a introdução de NSP no mercado que, por não estarem ao abrigo de legislação própria são, forçosamente, consideradas legais. Em Portugal, entrou em vigor o Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, e a Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril, que introduziram novas 159 substâncias psicoativas sujeitas a condições especiais de controlo, sendo atualmente interdito a sua produção, venda e consumo.

Contudo, a possibilidade de, através de alterações ao nível molecular, surgirem outras NSP consideradas legais, é bastante grande, dada a evolução da própria ciência. Importa por isso, encontrar os melhores meios legislativos para que esse tipo de substâncias, se se provar o seu risco prejudicial para a saúde humana, permaneça no mercado o menor tempo possível. Nos próximos tempos, certamente que o novo regime jurídico da Nova Zelândia para este tipo de substâncias merecerá especial atenção por parte de Portugal e de outros países europeus e quem sabe não será esse o futuro de outras NSP que venham a surgir no mercado.

É indispensável uma atitude ativa do Farmacêutico, enquanto profissional de Saúde, na educação para o utente respeitante a esta matéria. Especialmente o Farmacêutico Comunitário deve incentivar e incutir estilos de vida saudáveis, que motivem os utentes a deixar de consumir bebidas alcoólicas e a fumar. Para além disso, o papel fulcral que desempenha na dispensa de medicamentos, ganha especial relevo na questão de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos, não devendo sobrepor a ética da profissão aos interesses financeiros, agindo sempre pelo bem-estar do utente.

Bibliografia

- [1] Almeida RN. Psicofarmacologia: fundamentos práticos. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2006;
- [2] Brunton LL, Parker KL. Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 12th ed. McGraw-Hill Professional. 2010;
- [3] INFARMED, Ministério da Saúde. Prontuário Terapêutico -11. INFARMED, Ministério da Saúde. 2012;
- [4] Lei n.º 37/2007. Assembleia da República, D.R. n.º 156, Série I de 2007-08-14, 5277-5285;
- [5] Decreto-Lei n.º 50/2013. Ministério da Saúde, D.R. n.º 74, Série I de 2013-04-16, 2203-2206;
- [6] Decreto-Lei n.º 176/2006. Ministério da Saúde, D.R. n.º 167, Série I de 2006-08-30, 6297-6383.
- [7] Decreto-Lei n.º 15/93. Ministério da Justiça, D.R. n.º 18, Série I-A de 1993-01-22, 234-252;
- [8] Decreto-Lei n.º 54/2013. Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 54/2013. D.R. n.º 75, Série I de 2013-04-17, 2250-2254;
- [9] Portaria n.º 154/2013. Ministério da Saúde, D.R. n.º 75, Série I de 2013-04-17, 2254-2257;
- [10] Hollen KH. Encyclopedia of Addictions. Greenwood Publishing Group. 2009;
- [11] World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD) – Version 2010. F-10-F19. October 2010. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>;
- [12] Angel P, Richard D, Valleur M. Toxicomanias. Climepsi Editores. Lisboa. 2002;
- [13] Planeta CS, Cruz CC. Bases neurológicas da dependência do tabaco. Revista de Psiquiatria Clínica 32(5) (2005) 251-258;
- [14] United Nations Office on Drugs and Crime. The challenge of new psychoactive substances - Global SMART Programme. March 2013. Disponível em: <http://www.unodc.org/unodc/en/scientists/smart.html>;
- [15] INFARMED. Infomed – Base de dados de medicamentos. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/infomed/inicio>;
- [16] INFARMED. Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos – 9ª Edição. abril de 2006. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/formulario>;

[17] SICAD, CESNOVA. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – Relatório Preliminar. abril de 2013. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>;

[18] SICAD. Estudo Sobre Consumos, Representações e Perceções das Novas Substâncias Psicoativas entre Estudantes Universitárias – Dados Preliminares. junho de 2013 <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>;

[19] Decreto n.º 25-A/2005. Ministério dos Negócios Estrangeiros, D.R. n.º 214, Suplemento, Série I-A de 2005-11-08, 6456-(2)-6456-(35);

[20] Regulamento (CE) N.º 110/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de janeiro de 2008. Jornal Oficial da União Europeia, L 39/16 de 13/02/2008;

[21] Decreto-Lei n.º 9/2002. Presidência do Conselho de Ministros, D.R. n.º 20, Série I-A de 2002-01-24, 483-486;

[22] Decreto-Lei n.º 330/90. Ministério do Ambiente e Recursos Naturais, D.R. n.º 245, Série I de 1990-10-23, 4353-4357;

[23] Decreto-Lei n.º 435/70. Ministérios dos Negócios Estrangeiros, D.R. n.º 212, Série I de 1970-09-12, 1289-1316;

[24] Decreto n.º 10/79. Ministérios dos Negócios Estrangeiros – Direcção-Geral dos Negócios Políticos, D.R. n.º 25, Série I de 1979-01-30, 123-146;

[25] Resolução da Assembleia da República n.º 29/91. Assembleia da República, D.R. n.º 205, Série I-A de 1991-09-06, 4710-4740;

[26] Decreto Regulamentar n.º 61/94. Ministério da Justiça, DR 236/94 SÉRIE I-B de 1994-10-12, 6183-6198;

[27] Decisão 2005/387/JAI do Conselho, de 10 de maio de 2005. Jornal Oficial da União Europeia, L 127/32 de 20/05/2005, 0032-0037;

[28] Parliamentary Counsel Office. Psychoactive Substances Act 2013. July 2013. Disponível em: <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2013/0053/latest/whole.html>

Anexos

Anexo 1

Anexo II do Regulamento (CE) N.º 110/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de janeiro de 2008

Categorias de Bebidas Espirituosas

Rum;
Whisky ou Whiskey;
Aguardente de cereais;
Aguardente vínica;
Brandy ou Weinbrand;
Aguardente bagaceira ou bagaço de uva;
Aguardente de bagaço de frutos;
Aguardente de uva seca ou raisin brandy;
Aguardente de frutos;
Aguardente de sidra e aguardente de perada;
Aguardente de mel;
Hefebrand ou aguardente de borras;
Bierbrand ou eau-de-vie de bière;
Topinambur ou aguardente de topinambos;
Vodka;
Aguardente de (seguida do nome do fruto) obtida por maceração e destilação;
Geist (associado ao nome do fruto ou da matéria-prima utilizada);
Genciana;
Bebida espirituosa zimbrada;
Gin;
Gin destilado;
London gin;
Bebida espirituosa com alcaravia;
Akvavit ou aquavi;
Bebida espirituosa anisada;
Pastis;
Pastis de Marseille;
Anis;
Anis destilado;
Bebida espirituosa com sabor amargo ou bitter;
Vodka aromatizado;
Licor;
Crème de (seguido do nome do fruto ou da matéria-prima utilizada);
Crème de cassis;
Guignolet;
Punch au rhum;
Sloe gin;
Sambuca;
Maraschino, Marrasquino ou Maraskino;
Nocino;
Licor à base de ovos ou advocaat, avocat ou advokat;
Licor de ovos;
Mistrà;
Våkevå glögi ou spritglögg;
Berenburg ou Beerenburg;
Néctar de mel ou de hidromel;
Outras bebidas espirituosas.

Anexo 2

Quadros da Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes, aprovada, para ratificação, pelo Decreto-Lei n.º 435/70, de 13 de agosto

QUADROS

Lista de estupefacientes incluídos no quadro I

Acetilmetadol – acetoxi-3-dimetilamino-6-difenil-4,4-heptano;
 Alilprodina – alil-3-metil-1-fenil-4-propionoxi-4-piperidina;
 Alfacetilmetadol – α -acetoxi-3-dimetilamino-6-difenil-4,4-heptano;
 Alfameprodina – α -etil-3-metil-1-fenil-4-propionoxi-4-piperidina;
 Alfametadol – α -dimetilamino-6-difenil-4,4-heptanol-3;
 Alfaprodina – α -dimetil-3,3-fenil-4-propionoxi-4-piperidina;
 Anileridina – éster etílico do ácido para-aminofenil-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4;
 Benzetidina – éster etílico do ácido (benziloxi-2-etil)-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4;
 Benzilmorfina – benzil-3-morfina;
 Beilcetametadol – β -acetoxi-3,3-dimetilamino-6-difenil-4,4-heptano;
 Betameprodina – β -etil-3-metil-1-fenil-4-propionoxi-4-piperidina;
 Betametadol – β -dimetilamino-6-difenil-4,4-heptanol-3;
 Betaprodina – β -dimetil-1,3-fenil-4-propionoxi-4-piperidina;
Cannabis, resina de *cannabis*, extractos e tinturas de *cannabis*;
 Cetobemidona – meta-hidroxifenil-4-metil-1-propionil-4-piperidina;
 Clonitazeno – para-clorbenzil-2-dietilaminoetil-1-nitro-5-benzimidazol;
 Coca, folha;
 Cocaína – éster metílico da benzoilecgonina;
 Concentrado de palha de dormideiras, matéria obtida quando a palha das dormideiras sofreu um tratamento com vista à concentração dos seus alcalóides;
 Desomorfina – di-hidrodesoximorfina;
 Dextromoramida – (+)-[metil-2-oxo-4-difenil-3,3-(pirrolidinil-1)-4-butil]-4-morfolina;
 Diampromida – *N*-[(metilfenetilamino)-2-propil]-propionanilida;
 Dietiltiambuteno – dietilamino-3-di-(tienil-2')-1,1-buteno-1;
 Di-hidromorfina;
 Dimenoxadol – dimetilaminoetil-2-etoxi-1-difenil-1,1-acetato;
 Dimefeptanol – dimetilamino-6-difenil-4,4-heptanol-3;
 Dimetiltiambuteno – dimetilamino-3-di-(tienil-2')-1,1-buteno-1;
 Butirato de dioxafetil – morfolino-4-difenil-2,2-butirato de etil;
 Difenoxilato – éster etílico do ácido (ciano-3-difenil-3,3-propil)-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4;
 Dipipanona – difenil-4,4-piperidina-6-heptanona-3;
 Ecgonina e seus ésteres e derivados transformáveis em ecgonina e cocaína;
 Etilmetiltiambuteno – etilmetilamino-3-di-(tienil-2')-1,1-buteno-1;
 Etonitazeno – dietilaminoetil-1-para-etoxibenzil-2-nitro-5-benzimidazol;
 Etoxidina – éster etílico do ácido [(hidroxi-2-etoxi)-2-etil]-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4;
 Furetidina – éster etílico do ácido (tetra-hidrofurfuriloxietil-2)-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4;
 Heroína – diacetilmorfina;
 Hidrocodona – di-hidrocodeinona;
 Hidromorfinol – hidroxil-14-di-hidromorfina;
 Hidromorfona – di-hidromorfinona;
 Hidroxipetidina – éster etílico do ácido meta-hidroxifenil-4-metil-1-piperidina-carboxílico-4;
 Isometadona – dimetilamino-6-metil-5-difenil-4,4-hexanona-3;
 Levometorfano²² – (-)-metoxi-3-*N*-metilmorfinano;
 Levomorâmida – (-)-[metil-2-oxo-4-difenil-3,3-(pirrolidinil-1)-4-butil]-4-morfolina;
 Levofenacilmorfano – (-)-hidroxi-3-*N*-fenacilmorfinano;
 Levorfanol²³ – (-)-hidroxi-3-*N*-metilmorfinano;
 Metazocina – hidroxil-2'-trimetil-2,5,9-benzomorfan-6,7;

²² O dextrometorfano – (+)-metoxi-3-*N*-metilmorfinano está expressamente excluído do presente quadro.

²³ O dextrofanol – (+)-hidroxi-3-*N*-metilmorfinano está expressamente excluído do presente quadro.

Metadona – dimetilamino-6-difenil-4,4-heptanona-3;
 Metildesorfina – metil-6- δ -6-desoximorfina;
 Metildi-hidromorfina – metil-6-di-hidromorfina; metil-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4;
 Metopão – metil-5-di-hidromorfina;
 Morferidina – éster etílico do ácido (morfolino-2-etil-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4);
 Morfina;
 Morfina metobrometo e outros derivados morfínicos de azoto pentavalente;
N-oximorfina;
 Mirofina – miristilbenzilmorfina;
 Nicomorfina – dinicotinil-3,6-morfina;
 Norlevorfanol – (-)-hidroxi-3-morfinano;
 Normetadona – dimetilamino-6-difenil-4,4-hexanona-3;
 Normorfina – demetilmorfina;
 Ópio;
 Oxidodona – hidroxi-14-di-hidrocadeinona;
 Oximorfona – hidroxi-14-di-hidromorfinona;
 Petidina – éster etílico do ácido metil-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4;
 Fenadoxona – morfolino-6-difenil-4,4-heptanona-3;
 Fenampromida – *N*-(metil-1-piperidina-2-etil)-propionanilida;
 Fenazocina – hidroxi-2'-dimetil-5,9-fenetil-2-benzomorfan-6,7;
 Fenomorfan-3-ol – hidroxi-3-*N*-fenetilmorfinano;
 Fenoperidina – éster etílico do ácido (hidroxi-3-fenil-3-propil)-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4;
 Piminodina – éster etílico do ácido fenil-4-(fenilamino-3-propil)-1-piperidina-carboxílico-4;
 Pro-heptazina – dimetil-1,3-fenil-4-propionoxi-4-azaciclo-heptano;
 Properidina – éster isopropílico do ácido metil-1-fenil-4-piperidina-carboxílico-4;
 Racemomorfan-3-ol – (\pm)-metoxi-3-*N*-metilmorfinano;
 Racemoramida – (\pm)-[metil-2-oxo-4-difenil-3,3-(pirrolidinil-1)-4-butil]-4-morfolina;
 Racemorfan-3-ol – (\pm)-hidroxi-3-*N*-metilmorfinano;
 Tabacona – acetildi-hidrocodeinona;
 Tebaína;
 Trimperidina – trimetil-1,2,5-fenil-4-propionoxi-4-piperidina.

Os isómeros dos estupefacientes inscritos no quadro, salvo exceção expressa em todos os casos em que esses isómeros possam existir de acordo com a designação química especificada.

Os ésteres e os éteres dos estupefacientes inscritos no presente quadro, a menos que não figurem num outro quadro, em todos os casos em que esses ésteres ou éteres possam existir.

Os sais dos estupefacientes inscritos no presente quadro, incluindo os sais dos ésteres, dos éteres e dos isómeros acima referidos, em todos os casos em que esses sais possam existir.

Lista de estupefacientes incluídos no quadro II

Acetildi-hidrocodeína;
 Codeína – 3-metilmorfina;
 Dextropropoxifeno – (+)-dimetilamino-4-metil-3-difenil-1,2-propionoxi-2-butano;
 Di-hidrocodeína;
 Etilmorfina – 3-etilmorfina;
 Norcodeína – *N*-demetilcodeína;
 Folcodina – morfoliniletilmorfina.

Os isómeros dos estupefacientes inscritos no quadro, com exceção expressa em todos os casos em que estes isómeros possam existir de acordo com a designação química especificada.

Os sais dos estupefacientes inscritos no presente quadro, incluindo os sais dos seus isómeros acima referidos, em todos os casos em que estes sais possam existir.

Lista de preparações incluídas no quadro III

1 – Preparações dos seguintes estupefacientes: acetildi-hidrocodeína, codeína, dextropropoxifeno, di-hidrocodeína, etilmorfina, norcodeína e folcodina, quando:

- a) Essas preparações contenham um ou mais elementos de tal modo que não apresentem praticamente o risco de abuso e que o estupefaciente não possa ser recuperado por meios facilmente aplicáveis ou numa proporção que constitua perigo para a saúde pública;

b) A quantidade de estupefacientes não exceda 100 mg por unidade de tomada e a concentração não seja superior a 2,5 por cento nas preparações sob forma indivisa;

2 – Preparações de cocaína contendo no máximo 0,1 por cento de cocaína calculada em cocaína base e preparações de ópio ou de morfina contendo no máximo 0,2 por cento de morfina calculada em morfina de base anidra, e contendo um ou mais elementos de tal maneira que praticamente não apresentem riscos de abuso e que o estupefaciente não possa ser recuperado por meios facilmente aplicáveis ou em proporção que constitua perigo para a saúde pública;

3 – Preparações secas de difenoxilato divididas em unidades de administração contendo no máximo 2,5 mg de difenoxilato calculado em base e pelo menos 25 µg de atropina por unidade de administração;

4 – *Pulvis ipecacuanhae et opii compositus* – 10 por cento de pó de ópio; 10 por cento de pó de raiz de ipecacuanha, bem ministrada com 80 por cento de outro elemento pulverulento não estupefaciente;

5 – Preparações correspondentes a qualquer das fórmulas enumeradas no presente quadro e misturas dessas preparações com quaisquer substâncias que não contenham estupefacientes.

Lista de estupefacientes incluídos no quadro IV

Cannabis e resina de cannabis;

Desomorfina – di-hidrodesoximorfina;

Heroína – diacetilmorfina;

Cetobemidona – meta-hidroxifenil-4-metil-1-propionil-4-piperidina.

Os sais dos estupefacientes inscritos no presente quadro em todos os casos em que esses sais possam existir.

Anexo 3

**Lista das substâncias da Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971
aprovada, para adesão, pelo Decreto n.º 10/79, de 30 de janeiro**

Substâncias da lista I

DET – *N-N*-dietiltriptamina;
DMHP – 3-(1,2-dimetil-heptil)-1-hidroxi-7,8,9,10-tetra-hidro-6,6,9-trimetil-6*H*-dibenzo [*b,d*] pirano;
DMT – *N-N*-dimetiltriptamina;
(+)-Lisergida, LSD, LSD-25 – (2)-*N-N*-dietilisergamida (dietilamida do ácido *d* lisérgico);
Mescalina – 3,4,5-trimetoxifenetilamina;
Para-hexilo – 3-hexil-1-hidroxi-7,8,9,10-tetra-hidro-6,6,9-trimetil-6*H*-dibenzo [*b,d*] pirano;
Psilocina, psilotsina – 3-(2-dimetilaminoetil)-4-(hidroxiindol);
Psilocibina – Fosfato di-hidrogenado de 3-(2-dimetil-aminoetil)-indol-4-ilo;
STP, DOM – 2-amino-1-2,5-dimtoxi-4-metil) fenilpropano;
Tetra-hidrocanabinóis, os seguintes isómeros: Δ6a(10a), Δ6a(7), Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ9(11), e as suas variantes tereoquímicas.

Os sais das substâncias indicadas nesta lista, sempre que a existência de tais sais seja possível.

Substâncias da lista II

Anfetamina – (±)-2-amino-1-fenilpropano;
Dexanfetamina – (+)-2-amino-1-fenilpropano;
Metanfetamina – (+)-2-metilamino-1-fenilpropano;
Metilfenidato – éster metílico do ácido 2-fenil-2-(2-piperidil) acético;
Fenciclidina – 1-(fenilciclo-hexil)-pipedina;
Fenmetrazina – 3-metil-2-fenilmorfolina.

Os sais das substâncias indicadas nesta lista, sempre que a existência de tais sais seja possível.

Substâncias da lista III

Amobarbital – ácido 5-etil-5-(3-metilbutil) barbitúrico;
Ciclobarbital – ácido 5-(1 ciclo-hexeno-1-il)-5-etilbarbitúrico;
Glutetimina – 2-etil-2-fenilglutarimida;
Pentobarbital – ácido 5-etil-5-(1-metilbutil) barbitúrico;
Secobarbital – ácido 5-alil-5-(1-metilbutil) barbitúrico.

Os sais das substâncias indicadas nesta lista, sempre que a existência de tais sais seja possível.

Substâncias da lista IV

Anfepramona – 2-(dietilamino) propiofenona;
Barbital – ácido 5,5-dietilbarbitúrico;
Etclovinol – etil-2-cloroviniletinilcarbinol;
Etinamato – carbamato de 1-etinilciclo-hexilo;
Meprobamato – dicarbamato de 2-metil-2-propil-1,3-propa odio;
Metaqualona – 2-metil-3-O-tolil-4(3H)-quinazolinona;
Metilfenobarbital – ácido 5-etil-1-metil-5-fenilbarbitúrico;
Metiprilona – 3,3-dietil-5-metil-2,4-piperidinodiona;
Fenobarbital – ácido 5-etil-5-fenilbarbitúrico;
Pipradrol – 1,1-difenil-1-(2-piperidil) metanol;
SPA – (-)-1-dimetilamino-1,2-difeniletano.

Os sais das substâncias indicadas nesta lista, sempre que a existência de tais sais seja possível.

Anexo 4

Anexo da Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 29/91, de 6 de setembro

Tabela I

Ácido lisérgico;
Efedrina;
Ergometrina;
Ergotamina;
Fenil-1 propanona-2;
Pseudo-efedrina.

Os sais das substâncias indicadas nesta Tabela, sempre que a existência de tais sais seja possível.

Tabela II

Acetona;
Ácido antranílico;
Ácido fenilacético;
Anidrido acético;
Éter etílico;
Piperidina.

Os sais das substâncias indicadas nesta Tabela, sempre que a existência de tais sais seja possível.

Anexo 5

**Tabelas das plantas, substâncias e preparações sujeitas a controle
(artigos 2.º, 3.º e 4.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro)**

TABELA I-A

Acetil-alfa-metilfentanil – N-[1-(alfa) metilfenetil-4-piperidil] acetanilida;
 Acetildiidrocodeína – 3-metoxi-4,5-epoxi-6-acetoxi-17-metilmorfinano;
 Acetilmetadol – 3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenil-heptano;
 Acetorfina – 3-0-acetiltetra-hidro-7(alfa)-(1-hidro-1-metilbutil)-6,14-endoetano-oripavina;
 Alfacetilmetadol – alfa-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenil-heptano;
 Alfameprodina – alfa-3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina;
 Alfametadol – alfa-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol;
 Alfa-metilfentanil – N-{1-[(alfa) metilfenetil]-4-piperidil} propionanilida;
 Alfa-metiltiofentanil – N-[1-metil-2-(2-tienil) etil]-4-piperidil propionanilida;
 Alfentanil – monoclórídrido de N-{1[2-(4-etil-4,5-di-hidro-5-oxo-1H-tetrazol-1 il) etil]-4-(metoximetil)-4-piperidinil}-N-fenilpropanamida;
 Alfaprodina – alfa-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina;
 Alilprodina – 3-alil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina;
 Anileridina – éster etílico do ácido 1-para-aminofenil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Benzilmorfina – 3-benziloxi-4,5-epoxi-N-metil-7-morfineno-6-ol; 3-benzilmorfina;
 Benzetidina – éster etílico do ácido 1-(2-benziloxietil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Betacetilmetadol – beta-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenil-heptano;
 Beta-hidroxi-fentanil – N-{1-[(beta)-hidroxifenetil]-4-piperidil} propionanilida;
 Beta-hidroxi-3-metilfentanil – N-{1-[(beta)-hidroxifenetil]-3-metil-4-piperidil} propionanilida;
 Betameprodina – beta-3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina;
 Betametadol – beta-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol;
 Betaprodina – beta-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina;
 Bezitramida – 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(2-oxo-3-propionil-1-benzimidazolil)-piperidina;
 Butirato de dioxafetilo – etil-4-morfolino-2,2-difenilbutirato;
 Cetobemidona – 4-meta-hidroxi-fenil-1-metil-4-propionilpiperidina;
 Clonitazeno – 2-para-clorobenzil-1-dietilaminoetil-5-nitrobenzimidazol;
 Codeína – 3-metoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-17-metil-7-morfineno; 3-metil-morfina;
 Codeína N-óxido – 3-metoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-17-metil-7-morfineno-17-oxi-ol;
 Codoxina – di-hidrocodeinona-6-carboximetiloxina;
 Concentrado de palha de papoila – matéria obtida por tratamento da palha de papoila em ordem a obter a concentração dos seus alcalóides, logo que esta matéria é colocada no comércio;
 Desomorfina – 3-hidroxi-4,5-epoxi-17-metilmorfinano; di-hidrodoximorfina;
 Dextromoramida – (+)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4 (1-pirrolidinil)-butil]-morfolina;
 Dextropropoxifeno – (+)-4-dimetilamino-3-metil-1,2-difenil-2-butanol propionato;
 Diampromida – N-[(2-metilfenetilamino)-propil]-propionanilida;
 Dietiltiambuteno – 3 dietilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno;
 Difenoxilato – éster etílico do ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Difenoxina – ácido-1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilisonipecótico;
 Diidrocodeína – 6-hidroxi-3-metoxi-17-metil-4,5-epoximorfinano;
 Diidroetorfina – 7,8-diidro-7-(alfa)-[1-(R)-hidroxi-1-metilbutil]-6,14-enab-etanotetraidrooripavina;²⁴
 Di-hidromorfina – 3,6-di-hidroxi-4,5-epoxi-17-metilmorfinano;
 Dimefeptanol – 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol;
 Dimenoxadol – 2-dimetilaminoetil-1-etoxi-1,1-difenilacetato;
 Dimetiltiambuteno – 3-dimetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno;
 Dipipanona – 4,4-difenil-6-piperidina-3-heptanona;
 Drotebanol – 3,4-dimetoxi-17-metilmorfinano-6-beta, 14-diol;
 Etilmetiltiambuteno – 3-etilmetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-buteno;
 Etilmorfina – 3-etoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-17-metil-7-morfineno; 3-etilmorfina;
 Etonitazeno – 1-dietilaminoetil-2-para-etoxibenzil-5-nitrobenzimidazol;
 Etorfina – tetra-hidro-7-(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endoetenooripavina;

²⁴ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 214/2000, de 02 de setembro.

Etoxidina – éster etílico do ácido-1-[2-(2-hidroxietoxi)-etil]-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Fenadoxona – 6-morfolino-4,4-difenil-3-heptanona;
 Fenanpromida – N-(1-metil-2-piperidinoetil)-propionalida;
 Fenazocina – 2'-hidroxi-5,9-dimetil-2-fenetil-6,7-benzomorfolano;
 Fenomorfolano – 3-hidroxi-N-fenilmorfinano;
 Fenopiridina – éster etílico de ácido 1-(3-hidroxi-3-fenilpropil)-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Fentanil – 1-fenetil-4-N-propionilamino-piperidina;
 Folcodina – 3-(2-morfolino-etoxi)-6-hidroxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno; morfoliniletilmorfina;
 Furetidina – éster etílico do ácido 1-(2-tetra-hidrofur-furiloxietil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Heroína - 3,6-diacetoxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno; diacetilmorfina;
 Hidrocodona – 3-metoxi-4,5-epoxi-6-oxo-17 metilmorfina; di-hidrocodeína;
 Hidromorfinol – 3,6,14-triidroxi-4,5-epoxi-17-metilmorfinano; 14-hidroxiidromorfina;
 Hidromorfona – 3-hidroxi-4,5-epoxi-6-oxo-17-metilmorfinano; diidromorfona;
 Hidroxipetidina – éster etílico do ácido 4-meta-hidro-xifenil-1-metilpiperidino-4-carboxílico;
 Isometadona – 6-dimetilamino-5-metil-4,4-difenil-3-hexanona;
 Levofenacilmorfolano – (-)-3-hidroxi-N-fenacilmorfinano;
 Levometorfolano – (-)-3-metoxi-N-metilmorfinano [v. nota (*)];
 Levomoramide – (-)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil] morfina;
 Levorfanol – (-)-3-hidroxi-N-metilmorfinano [v. nota (*)];
 Metadona – 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanona;
 Metadona, intermediário de – 4-ciano-2-dimetilamino-4,4-difenilbutano;
 Metazocina – 2'-hidroxi-2,5,9-trimetil-6,7-benzomorfolano;
 Metildesorfina – 6-metil-delta-6-desoximorfina; 3-hidroxi-4,5-epoxi-6,17-dimetil-6-morfineno;
 Metildiidromorfina – 6-metil-diidromorfina; 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-6,17-dimetilmorfinano;
 3-metilfentanil – N-(3-metil-1-fenetil-4-piperidil) propionanilida (e os seus dois isômeros cis e trans);
 Metopão – 5-metil di-hidromorfona; 3-hidroxi-4,5-epoxi-6-oxo-5,17 dimetilmorfinona;
 Mirofina – miristilbenzilmorfina; tetradecanoato de 3-benziloxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno-6-ilo;
 Morferidina – éster etílico do ácido 1-(2-morfolinoetil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Moramida, intermediário de – ácido 2-metil-3-morfolino-1,1-difenilpropano carboxílico;
 Morfina – 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno;
 Morfina, bromometilato e outros derivados da morfina com nitrogênio pentavalente;
 Morfina-N-óxido – 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno-N-óxido;
 MPPP – propionato de 1-metil-4-fenil-4-piperidinol;
 Nicocodina – éster codeínico do ácido 3-piridinocarboxílico; 6-nicotinilcodeína;
 Nicodicodina – éster diidrocodeínico do ácido 3-piridinocarboxílico; 6-nicotinildiidrocodeína;
 Nicomorfina – 3,6-dinicotilmorfina;
 Noracimetadol – (mais ou menos)-alfa-3-acetoxi-6-metilamino-4,4-difenil-heptano;
 Norcodeína – 3-metoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-7-morfineno; N-desmetilcodeína;
 Norlevorfanol – (-)-3-hidroxi-morfinano;
 Normetadona – 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-hexanona;
 Normorfina – 3,6-di-hidroxi-4,5-epoxi-7-morfineno; desmetilmorfina;
 Norpipanona – 4,4-difenil-6-peperidino-3-hexanona;
 Ópio – o suco coagulado espontaneamente obtido da cápsula da *Papaver somniferum* L. e que não tenha sofrido mais do que as manipulações necessárias para o seu empacotamento e transporte, qualquer que seja o seu teor em morfina;
 Ópio – mistura de alcalóides sob a forma de cloridratos e brometos;
 Oripavina [3-O-desmetiltebaína, o 6,7,8,14-tetradeshi-dro-4,5-(alfa)-epoxi-6-metoxi-17-metilmorfinan-3-ol];²⁵
 Oxicodeína – 3-metoxi-4,5-epoxi-6-oxo-14-hidroxi-17-metilmorfinano; 14-hidroxiidrocodeína;
 Oximorfona – 3,14-diidroxi-4,5-epoxi-6-oxo-17-metilmorfinano; 14-hidroxiidromorfona;
 Para-fluorofentanil-[4'-fluoro-N-(1-fenetil-4-piperidil)] propionanilida;
 PEPAP – acetato de 1-fenetil-4-fenil-4-piperidinol;
 Petidina – éster etílico do ácido 1-metil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Petidina, intermediário A da – 4-ciano-1-metil-4-fenil-piperidina;
 Petidina, intermediário B da – éster etílico do ácido-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Petidina, intermediário C da – ácido 1-metil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Piminodina – éster etílico do ácido 4-fenil-1-[3-(fenilamino)-propilpiperidino]-4-carboxílico;
 Piritamida – amida do ácido 1-(3-ciano-3,3-difenil-propil)-4-(1-piperidino)-piperidino-4-carboxílico;

²⁵ Aditado pela Lei n.º 18/2009, de 11 de maio.

Pro-heptazina – 1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxiazacilo-heptano;
 Properidina – éster isopropílico do ácido 1-metil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico;
 Propirano – N-(1-metil-2-piperidinoetil)-N-2-piridilpropionamida;
 Racemórfano – (mais ou menos)-3-metoxi-N-metilmorfinano;
 Racemoramida – (mais ou menos)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil]-morfolina;
 Racemorfanano – (mais ou menos)-3-hidroxi-N-metilmorfinano;
 Remifentanilo – 1-(2-metoxicarboniletil)-4-(fenilpropionilamino) piperidina-4-carboxilato de metilo;²⁶
 Sufentanil – N-{4-metoximetil-1-[2-(2-tienil)-etil]-4-piperidil}-propionanilida;
 Tabecão – 3-metoxi-4,5-epoxi-6-acetoxi-17-metilmorfinano; acetidil-hidrocodeína;
 Tapentadol – {3-[(1R,2R)-3-(dimetilamino)-1-etil-2-metilpropil]fenol};²⁷
 Tebaína – (3,6-dimetoxi-4,5-epoxi-17-metil-6,8-morfinadieno);
 Tilidina – (mais ou menos)-etil-trans-2-(dimetilamino)-1-fenil-3-ciclo-hexeno-1-carboxilato;
 Tiofentanil – N-{1-[2-(2-tienil)etil]-4-piperidil} propionanilida;
 Trimeperidina – 1,2,5-trimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.

Os isómeros das substâncias inscritas nesta tabela em todos os casos em que estes isómeros possam existir com designação química específica, salvo se forem expressamente excluídos.

Os ésteres e os éteres das substâncias inscritas na presente tabela em todas as formas em que estes ésteres e éteres possam existir, salvo se figurarem noutra tabela.

Os sais das substâncias inscritas na presente tabela, incluindo os sais dos ésteres e éteres e isómeros mencionados anteriormente sempre que as formas desses sais sejam possíveis.

(*) O dextrometorfano (+)-3-metoxi-N-metilmorfinano e o dextrorfano (+)-3-hidroxi-N-metilmorfinano estão especificamente excluídos desta tabela.

TABELA I-B

Coca, folha de – as folhas de *Erythroxylon coca* (Lamarck), da *Erythroxylon nova-granatense* (Morris) Hieronymus e suas variedades, da família das eritroxiláceas e as suas folhas, de outras espécies deste género, das quais se possa extrair a cocaína directamente, ou obter-se por transformações químicas; as folhas do arbusto de coca, excepto aquelas de que se tenha extraído toda a ecgonina, a cocaína e quaisquer outros alcalóides derivados da ecgonina;

Cocaína – éter metílico do ácido (-)-8-metil-3-benzoiloxi-8-aza-biciclo-(1,2,3)-octano-2-carboxílico; éster metílico de benzoilecgonina;

Cocaína-D – isómero dextrógiro de cocaína;

Ecgonina, ácido – (-)-3-hidroxi-8-metil-8-aza-biciclo-(1, 2, 3)-octano-2-carboxílico, e os seus ésteres e derivados que sejam convertíveis em ecgonina e cocaína.

Consideram-se inscritos nesta tabela todos os sais destes compostos, desde que a sua existência seja possível.

TABELA I-C

Canabis – folhas e sumidades floridas ou frutificadas da planta *Cannabis sativa* L. da qual não se tenha extraído a resina, qualquer que seja a designação que se lhe dê;

Canabis, resina de – resina separada, em bruto ou purificada, obtida a partir da planta *Cannabis*;

Canabis, óleo de – óleo separado, em bruto ou purificado, obtido a partir da planta *Cannabis*;

Cannabis - sementes não destinadas a sementeira da planta *Cannabis sativa* L.²⁸

Consideram-se inscritos nesta tabela todos os sais destes compostos, desde que a sua existência seja possível.

TABELA II-A

1-benzilpiperazina (1-benzil-1,4-diazacilohexano, N-benzilpiperazina ou, de forma menos precisa, benzilpiperazina ou BZP);²⁹

2C-B (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina);³⁰

2C-I (2,5-dimetoxi-4-iodofenetilamina);³¹

²⁶ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 214/2000, de 02 de setembro.

²⁷ Aditado pela Lei n.º 13/2012, de 26 de março.

²⁸ Aditado pela Lei n.º 47/2003, de 22 de agosto.

²⁹ Aditado pela Lei n.º 18/2009, de 11 de maio.

³⁰ Aditado pela Lei n.º 17/2004, de 17 de maio.

³¹ Aditado pela Lei n.º 14/2005, de 26 de janeiro.

2C-T-2 (2,5-dimetoxi-4-etiltiofenetilamina);³²
 2C-T-7 (2,5-dimetoxi-4-propiltiofenetilamina);³³
 Bufotenina – 5-hidroxi-N-N-dimetiltriptamina;
 Catinona – (-)-(alfa)-aminopropiofenona;
 DET – N-N-dietiltriptamina;
 DMA – (mais ou menos)-2,5-dimetoxi-a-metilfeniletilamina;
 DMHP – 3-(1,2-dimetil-heptil)-1-hiroxi-7,8,9,10-tetraidro-6,6,9-trimetil-6H-dibenzo-(b,d) pirano;
 DMT – N-N-dimetiltriptamina;
 DOB – 2,5 dimetoxi-4-bromoanfetamina;
 DOET – (mais ou menos)-2,5-dimetoxi-4(alfa)-etil-metilfeniletilamina;
 DOM, STP – 2-amino-1-(2,5-dimetoxi-4-metil)fenil- propano;
 DPT – dipropiltriptamina;
 Eticlidina, PCE – N-etil-1-fenilciclo-hexilamina;
 Etriptamina – 3-(2-aminobutil)indol;³⁴
 Fenciclidina, PCP – 1-(1-fenilciclo-hexi) piperidina;
 GHB [(gama)-ácido hidroxibutírico];³⁵
 Lisergida, LSD, LSD-25-(mais ou menos)-N-N-dietilisergamida; dietilamida do ácido dextro-lisérgico;
 MDMA – 3,4-metilenadioxianfetamina;
 Mescalina – 3,4,5-trimetoxifenetilamina;
 Metcatinona – 2-(metilamino)-1-fenilpropan-1-ona;³⁶
 4-metilaminorex – (mais ou menos)-cis-2-amino-4-metil-5-fenil-2-oxazolina;
 4-metilmecatnona (mefedrona);³⁷
 MMDA – (mais ou menos)-5-metoxi-3,4-metilenodioxo-(alfa) metilfeniletilamina;
 Para-hexilo – 3-hexilo-1-hidroxi-7,8,9,10-tetraidro-6,6,9-trimetil-6H-dibenzo (b,d) pirano.
 PMA – 4 (alfa)-metoxi-metilfeniletilamina;
 PMMA – [parametoximetilanfetamina ou N-metil-1-(4-metixifenil)-2-aminopropano];³⁸
 Psilocibina – fosfatodiidrogenado de 3-(2-dimetila-minoetil)-4-indolilo;
 Psilocina – 3-(-2-dimetilaminoetil)-4-(hidroxi-indol);
 Rolociclidina, PHP, PCPY – 1-(1-fenilciclohexil) pirrolidina;
 Tenanfetamina-MDA – (mais ou menos)-3,4 N-metilenodioxo, (alfa)-dimetilfeniletilamina;
 Tenociclidina, TCP – 1-[1-(2-tienil) ciclo-hexil] piperidina;
 TMA – (mais ou menos)-3,4,5-trimetoxi-(alfa)-metilfeniletilamina;
 TMA-2 (2,4,5-trimetoxianfetamina);³⁹
 4-MTA (p-metiltioanfetamina ou 4-metiltioanfetamina).⁴⁰

Os sais das substâncias indicadas nesta tabela sempre, que a existência de tais sais seja possível.

Os isômeros das substâncias inscritas nesta tabela em todos os casos em que estes isômeros possam existir com designação química específica, salvo se forem expressamente excluídos.⁴¹

TABELA II-B

Anfetamina – (mais ou menos)-2-amino-1-fenilpropano;
 Catina – (+)-treo-2-amino-1-hidroxi-1-fenilpropano;
 Dexanfetamina – (+)-2-amino-1-fenilpropano;
 Fendimetrazina – (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolina;
 Fenetilina – (mais ou menos)-3,7-di-hidro-1,3-dimetil-7-{2-[(1-metil-2-feniletil) amino] etil}-1H-purina-2,6-diona;
 Fenmetrazina – 3-metil-2-fenilmorfolina;
 Fentermina – (alfa), (alfa)-dimetilfenetilamina;
 Levanfetamina – (-)-2-amino-1-fenilpropano.

³² Aditado pela Lei n.º 14/2005, de 26 de janeiro.

³³ Aditado pela Lei n.º 14/2005, de 26 de janeiro.

³⁴ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 69/2001, de 24 de fevereiro.

³⁵ Aditado pela Lei n.º 17/2004, de 17 de maio.

³⁶ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 69/2001, de 24 de fevereiro.

³⁷ Aditado pela Lei n.º 13/2012, de 26 de março.

³⁸ Aditado pela Lei n.º 47/2003, de 22 de agosto.

³⁹ Aditado pela Lei n.º 14/2005, de 26 de janeiro.

⁴⁰ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 214/2000, de 02 de setembro.

⁴¹ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 214/2000, de 02 de setembro.

Levometanfetamina – (-)-N-dimetil, (alfa)-fenetilamino-3 (O-clorofenil)-2-metil (3H)-4-quinazolinona;
 Metanfetamina – (+)-2-metilamino-1-fenilpropano;
 Metanfetamina, racemato – (mais ou menos)-2-metilamina-1-fenilpropano;
 Metilfenidato – éster metílico do ácido 2 fenil-2-(2-piperidil) acético;
 Tetraidrocanabinol – os seguintes isómeros: (Delta) 6a (10a), (Delta) 6a (7), (Delta) 7, (Delta) 8, (Delta) 9, (Delta) 10, (Delta) (11);
 Zipeprol – (alfa)-((alfa)-metoxibenzil)-4-((beta)-metoxifenetil)-1-piperazineetanol.⁴²

Os derivados e sais das substâncias inscritas nesta tabela, sempre que a sua existência seja possível, assim como todos os preparados em que estas substâncias estejam associadas a outros compostos, qualquer que seja a acção destes.

TABELA II-C

Amobarbital – ácido 5-etil-5-(3-metilbutil) barbitúrico;
 Buprenorfina – 21-ciclopropil-7 alfa [(s) 1-hidroxi-1,2,2-trimetilpropil]-6,14-endo-etano-6,7,8,14-tetra-hidrooripavina;
 Butalbital – ácido 5-alil-5-isobarbitúrico;
 Ciclobarbital – ácido 5-(1-ciclo-hexeno-1-il)-5-etilbarbitúrico;
 Flunitrazepam – 5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;⁴³
 Glutetamida – 2-etil-2-fenilglutarimida;
 Mecloqualona – 3-(O-clorofenil)-2-metil-4(3H)-quinazolinona;
 Metaqualona – 2-metil-3-o-tolil-4(3H)-quinazolinona;
 Pentazocina – 1,2,3,4,5,6-hexa-hidro-6,11,dimetil-3-(3-metil-2-butenil)-2,6-metano-3-benzocina-8-ol;
 Pentobarbital – ácido 5-etil-5-(1-metilbutil) barbitúrico;
 Secobarbital – ácido 5-alil-5-(1-metilbutil) barbitúrico.

Os sais das substâncias indicadas nesta tabela, sempre que a existência de tais sais seja possível.

TABELA III

- 1 - Preparações que, pela sua composição quantitativa e embora derivadas de estupefacientes, não apresentam grande risco de uso e abuso;
- 2 - Preparações de acetildiidrocodeína, codeína, diidrocodeína, etilmorfina, folcodina, nicocodina, nicodocodina e norcodeína, quando misturadas com um ou vários outros ingredientes e a quantidade de narcótico não exceda 100 mg por unidade de administração e a concentração nas preparações farmacêuticas em forma não dividida não exceda 2,5%;
- 3 - Preparações de cocaína contendo no máximo 0,1% de cocaína, calculada em cocaína base, e preparações de ópio ou morfina que contenham no máximo 0,2% de morfina, calculada em morfina base anidra, quando em qualquer delas existam um ou vários ingredientes, activos ou inertes, de modo que a cocaína e o ópio ou morfina não possam ser facilmente recuperados ou não estejam em preparações que constituam perigo para a saúde;
- 4 - Preparações de difenoxina contendo em unidade de administração no máximo 0,5 mg de difenoxina, calculada na forma base, e uma quantidade de sulfato de atropina equivalente pelo menos a 5% da dose de difenoxina;
- 5 - Preparações de difenoxilato contendo em unidade de administração no máximo 2,5 mg de difenoxilato, calculado na forma base, e uma quantidade de sulfato de atropina equivalente pelo menos a 1% de difenoxilato;
- 6 - Pó de ipecacuanha e ópio com a seguinte composição: 10% de ópio em pó; 10% de raiz de ipecacuanha em pó; 80% de qualquer pó inerte não contendo droga controlada;
- 7 - Preparações de propiramo contendo no máximo 100 mg de propiramo por unidade de administração associadas com uma quantidade pelo menos igual de metilcelulose;

⁴² Aditado pelo Decreto-Lei n.º 69/2001, de 24 de fevereiro.

⁴³ Substância é transferida da tabela IV para a tabela II-C, de acordo com o Decreto-Lei n.º 69/2001, de 24 de fevereiro.

8 - Preparações administráveis por via oral que não contenham mais de 135 mg de sais de dextropropoxifeno base por unidade de administração ou que a concentração não exceda 2,5% das preparações em forma não dividida sempre que estas preparações não contenham nenhuma substância sujeita a medidas de controlo da Convenção de 1971 sobre Psicotrópicos;

9 - As preparações que correspondam a qualquer das fórmulas mencionadas nesta tabela e misturas das mesmas preparações com qualquer ingrediente que não faça parte das drogas controladas.

TABELA IV

Alobarbitol – ácido 5,5 dialilbarbitúrico;
 Alprazolam – 8-cloro-1-metil-6-fenil-4 H-s-triazol [4,3-(alfa)] [1,4] benzodiazepina;
 Amfepramona – 2-(dietilamino) propiofenona;
 Aminorex – 2-amino-5-fenil-2-oxazolina;⁴⁴
 Barbitol – ácido 5,5-dietilbarbitúrico;
 Benzetamina – N-benzil-N, -dimetilfenetilamina;
 Bromazepam – 7-bromo-1,3-di-hidro-5-(2-piridinil)-2 H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Brotizolam – 2-bromo-4-(0-clorofenil)-9-metil-6H-tieno[3,2-f]-s-triazolo[4,3-a][1,4]diazepina;
 Butobarbitol – ácido 5, butil-5-etilbarbitúrico;⁴⁵
 Camazepam – dimetilcarbamato (éster) do 7-cloro-1,3-di-hidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Cetazolam – 11-cloro-8, 12b-di-hidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4H-[1,3] oxazino [3,2-d] [1,4] benzodiazepina-4,7 (6h)-diona;
 Clobazam – 7-cloro-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepina-2,4 (3H, 5H)-diona;
 Clonazepam – (+)-N-(o-clorobenzil)-(alfa)-metilfenetilamina;
 Clonazepam – 7-nitro-5-(2-clorofenil)-3H-1,4-benzodiazepina-2 (1H)-ona;
 Clorazepato – ácido 7-cloro-2,3-di-hidro-2,2-di-hidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepina-3-carboxílico;
 Clordiazepóxido – 7-cloro-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4 benzodiazepina-4-óxido;
 Clordesmetildiazepam – 7-cloro-5-(2-clorofenil)-1,3-di-hidro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Clotiazepam – 5-(2-clorofenil)-7-etil-1,3-di-hidro-1-metil-2H-tieno [2,3-e]-1,4-diazepina-2-ona;
 Cloxazolam – 10-cloro-11b-(2-clorofenil)-2,3,7,11b-tetra-hidrooxa-zolo [3,2-d] [1,4] benzodiazepina-6 (5H)-ona;
 Delorazepam – 7-cloro-5-(2-clorofenil)-1,3-di-hidro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Diazepam – 7-cloro-1,3-di-hidro-1-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Estazolam – 8-cloro-6-fenil-4H-s-triazolo [4,3-(alfa)] [1,4] benzodiazepina;
 Etclorvinol – etil-2-cloroviniletinil-carbinol;
 Etilanfetamina – (mais ou menos)-N-etil-(alfa)-metilfeniletilamina;
 Etil-loflazepato – 7-cloro-5-(2-fluorofenil)-2,3-di-hidro-2-oxo-1H-1,4-benzodiazepina-3-carboxilato de etilo;
 Etinamato – carbamato-1-etinilciclo-hexanol;
 Fencafamina – (mais ou menos)-3-N-etilfenil-(2,2,1) biciclo 2-heptanamina;
 Fenobarbitol – ácido-5-etil-5-fenilbarbitúrico;
 Fenproporex – (mais ou menos)-3-((alfa)-metilfenetilamina) propionitrilo;
 Fludiazepam – 7-cloro-5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-metil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Flunitrazepam – 5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Flurazepam – 7-cloro-1-[2-(dietilamino) etil]-5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Halazepam – 7-cloro-1,3-di-hidro-5-fenil-1-(2,2,2-trifluoretil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Haloxazolam – 10-bromo-11b-(2-fluorofenil)-2,3,7,11b-tetra-hidrooxazol [3,2-d] [1,4] benzodiazepina-6 (5H)-ona;
 Loprazolam – 6-(2-clorofenil)-2,4-di-hidro-2-[4-metil-1-piperazinil] metileno]-8-nitro-1H-imidazo-[1,2-a] [1,4] benzodiazepina-1-ona;
 Lorazepam – 7-cloro-5 (2-clorofenil)-1,3-di-hidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Lormetazepam – 7-cloro-5-(2-clorofenil)-1,3-di-hidro-3-hidroxi-1-metil-2H-1,4-benzodiazepina- 2-ona;
 Mazindol – 5-(p-clorofenil)-2,5-di-hidro-3N-imidazol (2,1-a)-isoindol-5-ol;
 Medazepam – 7-cloro-2,3-di-hidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepina;
 Mefenorex – (mais ou menos)-N-(3-cloropropil)-a-metilfenetilamina;
 Meprobamato - dicarbamato-2-metil-2-propil-1,3-propanediol;
 Mesocarbe – 3-((alfa)-metilfenetil)-N-(fenilcarbamoil)sidnona imina;⁴⁶

⁴⁴ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 69/2001, de 24 de fevereiro.

⁴⁵ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 69/2001, de 24 de fevereiro.

⁴⁶ Aditado pelo Decreto-Lei n.º 69/2001, de 24 de fevereiro.

Metilfenobarbital – ácido-5-etil-1-metil-5-fenilbarbitúrico;
 Metiprilona – 3,3-dietil-5-metil-2,4-biperidinediona;
 Midazolam – 8-cloro-6-(o-fluorofenil)-1-metil-4H-imidazol [1,5-(alfa)] [1,4] benzodiazepina;
 Nimetazepam – 1,3-di-hidro-1-metil-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Nitrazepam – 1,3-di-hidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Nordazepam – 7-cloro-1,3-di-hidro-5-fenil-1 (2H)-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Oxazepam – 7-cloro-1,3-di-hidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Oxazolam – 10-cloro-2,3,7,11b-tetra-hidro-2-metil-11b-feniloxazolo [3,2-d] [1,4] benzodiazepina-6 (5H)-ona.
 Pemolina – 2-amino-5-fenil-2-oxazolina-4 ona (ou: 2-imino-5-fenil-4-oxazolidinoma);
 Pinazepam – 7-cloro-1,3-di-hidro-5-fenil-1-(2-propinil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Pipradol – 1,1-difenil-2-piperidinometanol;
 Pirovalerona – (mais ou menos)-1-(4-metilfenil)-2 (1-pirrolidinil) 1-pentanona;
 Prazepam – 7-cloro-1-(ciclopropilmetil)-1,3-di-hidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Propil-hexedrina – (mais ou menos)-1-ciclo-hexil-2-metil-aminopropano;
 Quazepam – 7-cloro-5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-(2,2,2-trifluoroetil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Secbutabarbital – ácido secbutil-5-etilbarbitúrico;
 SPA, Lefetamina – (-)-1-dimetilamino-1,2-difeniletano;
 Temazepam – 7-cloro-1,3-di-hidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Tetrazepam – 7-cloro-5-(1-ciclo-hexano-1-il)-1,3-di-hidro-1-metil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona;
 Triazolam – 8-cloro-6-(2-clorofenil)-1-metil-4H-[1,2,4] triazol [4,3-(alfa)] [1,4] benzodiazepina;
 Vinilbital – ácido 5-(1-metilbutil)-5 vinilbarbitúrico;
 Zolpidem {N, N, 6-trimetil-2-(ró)-tolilimidazol [1,2-(alfa)] piridina-3-acetamida}.⁴⁷

Os sais das substâncias indicadas nesta tabela, sempre que a existência de tais sais seja possível.

TABELA V

Ácido lisérgico;
 Efedrina;
 Ergometrina;
 Ergotamina;
 Fenil- 1 propanona-2;
 Isosafrole;
 3,4 - Metilenodioxifenil - 2 – propanona;
 N - ácido acetiltranílico;
 Norefedrina;⁴⁸
 Piperonal;
 Pseudo-efedrina;
 Safrole.

Os sais das substâncias inscritas na presente tabela em todos os casos em que a existência desses sais seja possível.

TABELA VI

Acetona;
 Ácido antranílico;
 Ácido clorídrico;
 Ácido fenilacético;
 Ácido sulfúrico;
 Anidrido acético;
 Éter etílico;
 Metiletilcetona;
 Permanganato de potássio;
 Piperidina;
 Tolueno.

Os sais das substâncias inscritas na presente tabela em todos os casos em que a existência desses sais seja possível.

⁴⁷ Aditado pela Lei 17/2004, de 17 de maio.

⁴⁸ Aditado pela Lei n.º 3/2003, de 15 de janeiro.

Anexo 6

**Lista de novas substâncias psicoativas aprova pela Portaria n.º 154/2013,
de 17 de abril**

FENILETILAMINAS E DERIVADOS

- 1) 1-Fenil1-propanamina (1-fenilpropilamina);
- 2) 1-PEA (1-feniletilamina) 2- ou 3-fluoroanfetamina 2,4-DMA (2,4-dimetoxi-alfa-metilbenzenoetanamina; ou 2,5-DMA (2,5-dimetoxi-alfa-metilbenzenoetanamina);
- 3) 2-Aminoindano (2,3-di-hidro 1H-Inden2-amina; ou 1-aminoindan (2,3-di-hidro 1H-Inden1-amina);
- 4) 2C-B-Fly (8-bromo2,3,6,7-benzodi-hidrofuranelamina; ou 2-(8-bromo2,3,6,7-tetra-hidrofuro [2,3 - f][1]benzofuran-4 -il)etanamina;
- 5) 2C-C-NBOMe (2-(4-cloro2,5-dimetoxifenil)-N[(2-metoxifenil)metil]etanamina);
- 6) 2C-P (2,5-dimetoxi4-(n)-propilfenetilamina; ou 2-(2,5-dimetoxi4-propilfenil)etanamina);
- 7) 2C-T4 (2,5-dimetoxi4-isopropiltiofenetilamina);
- 8) 2-DPMP (2-difenilmetilpiperidina);
- 9) 2-PEA (2-fenetilamina);
- 10) 3-FMA (3-fluorometanfetamina);
- 11) 4-APB (4-(2-aminopropil)benzofurano);
- 12) 4-FMA (4-fluorometanfetamina);
- 13) 4-MA (4-metilanfetamina);
- 14) 5-IAI (5-iodo2-aminoindano);
- 15) 6-APB (6-(2-aminopropil)benzofurano);
- 16) Benzilpiperidina (4-(fenilmetil)piperidina);
- 17) bk-MBDB (2-metilamino1-(3,4-metilenodioxife-nil)butan-1-ona);
- 18) Bromo-Dragonfly (Bromobenzodifuranilisopropilamina) ou 1-(4-Bromofuro[2,3-f][1]benzofuran-8-il)propan-2-amina;
- 19) Camfetamina (N-metil3-fenilbiciclo[2.2.1]heptan-2-amina);
- 20) Desoxi-D2PM (2-(difenilmetil)pirrolidina);
- 21) Dimetilamfetamina (N,N-dimetil1-fenilpropan2-amina);
- 22) DMMA (3,4-Dimetoxi-N-metilanfetamina);
- 23) DOI (4-iodo2,5-dimetoxianfetamina);
- 24) DPIA (Di-(beta)-fenilisopropil)amina);
- 25) M-ALFA (1-metilamino1-(3,4-metilenodioxi-fenil)propano);
- 26) MDAI (6,7-di-hidro5H-ciclopenta[f][1,3]benzo-dioxol-6-amina);
- 27) MDHOET (3,4-metilenodioxi-N(2-hidroxi)etil) anfetamina;
- 28) N,N-dimetilfenetilamina;
- 29) N-Acetil-DOB (N-acetil4-bromo2,5-dimetoxianfetamina);
- 30) N-benzil1-fenetilamina;
- 31) N-Etil2C-B (N-etil4-bromo2,5-dimetoxibenzenoetanamina);
- 32) NMPEA (N-metilfeniletilamina);
- 33) p-Fluoroanfetamina (1-(4-fluorofenil)propan-2-amina);
- 34) TMA-6 (2,4,6-trimetoxianfetamina);
- 35) (beta)-Me-PEA (beta-metil-fenetilamina).

TRIPTAMINAS E DERIVADOS

- 36) 4-AcO-DIPT (4-acetoxi-N,N-diisopropiltriptamina);
- 37) 4-AcO-DMT (4-acetoxi-N,N-dimetiltriptamina);
- 38) 4-AcO-MET (4-acetoxi-N-metil-N-etiltriptamina);
- 39) 4-HO-DET (4-hidroxi-N,N-dietiltriptamina);
- 40) 4-HO-DIPT (4-hidroxi-N,N-diisopropiltriptamina);
- 41) 4-HO-MET (4-hidroxi-N-metil-N-etiltriptamina);
- 42) 5-MeO-AMT (5-metoxi(alfa)-metiltriptamina);
- 43) 5-MeO-Dalt (N,N-dialil5-metoxitriptamina);
- 44) 5-MeO-DET (5-metoxi-N,N-dietiltriptamina);
- 45) 5-MeO-DPT (5-metoxi-N,N-dipropiltriptamina);
- 46) DIPT (diisopropiltriptamina);
- 47) Harmina (7-Metoxi1-metil9H-pirido[3,4-b]indol);

48) MIPT (N-Metil-N-isopropiltriptamina).

PIPERAZINAS E DERIVADOS

- 49) 2C-B-BZP (1-(4-bromo-2,5-dimetoxibenzil)piperazina);
 50) DBZP (1,4-dibenzilpiperazina);
 51) Gelbes (cloridrato de 1-(3-clorofenil)-4-(3-cloropropil)piperazina);
 52) mCPP (1-(3-clorofenil)piperazina); ou CPP (clor-fenil-piperazina);
 53) MeOPP (1-(4-metoxifenil)-piperazina);
 54) pCPP (1-(4-clorofenil)piperazina);
 55) pFPP (p-fluorofenilpiperazina);
 56) TFMPP (1-[3-(trifluorometil)fenil]piperazina).

DERIVADOS DA CATINONA

- 57) 2-Metilmetcatinona;
 58) 2-(metilamino)-1-(2-metilfenil)-1-propanona;
 59) 3,4-Dimetilmetcatinona ou 3,4-DMMC (1-(3,4-dimetilfenil)-2-(metilamino)propan-1-ona);
 60) 3-FMC ou 3-Fluorometcatinona (1-(3-Fluorofenil)-2-(metilamino)propan-1-ona);
 61) 4-EMC (4-etilmetcatinona) (RS)-2-metilamino-1-(4-etilfenil)propan-1-ona);
 62) 4-MBC (4-metil-N-benzilcatinona);
 63) 4-Metilbufedrona (2-(metilamino)-1-(4-metilfenil) butan-1-ona);
 64) 4-Metilecatinona (2-etilamino-1-(4-metilfenil) propan-1-ona);
 65) bk-MDDMA (1-(1,3-benzodioxol5-il)-2-(dimetilamino)propan-1-ona);
 66) bk-PMMA ou metedrona (4-metoximetcatinona);
 67) BMDDB (2-Benzilamino-1-(3,4-metilenodioxifenil) butan-1-ona);
 68) BMDP (2-Benzilamino-1-(3,4-metilenodioxifenil)propan-1-ona);
 69) Brefedrona (RS)-1-(4-bromofenil)-2-metilaminopropan-1-ona);
 70) Bufedrona (2-(metilamino)-1-fenilbutan-1-ona);
 71) Butilona/bk-MBDB [(beta)-ceto-N-metilbenzodioxolilbutanamina ou 1-(1,3-benzodioxol5-il)-2-(metilamino)butan-1-ona];
 72) Dibutilona/bk-MMBDB (2-Dimetilamino-1-(3,4-metilenodioxifenil)butan-1-ona);
 73) Etilecatinona/Subcoca I (2-etilamino-1-fenilpropan-1-ona);
 74) Flefedrona (p-fluorometcatinona);
 75) Iso-etcatinona (1-etilamino-1-fenil-propan-2-ona);
 76) Iso-pentadrona (1-metilamino-1-fenil-pentan-2-ona);
 77) MDPBP (3',4'-metilenodioxo(alfa)-pirrolidinobutiropfenona);
 78) MDPPP (3',4'-metilenodioxo(alfa)-pirrolidinopropiofenona);
 79) MDPV (1-(3,4-metilenodioxifenil)-2-pirrolidinil-pentan-1-ona);
 80) Metamfepramona (N,N-dimetilcatinona);
 81) Metilona (3,4-metilenodioximetcatinona);
 82) MPPP (4'-metil-alfa-pirrolidinopropiofenona);
 83) Nafirona (1-naftalen-2-il-2-pirrolidinil-1-pentan-1-ona);
 84) N-etilbufedrona/NEB (2-(etilamino)-1-fenilbutan-1-ona);
 85) Pentadrona ((mais ou menos)-1-fenil-2-(metilamino)pentan-1-ona);
 86) Pencilona (2-metilamino-1-(3,4-metilenodioxifenil) pentan-1-ona);
 87) PPP (alfa)-pirrolidinopropiofenona);
 88) (alfa)-PBP (1-fenil-2-pirrolidinobutanona);
 89) (alfa)-PVP (1-fenil-2-(1-pirrolidinil)-1-pentanona);
 90) (beta)-Etilmetcatinona (2-metilamino-1-fenilpentan-1-ona).

CANABINÓIDES SINTÉTICOS

- 91) 1-(2-metileno-N-metilpiperidil)-3-(2-metoxifenilacetil)indol;
 92) 3-(4-Hidroximetilbenzoi)-1-pentilindol (4-hidroximetilfenil)(1-pentil-1H-indol-3-il)metanona);
 93) 5FUR-144 (5-fluor(1-pentilindol-3-il)-(2,2,3,3-tetrametilciclopropil)metanona);
 94) AM-1220 (1-[1-(1-metilpiperidin-2-il)metil]-1H-indol-3-il)(naftil)-metanona);
 95) AM-1220 derivado azepano (1-(1-metilazepan-3-il)-1H-indol-3-il)(naftil)metanona);
 96) AM-2201 (1-[5-fluoropentil]-1H-indol-3-il)-(naftalen-1-il)metanona);
 97) AM-2232 (5-[3-(1-naftoil)-1H-indol-1-il] pentanonitrilo);
 98) AM-2233 (1-[N-metilpiperidin-2-il)metil]-3-(2-iodobenzoil)indol);
 99) AM-694 (1-[5-fluoropentil]-1H-indol-3-il)-(2-iodofenil)metanona);
 100) AM-694 derivado clorado (1-[5-cloropentil]-1H-indol-3-il)-(2-iodofenil)metanona);

- 101) CP 47,497 (5-(1,1-dimetil-heptil)-2-[(1R,3S)-3-hidroxiciclo-hexil]-fenol);
 102) CP 47,497-C6 homólogo (5-(1,1-dimetil-hexil)-2-[(1R,3S)-3-hidroxiciclo-hexil]-fenol);
 103) CP 47,497-C8 homólogo (5-(1,1-dimetil-octil)-2-[(1R,3S)-3-hidroxiciclo-hexil]-fenol);
 104) CP 47,497-C9 homólogo (5-(1,1-dimetil-nonil)-2-[(1R,3S)-3-hidroxiciclo-hexil]-fenol);
 105) CP47,497 (C8 + C2) (derivado dimetilado ou etilado do homólogo C8 de CP47, 497);
 106) CRA-13 (naftalen-1-il(4-pentiloxinaftalen-1-il) metanona);
 107) HU-210 (1,1-dimetil-heptil-1-hidroxitetra-hidrocanabinol);
 108) JWH-007 (1-pentil-2-metil-3-(1-naftoil)indol);
 109) JWH-015 (1-propil-2-metil-3-(1-naftoil)indol);
 110) JWH-018 (naftalen-1-il(1-pentilindol-3-il)metanona);
 111) JWH-018 derivado adamantóilo (1-pentil-3-(1-adamantóil)indol);
 112) JWH-019 (1-hexil-3-(1-naftoil)indol);
 113) JWH-022 (naftalen-1-il(2-(pent-4-enil)-1H-indol-3-il)metanona);
 114) JWH-073 (1-butil-3-(1-naftoil)indol);
 115) JWH-073 derivado metílico (1-butil-3-(1-(4-metil) naftoil)indol);
 116) JWH-081 (1-pentil-3-(4-metoxi-1-naftoil)indol);
 117) JWH-122 (1-pentil-3-(4-metil-1-naftoil)indol);
 118) JWH-182 (1-pentil-3-(4-propil-1-naftoil)indol);
 119) JWH-200 (1-[2-(4-morfolino)etil]-3-(1-naftoil) indol);
 120) JWH-203 (2-(2-clorofenil)-1-(1-pentilindol-3-il) etanona);
 121) JWH-210 (1-pentil-3-(4-etil-1-naftoil)indol);
 122) JWH-250 (1-pentil-3-(2-metoxifenilacetil)indol);
 123) JWH-251 (2-(2-metilfenil)-1-(1-pentil-1H-indol-3-il)metanona);
 124) JWH-307 (5-(2-fluorofenil)-1-pentilpirrol-3-il)-naftalen-1-il-metanona);
 125) JWH-387 (1-pentil-3-(4-bromo-1-naftoil)indol);
 126) JWH-398 (1-pentil-3-(4-cloro-1-naftoil)indol);
 127) JWH-412 (1-pentil-3-(4-fluoro-1-naftoil)indol);
 128) MAM-2201 (1-(5-fluoropentil)-1H-indol-3-il)(4-metil-1-naftalenil)-metanona);
 129) Org 27759 [2-(4-dimetilamino-fenil)-etil]amida do ácido (3-etil-5-fluoro-1H-indol-2-carboxílico);
 130) Org 29647 (1-benzil-pirrolidin-3-il)-amida do ácido (5-cloro-3-etil-1H-indol-2-carboxílico, sal do ácido 2-enodióico);
 131) Org 27569 [2-(4-piperidin-1-il-fenil)-etil]amida do ácido (5-cloro-3-etil-1H-indol-2-carboxílico);
 132) Pravadolina/WIN 48,098 (4-metoxifenil)-[2-metil-1-(2-morfolin-4-il-etil)indol-3-il]metanona);
 133) RCS-4 (4-metoxifenil)(1-pentil-1H-indol-3-il) metanona);
 134) RCS-4 orto (2-metoxifenil)(1-pentil-1H-indol-3-il) metanona);
 135) RCS-4 (C4) (4-metoxifenil)(1-butil-1H-indol-3-il) metanona);
 136) UR-144 (1-pentilindol-3-il)-(2,2,3,3-tetrametilci-clopropil)metanona).

DERIVADOS/ANÁLOGOS DA COCAÍNA

- 137) 3-(p-Fluorobenzoiloxi)tropano 3(beta)-(p-fluorobenziloxi)tropano, éster (8-metil-8-a zabíciclo[3.2.1]oct-3-il do ácido 4-fluorobenzoico);
 138) 4-fluorotropacocaína (4-fluorobenzoato de 3-pseudotropilo ou pFBT);
 139) Dimetocaína (4-aminobenzoato de (3-dietilamino-2,2-dimetilpropilo));
 140) pFBT (3-pseudotropil-4-fluorobenzoato).

PLANTAS E RESPETIVOS CONSTITUINTES ATIVOS

- 141) *Mitragyna speciosa* (Kratom e respetivos constituintes psicoativos mitraginina e 7(alfa)-hidroxí-7H-mitraginina);
 142) Noz de areca, fruto da palmeira areca (*Areca catechu*) (Arecolina ou éster metílico do ácido N-metil-1,2,5,6-tetra-hidropiridina-3-carboxílico);
 143) *Piper methysticum*;
 144) Kava (Cavalactonas);
 145) *Salvia Divinorum* (e respetivos constituintes psicoativos salvinorina A e salvinorina B);
 146) *Amanita muscaria* e os seus compostos ativos muscimol (3-hydroxy-5-aminomethyl-1-isoxazole) e ácido ibotênico (C₅H₆N₂O₄, designação IUPAC: S)-2-amino-2-(3-hydroxyisoxazol-5-yl) acetic acid).

OUTROS

- 147) 3-amino-1-fenil-butano;
 148) 3-Metoxi-PCE (3-metoxieticlidina);
 149) 4-MeO-PCP (1-[1-(4-metoxifenil)ciclo-hexil]-piperidina);

- 150) 5-APB (5-(2-aminopropil)benzofurano);
- 151) D2PM (S)-(-)-(alfa),(alfa)-difetilpirrolidinilmetanol);
- 152) DMAA (4-metil-hexan-2-amina);
- 153) Etilfenidato (acetato de 2-fenil-2-(piperidin-2-il) etilo);
- 154) LSA (8(beta)-9,10-didesidro-6-metil-ergolina-8-carboxamida);
- 155) Metiltienilpropamina/MPA (N-metil-1-(tiofen-2-il) propan-2-amina);
- 156) Metoxetamina (2-(3-metoxifenil)-2-(etilamino) ciclo-hexanona);
- 157) Nimetazepam (2-metil-9-nitro-6-fenil-2,5-diazabicyclo[5.4.0]undeca-5,8,10,12-tetraen-3-ona);
- 158) ODT (o-desmetiltramadol);
- 159) Cetamina (RS)-2-(2-clorofenil)-2-(metilamino)ciclohexanona