

2. Doenças Infecciosas³²

2.1. Notificações da Infecção VIH / SIDA

De acordo com os dados do INSA, I.P., a 31/12/2010 existiam 39 347 notificações de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em Portugal, nos vários estadios da infeção. Cerca de 41% do total acumulado de notificações de infeção pelo VIH eram casos associados à toxicodependência, constatando-se nos últimos anos uma diminuição proporcional destes casos.

Quadro 8 - Notificações dos Casos de Infeção pelo VIH: Total de Casos e Casos Associados à Toxicodependência, segundo a Classificação Epidemiológica (SIDA, Sintomático Não-SIDA e Portadores Assintomáticos)

01/01/1983 - 31/12/2010

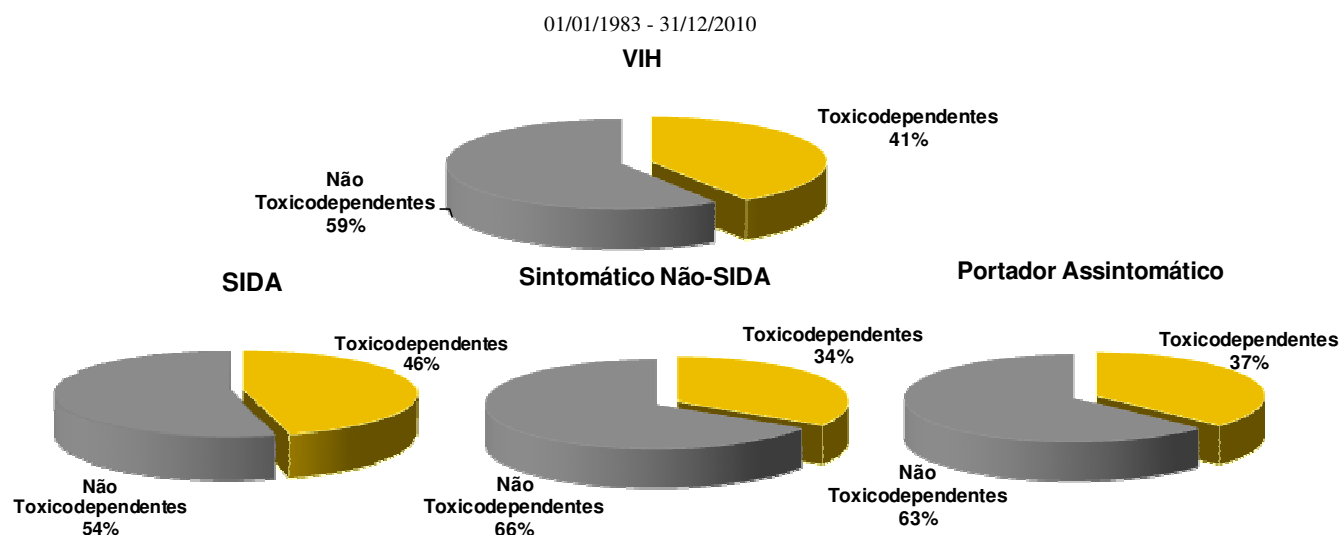
Ano Diagnóstico	Casos de SIDA		Casos Sintomáticos Não-SIDA		Casos de PA	
	Total	Toxicodependentes	Total	Toxicodependentes	Total	Toxicodependentes
Total	16 370	7 565	3 923	1 345	19 054	7 029
2010 ^{a)}	350	88	109	8	561	53

a) A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2010 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

A 31/12/2010, os casos associados à toxicodependência representavam 46%, 34% e 37% do total acumulado de notificações de casos de SIDA, de Sintomáticos Não-SIDA e de Portadores Assintomáticos, confirmando-se a tendência proporcional decrescente deste grupo a nível dos vários estadios da infeção.

Figura 20 - Notificações de Infeção pelo VIH Associados ou não à Toxicodependência, nos diferentes Estadios da Infeção (%)

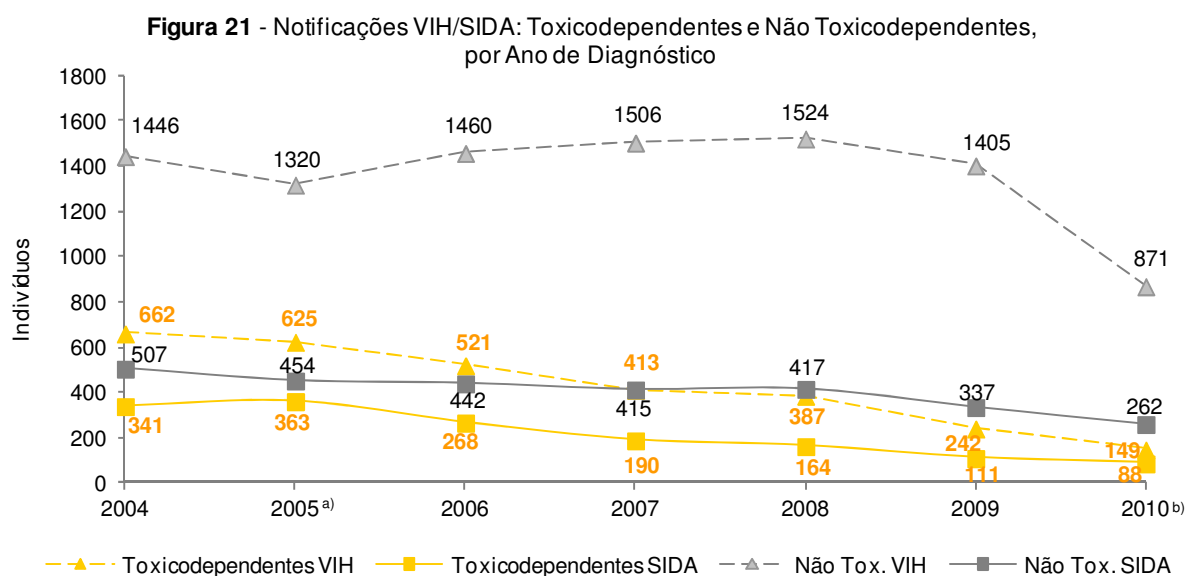


Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2010 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Quanto às notificações de casos de VIH diagnosticados em 2010, a 31/12/2010, os casos associados à toxicodependência representavam 15% do total de casos diagnosticados nos vários estadios da infeção: respetivamente 25%, 7% e 9% dos casos de SIDA, de Sintomáticos Não-SIDA e de Portadores Assintomáticos.

³² Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 45 a pág. 56, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

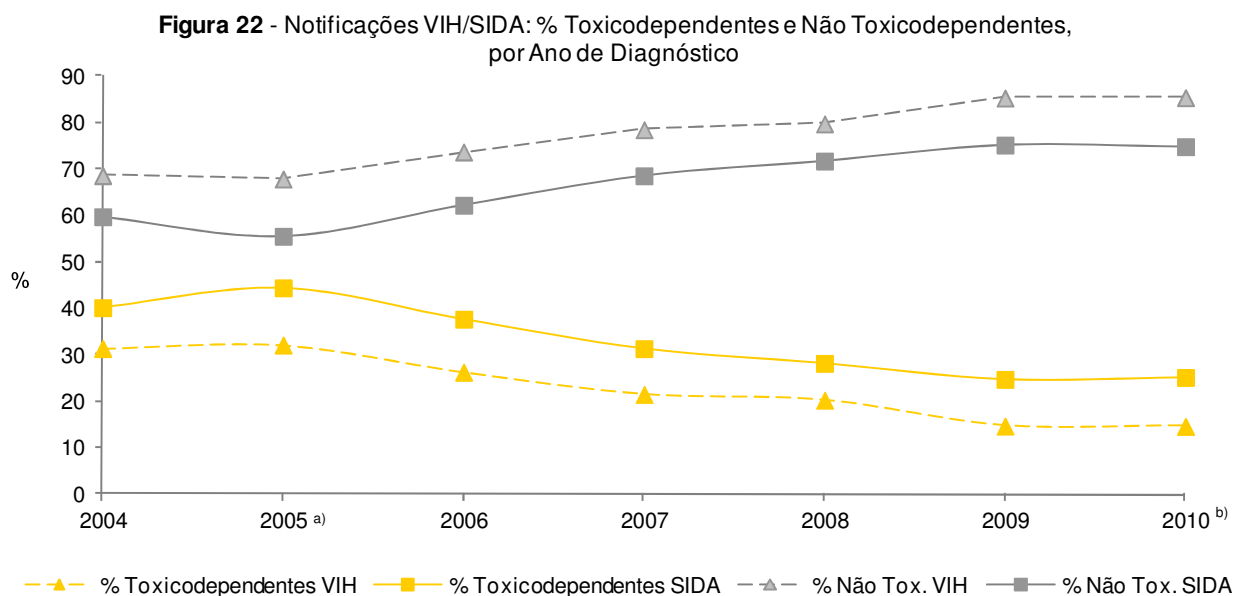
Verifica-se uma tendência decrescente nos últimos anos do peso de toxicodependentes, quer no total de casos diagnosticados com infeção VIH (15%, 15%, 20%, 22%, 26%, 32% e 31% dos casos diagnosticados em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006, 2005 e 2004) quer nos diagnosticados com SIDA (25%, 25%, 28%, 31%, 38%, 44% e 40% dos casos diagnosticados em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006, 2005 e 2004). Para além da tendência decrescente destas proporções, é de destacar a diminuição contínua ao longo dos últimos anos do número de novos casos diagnosticados com VIH associados à toxicodependência salvaguardadas as atualizações futuras dos dados (149 casos diagnosticados em 2010, 387 em 2008, 521 em 2006 e 662 em 2004).



a) Em 2005, a infeção pelo VIH foi integrada na lista das doenças de declaração obrigatória.

b) A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2010 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE



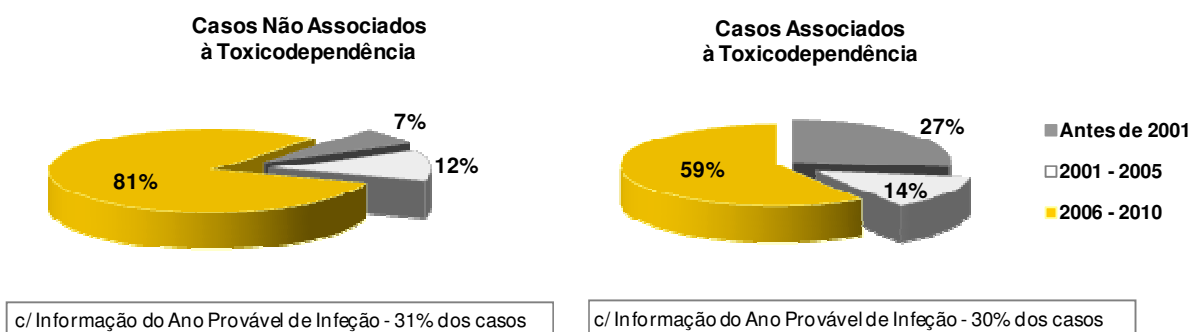
a) Em 2005, a infeção pelo VIH foi integrada na lista das doenças de declaração obrigatória.

b) A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2010 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Por outro lado, continua a verificar-se nos novos casos diagnosticados com VIH um maior peso de infeções antigas na população toxicodependente do que na restante população. Com efeito, relativamente aos casos de infeção pelo VIH associados à toxicodependência diagnosticados em 2010 e para os quais se conhece o ano provável de infeção (30%), em cerca de 41% dos casos a data provável de infeção ocorreu há mais de 5 anos (14% entre 2001 e 2005 e 27% antes de 2001), enquanto que nos restantes casos não associados à toxicodependência e com informação nesta matéria (31%), apenas em 19% dos casos a data provável de infeção ocorreu há mais de 5 anos (12% entre 2001 e 2005 e 7% antes de 2001).

Figura 23 - Casos de Infeção pelo VIH Diagnosticados em 2010, Associados ou não à Toxicodependência, por Ano Provável de Infeção (%)



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2010 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

É de referir a melhoria da cobertura do rastreio da infeção pelo VIH junto da população toxicodependente - nomeadamente com o aparecimento das políticas de redução de riscos e minimização de danos em 2001³³ e mais recentemente com a implementação do Programa KLOTHO³⁴ desde 2007 - , o que, conjugado com o atrás referido sobre a diminuição contínua ao longo dos últimos anos do número de novos casos diagnosticados com VIH associados à toxicodependência, parece indiciar estarmos perante uma efetiva diminuição de infeções recentes na população toxicodependente³⁵.

Quanto aos casos de SIDA associados à toxicodependência notificados até 31/12/2010, as patologias predominantemente observadas à data do diagnóstico pertenciam ao grupo das infeções oportunistas (95%), com especial relevo para a tuberculose e pneumonia por *P. jirovecci* (respetivamente 57% e 11%, e, mais 5% com ambos os diagnósticos). Nos restantes casos não associados à toxicodependência verificava-se um menor peso das infeções oportunistas entre as patologias observadas à data do diagnóstico (87%), nomeadamente da tuberculose (30%).

³³ As políticas de redução de riscos e minimização de danos têm permitido uma crescente aproximação a populações toxicodependentes não abrangidas pelos serviços convencionais, nomeadamente os de saúde, o que poderá explicar o maior peso de diagnósticos de casos de “infeções antigas” nesta população.

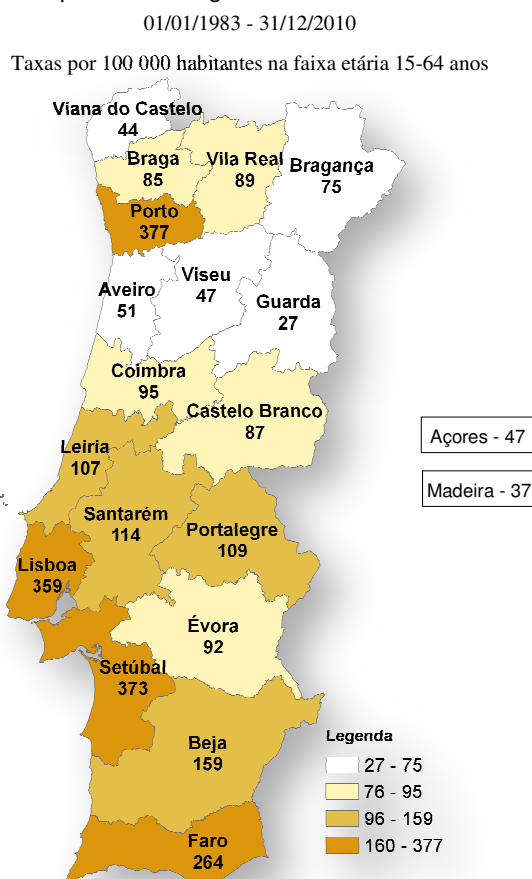
³⁴ Em 2007 e 2008 foi desenvolvido em colaboração com a Coordenação Nacional para a Infeção VIH/Sida, um Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infeção VIH/Sida direcionado a Utilizadores de Drogas - Programa KLOTHO -, implementado a nível dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência e dos utentes das equipas de rua, continuando a partir de 2009 a ser aplicada a metodologia ADR - *Aconselhamento, Detecção e Referenciação* - a nível destes utentes. A informação mais detalhada consta na *Parte B* - capítulo *Tratamento* e capítulo *Redução de Riscos e Minimização de Danos* deste Relatório.

³⁵ As políticas de redução de riscos e minimização de danos têm permitido uma mudança de comportamentos de consumo com resultados objetivos em termos da diminuição do consumo endovenoso e da partilha de material de consumo (referidos nos capítulos *Alguns Resultados de Estudos e Tratamento da Parte A* deste Relatório), o que poderá explicar a diminuição das “infeções recentes”.

Entre os casos de SIDA, até 31/12/2010 tinham sido notificados 7694 óbitos³⁶, 51% dos quais eram casos associados à toxicodependência e 49% casos não associados à toxicodependência. A mortalidade observada nos casos de SIDA associados à toxicodependência era de 52% (sobrevida 48%) e nos casos não associados à toxicodependência de 43% (sobrevida 57%). Em 2010 foram notificadas 147 mortes ocorridas no ano entre os casos com SIDA, 65 (44%) das quais eram casos de SIDA associados à toxicodependência.

Continuam a ser Lisboa, Porto e Setúbal, os distritos com maior peso no total acumulado de notificações de casos de infeção pelo VIH associados à toxicodependência (34%, 30% e 14% respetivamente) e de casos de infeção pelo VIH não associados à toxicodependência (respetivamente 44%, 15% e 12%). São também estes distritos assim como Faro, os que apresentam as maiores taxas de casos de infeção pelo VIH associados à toxicodependência por habitantes da faixa etária 15-64 anos.

Figura 24 - Notificações de Casos de Infeção pelo VIH Associados à Toxicodependência, por Zona Geográfica de Residência



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.); DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2010 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

A maioria dos casos de infeção pelo VIH associados à toxicodependência notificados até 31/12/2010 pertenciam ao género masculino (83%) e tinham idades compreendidas entre os 25-39 anos (72%).

³⁶ Devido à subnotificação dos óbitos, a informação relativa à mortalidade não reflete totalmente a sobrevivência dos casos.

2.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência³⁷

Entre os utentes que recorreram em 2010 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência³⁸, as percentagens de positividade para o VIH (prevalências)³⁹ variaram entre 3% e 22%, verificando-se nos últimos anos uma tendência para o decréscimo destas percentagens.

Quadro 9 - Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura
% Positividade 2010

Doenças Infecciosas Estrutura / Rede	VIH	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose
	VIH+	AgHBs+	VHC+	
Ambulatório/Rede Pública				
Utentes Tratamento no Ano	10%	3%	38%	1%
Utentes Primeiras Consultas	3%	2%	28%	1%
Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)	11%	2%	46%	0,1%
Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)	11%	4%	36%	2%
Centros de Dia (Públicas e Licenciadas)	22%	4%	47%	1%

Fonte: Unidades Licenciadas / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DR / DMFRI - NE

Tal situação constata-se a nível dos vários grupos de utentes, nomeadamente entre os novos utentes da rede pública (3% em 2010, 7% em 2009, 9% em 2008 e 2007, 11% em 2006, 12% em 2005 e 2004, e, 15% em 2003)⁴⁰.

É de referir que no âmbito do Programa KLOTHO e metodologia ADR⁴¹, os resultados dos testes rápidos efetuados aos novos utentes e utentes em seguimento no ambulatório da rede pública de tratamento da toxicodependência, evidenciaram taxas de incidência do VIH⁴² respetivamente de 1% e de 0,6% em 2010, de 1,5% e de 0,8% em 2009, de 1,5% e 1,1% em 2008 e de 2,5% e de 2,4% em 2007.

As percentagens de toxicodependentes seropositivos que se encontravam com terapêutica antirretrovírica em 2010, variaram entre 30% e 66% nestas populações, correspondendo uma vez mais a percentagem mínima ao grupo de novos utentes e a máxima ao grupo de utentes dos Centros de Dia. É de referir a existência de importantes flutuações anuais nas percentagens de seropositivos com terapêutica antirretrovírica a nível destes

³⁷ A partir de 2008, passaram a recorrer às estruturas tradicionais de tratamento da toxicodependência também utentes por problemas relacionados com o consumo de álcool.

³⁸ Estruturas de ambulatório da rede pública (em que se diferencia o total de utentes em tratamento no ano e o subgrupo dos utentes em primeiras consultas ou novos utentes), Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e Centros de Dia das redes pública e licenciada.

³⁹ A base percentual inclui todos os casos com informação sobre os resultados dos rastreios, incluindo os realizados em anos anteriores. É de referir que a nível dos utentes em ambulatório, as taxas de cobertura dos rastreios a seguir apresentadas foram calculadas sobre o total dos utentes em questão, apesar de alguns não serem considerados elegíveis para efetuar esses rastreios. Em 2010, havia informação sobre os resultados dos rastreios do VIH para 50% dos utentes em tratamento no ano, 67% dos utentes em primeiras consultas, 78% dos utentes das Unidades de Desabilitação (93% - UD públicas e 54% - UD licenciadas), 82% dos utentes das Comunidades Terapêuticas (87% - CT públicas e 82% - CT licenciadas) e 91% dos utentes dos Centros de Dia (100% - CD públicos e 88% - CD licenciados).

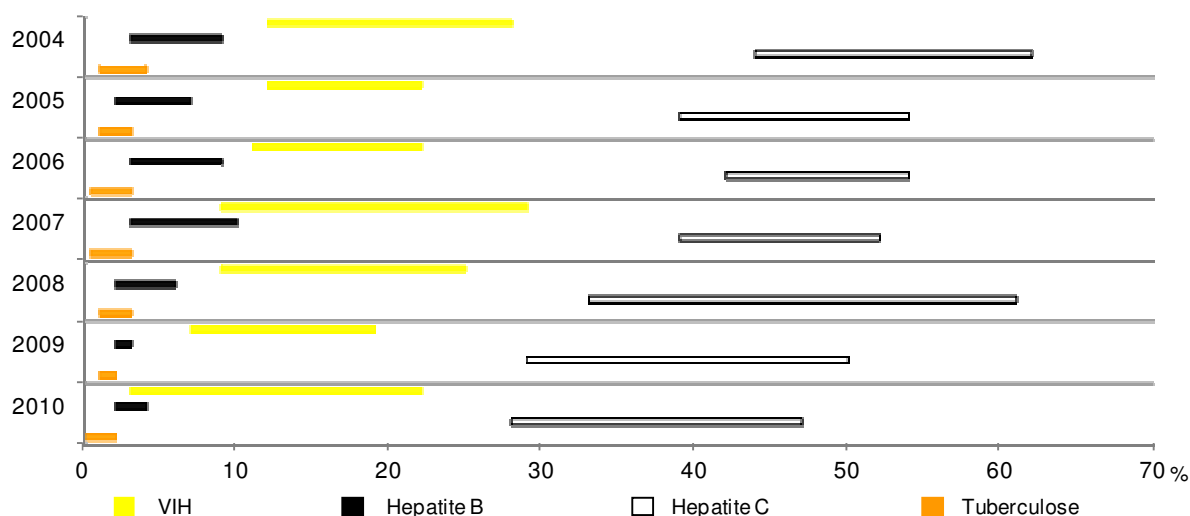
⁴⁰ Apesar das percentagens relativas sobretudo aos dois últimos anos poderem ser superiores caso se considere apenas os utentes toxicodependentes (ver nota 37), é indiscutível a tendência decrescente da prevalência de VIH ao longo da década entre as populações que têm recorrido às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, e particularmente nesta população de novos utentes na rede pública de tratamento da toxicodependência.

⁴¹ Tal como referido em nota anterior, em 2007 e 2008 foi desenvolvido em colaboração com a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida, um Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infecção VIH/Sida direcionado a Utilizadores de Drogas - Programa KLOTHO. Em 2009 e 2010, as Equipas de Tratamento do IDT, I.P. continuaram a aplicar a metodologia ADR – *Aconselhamento, Detecção e Referenciação* –, cuja informação mais detalhada consta na *Parte B* - capítulo *Tratamento* deste Relatório.

⁴² Nem todos os casos VIH reativos tiveram confirmação do resultado.

grupos de toxicodependentes, com especial relevo para os novos utentes, sendo por isso ainda difícil estabelecer tendências neste contexto.

Figura 25 - Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência
Intervalos das Percentagens de Positividade nos vários Tipos de Estruturas, segundo o Ano



Fonte: Unidades Licenciadas / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DR / DMFRI - NE

Nestas populações toxicodependentes, as percentagens de positividade para a Hepatite B (prevalências AgHBs+) ⁴³ variaram em 2010 entre 2% e 4%, constatando-se nos últimos anos uma maior homogeneidade destas percentagens entre os utentes das diferentes estruturas consideradas (diminuição dos valores mais altos). No caso da Hepatite C (prevalências VHC+) ⁴⁴ as percentagens de positividade variaram entre 28% e 47%, reforçando a tendência de decréscimo verificada nos últimos seis anos.

Em 2010, as percentagens de positividade para a Tuberculose (prevalências) ⁴⁵ nestas populações foram inferiores a 2%, continuando a enquadrar-se no padrão dos últimos anos.

⁴³ A base percentual inclui todos os casos com informação sobre os resultados dos rastreios, incluindo os realizados em anos anteriores. Em 2010, havia informação sobre os resultados dos rastreios da Hepatite B (AgHBs+) para 33% dos utentes em tratamento no ano, 14% dos utentes em primeiras consultas, 79% dos utentes das Unidades de Desabilitação (94% - UD públicas e 57% - UD licenciadas), 81% dos utentes das Comunidades Terapêuticas (86% - CT públicas e 81% - CT licenciadas) e 81% dos utentes dos Centros de Dia (78% - CD públicos e 82% - CD licenciados).

⁴⁴ A base percentual inclui todos os casos com informação sobre os resultados dos rastreios, incluindo os realizados em anos anteriores. Em 2010, havia informação sobre os resultados dos rastreios da Hepatite C (VHC+) para 40% dos utentes em tratamento no ano, 13% dos utentes em primeiras consultas, 82% dos utentes das Unidades de Desabilitação (96% - UD públicas e 61% - UD licenciadas), 81% dos utentes das Comunidades Terapêuticas (90% - CT públicas e 81% - CT licenciadas) e 87% dos utentes dos Centros de Dia (94% - CD públicos e 85% - CD licenciados).

⁴⁵ A base percentual inclui todos os casos com informação sobre os resultados dos rastreios, incluindo os realizados em anos anteriores. Em 2010, havia informação sobre os resultados dos rastreios da Tuberculose para 5% dos utentes em tratamento no ano, 6% dos utentes em primeiras consultas, 71% dos utentes das Unidades de Desabilitação (98% - UD públicas e 29% - UD licenciadas), 80% dos utentes das Comunidades Terapêuticas (93% - CT públicas e 80% - CT licenciadas) e 65% dos utentes dos Centros de Dia (100% - CD públicos e 55% - CD licenciados).

3. Mortes⁴⁶

Antes de mais, importa fazer uma breve referência metodológica relativamente aos dados utilizados no âmbito deste indicador e no contexto deste Relatório. Até 2007, face às limitações das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados apresentados respeitavam aos resultados toxicológicos (substâncias ilícitas) positivos *post-mortem* efetuados no INML, I.P., os quais, por ausência de informação sobre a causa de morte não permitiam avaliar com rigor o número de *overdoses*, mas tinham a vantagem da riqueza e qualidade da informação toxicológica e grande potencialidade em termos de análise de tendências⁴⁷. Na sequência de uma das recomendações estratégicas para o ciclo 2009-2012⁴⁸, assim como da implementação nos últimos anos de vários procedimentos com vista à melhoria da qualidade estatísticas nacionais da mortalidade⁴⁹, a partir de 2008 começaram a ser apresentados os dados das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., e simultaneamente deu-se início aos trabalhos de otimização da informação proveniente do INML, I.P.. Como resultado do excelente trabalho de articulação interinstitucional entre o IDT, I.P. e INML, I.P., é pela primeira vez possível apresentar informação proveniente do INML, I.P. sobre os casos de *overdose*, a qual contribuirá num futuro próximo para a melhoria das estatísticas nacionais de mortalidade nesta área⁵⁰, e permitirá desde já ultrapassar alguns constrangimentos relacionados com o segredo estatístico⁵¹ na disponibilização de informação toxicológica e sociodemográfica a nível das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P.. Por último, é de referir que estas melhorias metodológicas nos registos gerais e específicos de mortalidade, impõem cautelas acrescidas na análise de tendências.

No que respeita às mortes relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P.⁵², apesar de os números se manterem baixos, verifica-se desde 2006 um aumento do número destas mortes para ambos os critérios considerados - Lista Sucinta Europeia e Protocolo do OEDT -, contrariamente à tendência de decréscimo constatada nos anos anteriores, o que poderá também ser reflexo das melhorias metodológicas atrás referidas a nível dos registos gerais de mortalidade.

⁴⁶ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 57 a pág. 62, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

⁴⁷ Portugal possui dados sobre os resultados toxicológicos *post-mortem* efetuados no INML, I.P. há mais de 25 anos.

⁴⁸ Recomendação feita pela Comissão Técnica do Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência no âmbito dos trabalhos da Avaliação Interna do Plano de Acção - Horizonte 2008.

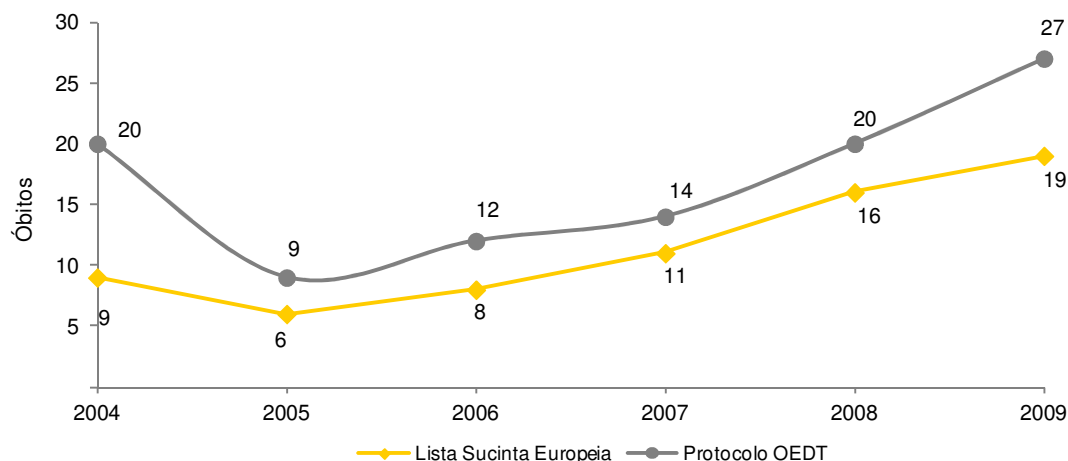
⁴⁹ O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 contemplou um projeto de melhoria das estatísticas de mortalidade "(...) com o objetivo de, até 2005, a mortalidade por Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas diminuir de 13% para 5%. Para tal, introduziu-se um novo certificado médico de óbito onde serão aplicados novos circuitos de transmissão dos dados e onde se fez a transição para a CID 10 a partir de 1 de Janeiro de 2002.". Estão ainda previstas para curto/médio prazo várias outras medidas com vista à melhoria destas estatísticas, nomeadamente o certificado médico *on-line*.

⁵⁰ Prevê-se numa segunda fase destes trabalhos, otimizar os fluxos de informação entre o INML, I.P. e a DGS.

⁵¹ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio.

⁵² À data da divulgação deste Relatório, o INE ainda não dispunha da informação sobre óbitos por causas de morte de 2010.

Figura 26 - Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas*



* A causa de morte *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, inclui todos os códigos F11 a F16 e F18 a F19 a quatro dígitos. O Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência utiliza para a sua definição de *mortes relacionadas com drogas (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso)*, os seguintes códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, e, X42, X62, Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9) e X41, X61 e Y11 Y12 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6). À data da divulgação deste Relatório, o INE ainda não dispunha da informação sobre óbitos por causas de morte de 2010.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, I. P. / Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.: DMFRI - NE

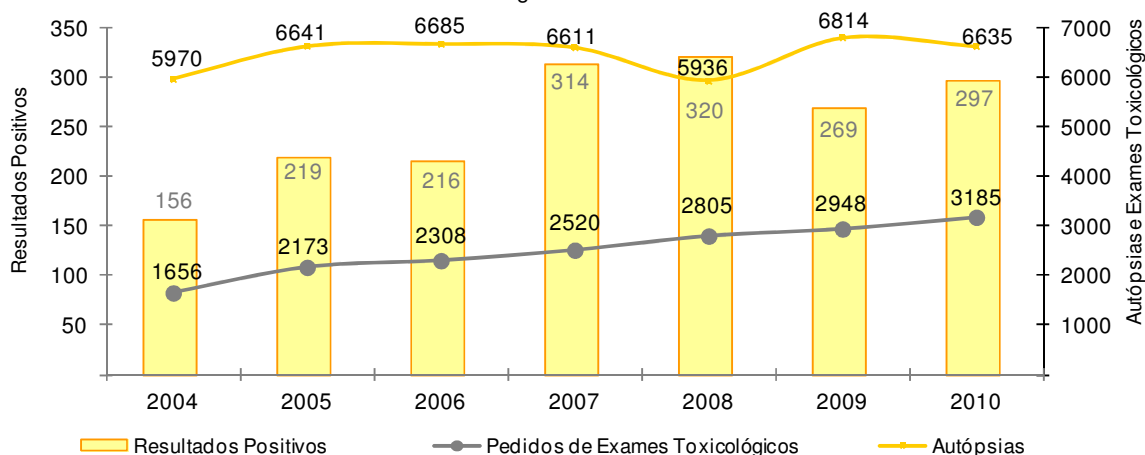
Segundo o critério da Lista Sucinta Europeia, em 2009 ocorreram 19 mortes causadas por dependência de drogas, representando um acréscimo de 19% comparativamente a 2008. De acordo com o critério do OEDT, em 2009 registaram-se 27 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas, representando um aumento de 35% em relação a 2008. Os valores registados em 2009 foram os mais elevados desde 2003, embora inferiores aos registados em 2002 (primeiro ano da implementação da CID 10 em Portugal), sendo no entanto necessário cautela na leitura destas tendências pelas razões metodológicas atrás referidas.

Em 2009⁵³, a causa de morte predominante destes óbitos (89% no caso do critério da Lista Sucinta Europeia e 63% no do OEDT) foi *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (código F19.2 CID10), causa que inclui os policonsumos. A grande maioria destes óbitos (acima dos 84% para ambos os critérios considerados) pertenciam ao género masculino e ao grupo etário dos 25-44 anos (acima dos 74% no caso do critério da Lista Sucinta Europeia e 81% no do OEDT).

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade relacionada com o consumo de drogas proveniente do INML, I.P., importa contextualizá-la no âmbito de alguns indicadores relativos à atividade deste Instituto.

Em 2010, apesar do número de autópsias efetuadas no INML, I.P. (6635) ter diminuído em relação ao ano anterior (-3%), o número de pedidos de exames toxicológicos (substâncias ilícitas) *post-mortem* (3185), apresentou o valor mais elevado da década, representando um acréscimo de 8% em relação ao ano anterior e de 92% em relação a 2004. Também o número de casos com resultados toxicológicos positivos (297) aumentou (+10%) em relação a 2009, mantendo-se estável a percentagem de positividade no conjunto dos exames efetuados (9%, 9%, 11%, 12%, 9%, 10% e 9%, respetivamente em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006, 2005 e 2004).

⁵³ Por razões de “segredo estatístico” (Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio), existem alguns constrangimentos na disponibilização da informação desagregada relativa às causas de morte e socio demografia destes óbitos.

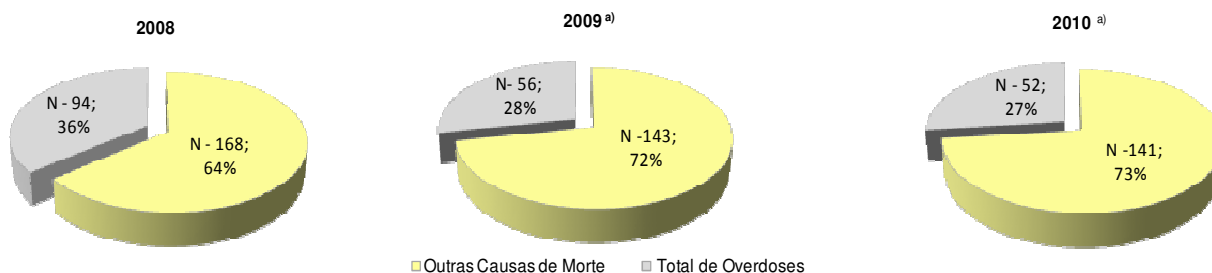
Figura 27 - Autópsias, Exames Toxicológicos e Resultados Positivos *post-mortem*, segundo o Ano

Data da recolha de informação: Setembro de 2011.

Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P. / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Como já referido na introdução metodológica deste capítulo, pela primeira vez em 2009 foi possível obter informação sobre as causas de morte destes casos com resultados toxicológicos positivos (relativa aos anos de 2008 e 2009), e assim, distinguir entre estes, os casos de *overdose*. Uma vez que se trata de óbitos que exigem investigação médico-legal e se verificam ainda dificuldades na celeridade da recolha dessa informação⁵⁴, optou-se pela atualização posterior (a dois anos) dos dados de determinado ano, de forma a otimizar a proporção de casos com resultados toxicológicos positivos e com informação sobre a causa de morte. Assim, os dados relativos a 2009 foram atualizados este ano e os de 2010 sofrerão atualizações no próximo ano, o que limita a análise comparativa com o ano anterior.

Em 2010, dos 193 óbitos com informação sobre a causa de morte (65% dos casos com resultados toxicológicos positivos)⁵⁵, cerca de 27% foram considerados *overdoses*. Apesar das limitações comparativas referidas, não será muito arriscado afirmar que se regista uma estabilidade no número de *overdoses* entre 2009 e 2010, considerando a atual proporção de *overdoses* no conjunto de óbitos com causa de morte conhecida em 2009 (28%) e as atualizações feitas este ano em relação aos dados de 2009. É também de assinalar a diminuição destas percentagens relativamente a 2008 (36%).

Figura 28 – Causas de Morte* dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano

* Casos com informação sobre a causa de morte à data da recolha de informação (Setembro de 2011).

a) Os dados de 2009 foram atualizados este ano e os de 2010 sofrerão atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P. / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

⁵⁴ Seja pelo atraso na conclusão do relatório final, seja por dificuldades de acesso a este.

⁵⁵ Em 2009 e 2008 estas percentagens foram respetivamente de 74% e de 82%.

No que respeita às substâncias detetadas nestes casos de *overdose*, uma vez mais predominaram os opiáceos⁵⁶, presentes em 73% dos casos (88% em 2009 e 82% em 2008), e a cocaína, detetada em 50% dos casos (43% em 2009 e 54% em 2008).

Foi também detetada a presença de metadona em cerca de 15% das *overdoses* de 2010 (4% em 2009 e 9% em 2008).

Quadro 10 – Mortes por *Overdose*, segundo o Ano, por Substância
2008 – 2010

Substância	2008	%	2009 ^{a)}	%	2010 ^{a)}	%
Total	94	100,0	56	100,0	52	100,0
Opiáceos^{b)}	77	81,9	49	87,5	38	73,1
Só	4	4,3	5	8,9	4	7,7
Associados apenas com álcool	18	19,1	16	28,6	7	13,5
Com outras substâncias	55	58,5	28	50,0	27	51,9
Cocaína	51	54,3	24	42,9	26	50,0
Só	8	8,5	4	7,1	3	5,8
Associada apenas com álcool	1	1,1	..	..	2	..
Associada apenas com opiáceos ^{b)}	9	9,6	6	10,7	5	9,6
Com outras substâncias não opiáceas	6	6,4	2	3,6	3	5,8
Com opiáceos ^{b)} e outras substâncias	27	28,7	12	21,4	13	25,0
Metadona	8	8,5	2	3,6	8	15,4
Só	..	..	..	..	..	..
Associada apenas com álcool	..	..	..	..	..	..
Associada apenas com opiáceos ^{b)}	..	..	..	..	..	..
Com outras substâncias não opiáceas	3	3,2	1	1,8	8	15,4
Com opiáceos ^{b)} e outras substâncias	5	5,3	1	1,8	..	..
Metanfetaminas	1	1,1	..	..	..	..
Com outras substâncias não opiáceas	1	1,1	..	..	..	..

Data da recolha de informação: Setembro de 2011.

a) Os dados de 2009 foram atualizados este ano e os de 2010 sofrerão atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

b) Inclui heroína, morfina e codeína.

Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P. / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

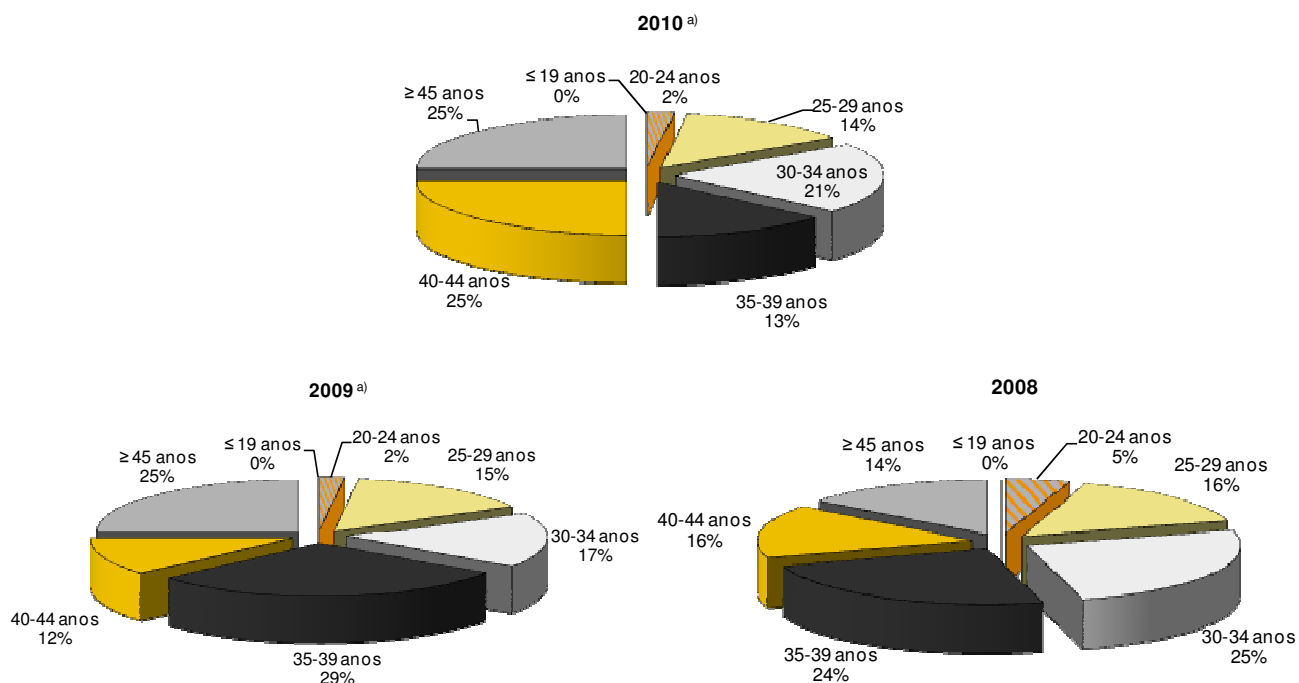
Tal como ocorrido nos anos anteriores, na maioria (87%) destes casos de *overdose* foram detetadas mais do que uma substância (84% em 2009 e 87% em 2008), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Neste contexto, é de assinalar as *overdoses* de opiáceos com cocaína, sejam os casos com apenas estes dois tipos de substâncias (10%, 11% e 10% das *overdoses* de 2010, 2009 e 2008) ou com mais outras substâncias (25%, 21% e 29% das *overdoses* de 2010, 2009 e 2008). Em combinação com as substâncias ilícitas, é de destacar os casos de *overdose* com a presença de álcool (44%, 57% e 47% das *overdoses* de 2010, 2009 e 2008), bem como com a presença de benzodiazepinas (35%, 38% e 39% das *overdoses* de 2010, 2009 e 2008).

Em 2010, a maioria (88%) dos casos de *overdose* pertenciam ao género masculino (89% em 2009 e 92% em 2008). Cerca de 50% tinham idades iguais ou superiores aos 40 anos (25% entre os 40-44 anos e 25% com

⁵⁶ Inclui heroína, morfina e codeína.

idades superiores aos 44 anos) e 48% entre os 25-39 anos, sendo a idade média os 39 anos (38 anos em 2009 e 36 anos em 2008).

Figura 29 – Mortes por *Overdose*, segundo o Ano, por Grupo Etário



Data da recolha de informação: Setembro de 2011.

a) Os dados de 2009 foram atualizados este ano e os de 2010 sofrerão atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P. / Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I. P.: DMFRI - NE

Tal como em 2009 e 2008, também em 2010 predominaram em todos os grupos etários os casos de *overdose* com a presença de opiáceos. Em 2010, foram os grupos etários mais velhos (≥ 45 anos e 40-44 anos) que apresentaram os maiores valores absolutos de casos com a presença de opiáceos e de casos com a presença de cocaína. Os maiores valores absolutos de casos de *overdose* com presença de metadona surgiram nos grupos etários de 40-44 anos e de 30-34 anos.