

5. Capacidade Instalada

Com a publicação da Lei de Saúde Mental em vigor (Lei 36/98) e entretanto com o desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, verificou-se uma alteração do modelo assistencial de referência. Do modelo anteriormente centrado nos hospitais psiquiátricos passou-se para o comunitário, baseado em departamentos ou serviços de saúde mental de hospitais gerais, sucessores dos 20 Centros de Saúde Mental (CSM) criados sob a égide da Lei n.º 2118/63.

Na prática os CSM assistiam 60% da população mas com caráter subsidiário dos então 7 hospitais psiquiátricos, traduzível por os seus orçamentos serem apenas 40% do global para o setor. A saída do setor público do Hospital Conde Ferreira, no Porto (2002), o encerramento do Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa (julho 2011) e, em maio e junho de 2012 no distrito de Coimbra, do Hospital do Lorvão e do Centro de Arnes, permitiram a redução das camas do setor público de 1386, no ano 2000, para 874 no final de 2012, mantendo-se estável o total das camas do setor social (Ordens Religiosas e Hospital Conde Ferreira), em perto de 3000.

Quadro 38. Distribuição dos Departamentos, Serviços e Equipas Comunitárias de Adultos nos Hospitais do SNS, por ARS (2012)

Capacidade Instalada Saúde Mental Adultos do SNS						
	Hospitais Psiquiátricos /Equipas Comunitárias	Departamento ou Serviço de Psiquiatria		Totais de Departamentos e Serviços	Psiquiatria no Serviço de Urgência	
		Com Internamento	Sem Internamento		24h	Diurnas
Norte	1	10	3	14	2	3
Centro	1/3	7	0	8	1	
LVT	1/5	12	0	13	2	7
Alentejo	0	3	1	4	2	
Algarve	0	2	0	2	1	
Total	3/8	34	4	41	8	10

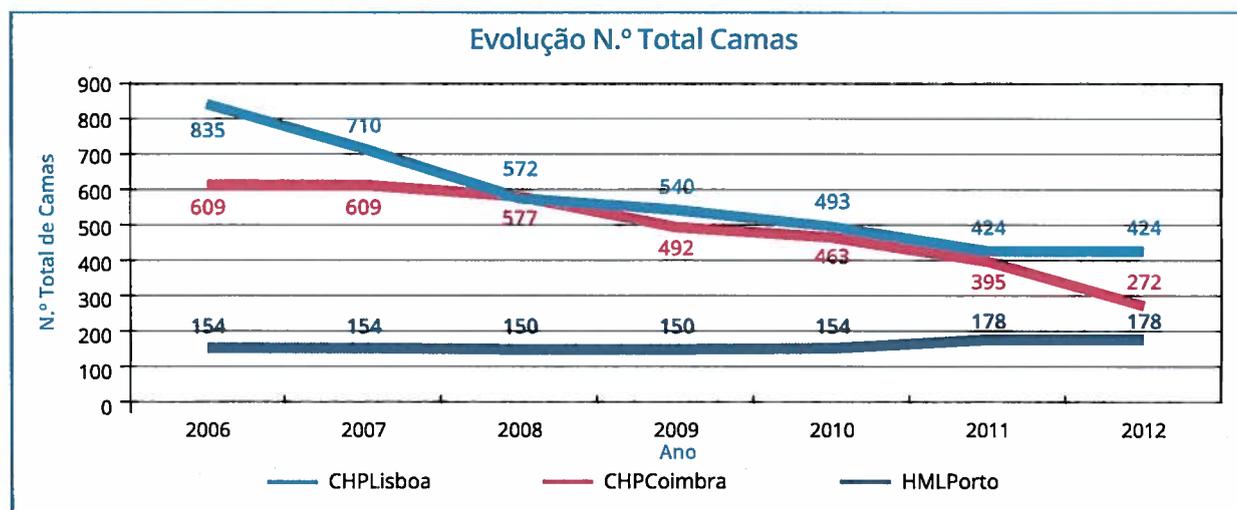
Fonte: PNSM 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

A descentralização de cuidados melhorou significativamente a acessibilidade aos mesmos. Este acompanhamento mais adequado foi complementado pelo aparecimento, na década de 70, dos neuroléticos de ação prolongada, e, mais tarde, dos antipsicóticos de última geração, com melhor adesão por parte das pessoas com doença mental.

Simultaneamente desenvolveu-se a reabilitação psicossocial, apoiada em estruturas hospitalares mas sobretudo em IPSS's vocacionadas para essa área, nomeadamente após a publicação do Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social n.º 407/98. Sendo o primeiro compromisso específico da Segurança Social para as pessoas com doença mental grave, permitiu reduzir significativamente os reinternamentos em porta rotativa e reinserir muitos dos utentes sócio-profissionalmente e evitar a clivagem familiar. Integrados sobretudo em programas de reabilitação psicossocial desenvolvidos em fóruns sócio-ocupacionais e em residências para os desinseridos familiarmente, a substituição destas respostas pelos Cuidados Continuados de Saúde Mental, tal como a criação de mais Equipas Comunitárias de Saúde Mental, que se articulem regularmente com os Cuidados de Saúde Primários, permitirão consolidar e aprofundar o patamar evolutivo já alcançado.

Figura 30. Evolução dos Internamentos em Hospitais Psiquiátricos entre 2006 e 2012 – N.º total de camas



Fonte: PNSM, 2013

As lotações atuais dos CHP de Lisboa e Coimbra resultam dos encerramentos do H. Miguel Bombarda/H. Lorvão /Centro de Arnes.

* A população abrangida em termos assistenciais de internamento pelo H. Magalhães de Lemos aumentou, em 2011, de 560.000 para 1.100.000 habitantes, em resultado de um reacerto nas NUTS.

Quadro 39. Distribuição dos Departamento, Serviços e Unidades de Pedopsiquiatria nos Hospitais dos SNS, por ARS (2012)

Capacidade Instalada Pedopsiquiatria do SNS (2012)						
	Departamento	Serviço	Unidade	Consulta	Total Região	Urgência
Norte	1	2	5	2	10	1
Centro	1	2	5	2	10	1
LVT	1	2	6	1	10	1
Alentejo	0	1	1	1	3	0
Algarve	0	0	1	0	1	0
Total	3	7	18	6	34	3

Fonte: PNSM, 2013

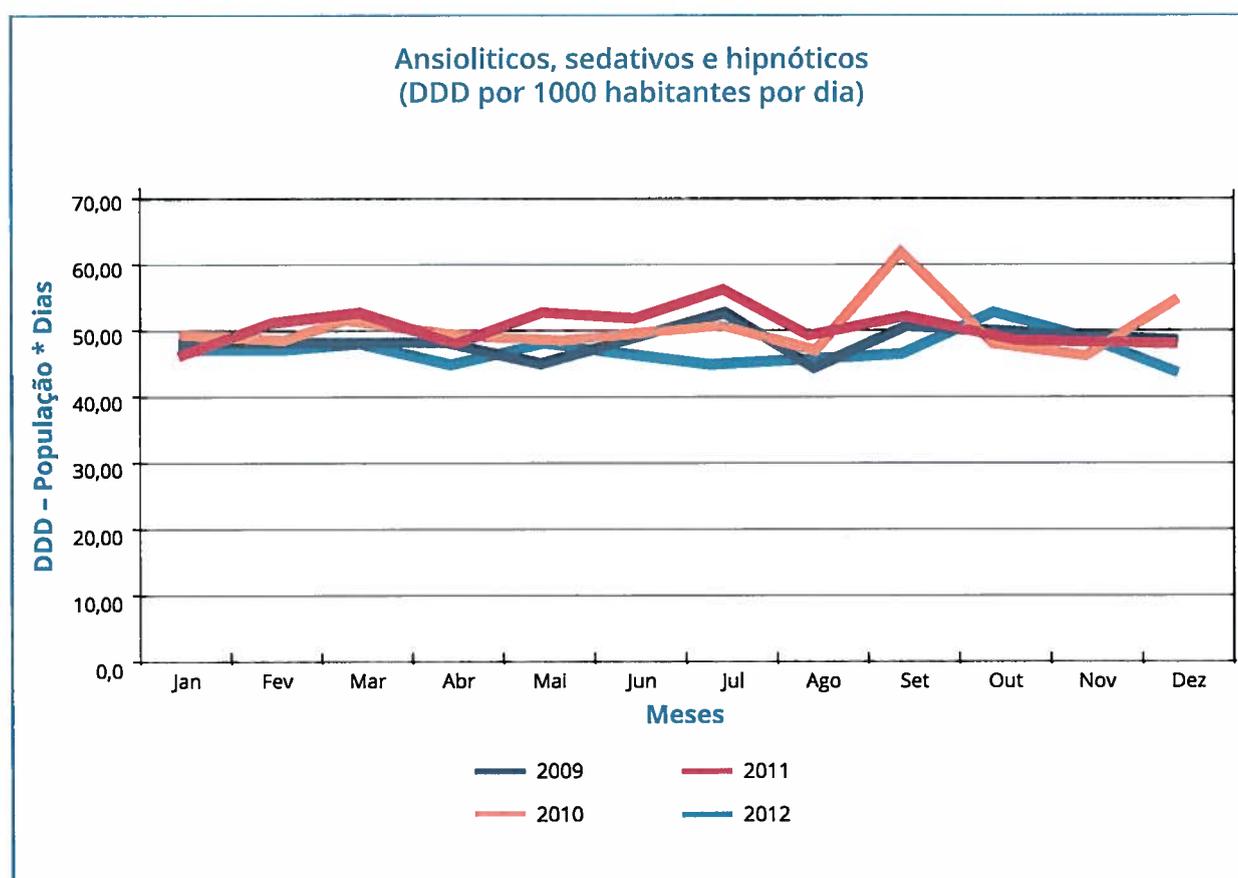
Na área da saúde mental da infância e da adolescência (SMIA) a alteração foi mais profunda ao ter-se evoluído de 3 Centros de Saúde Mental Infantis e Juvenis para, numa primeira fase, 3 Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Juventude integrados nos hospitais pediátricos de Lisboa, Coimbra e Porto, e 3 Pedopsiquiatras isolados nos Hospitais de Aveiro, Beja e Santarém, para 37 estruturas, como se ilustra no Quadro 3.3-43.

Contudo, quer a escassez de Psiquiatras da Infância e Adolescência (Pedopsiquiatras) quer a não menos grave carência de outros profissionais que viabilizem um trabalho em equipa, que extravasa necessariamente a indispensável intervenção no contexto extra-hospitalar (na família, na rede escolar, nas instituições para crianças e adolescentes, etc.), correm o risco de o investimento já concretizado soçobrar.

6. Dispensa de medicamentos

6.1. Consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos e antidepressivos em ambulatório

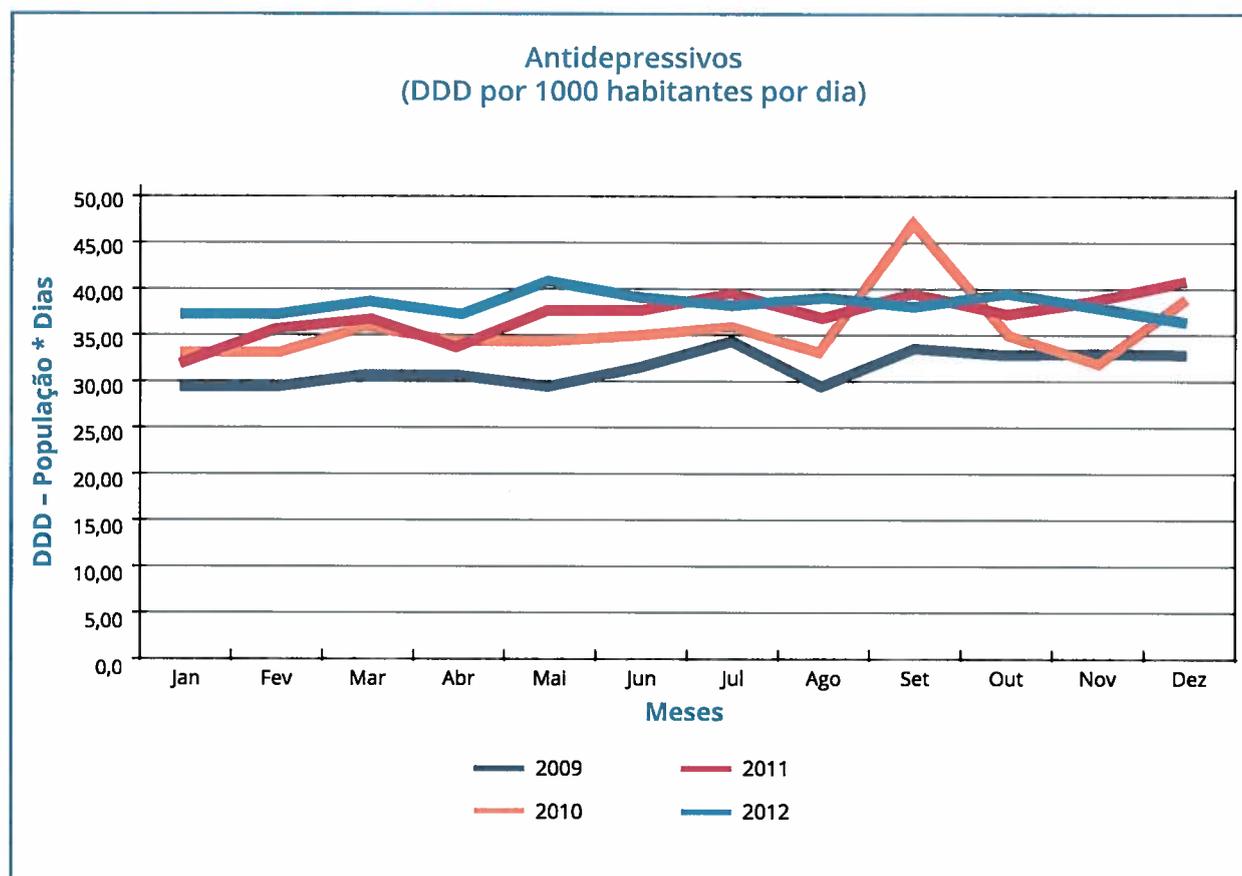
Figura 31. DDD por 1000 Habitantes, associada a medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, por mês, em Portugal Continental (2009 a 2012)



Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

Portugal figura, desde há muito, entre os países da Europa com maiores consumo por habitante destes fármacos, como se analisa com mais detalhe adiante.

Figura 32. DDD por 1000 Habitantes, associada a medicamentos Antidepressivos, por mês, em Portugal Continental (2009 a 2012)

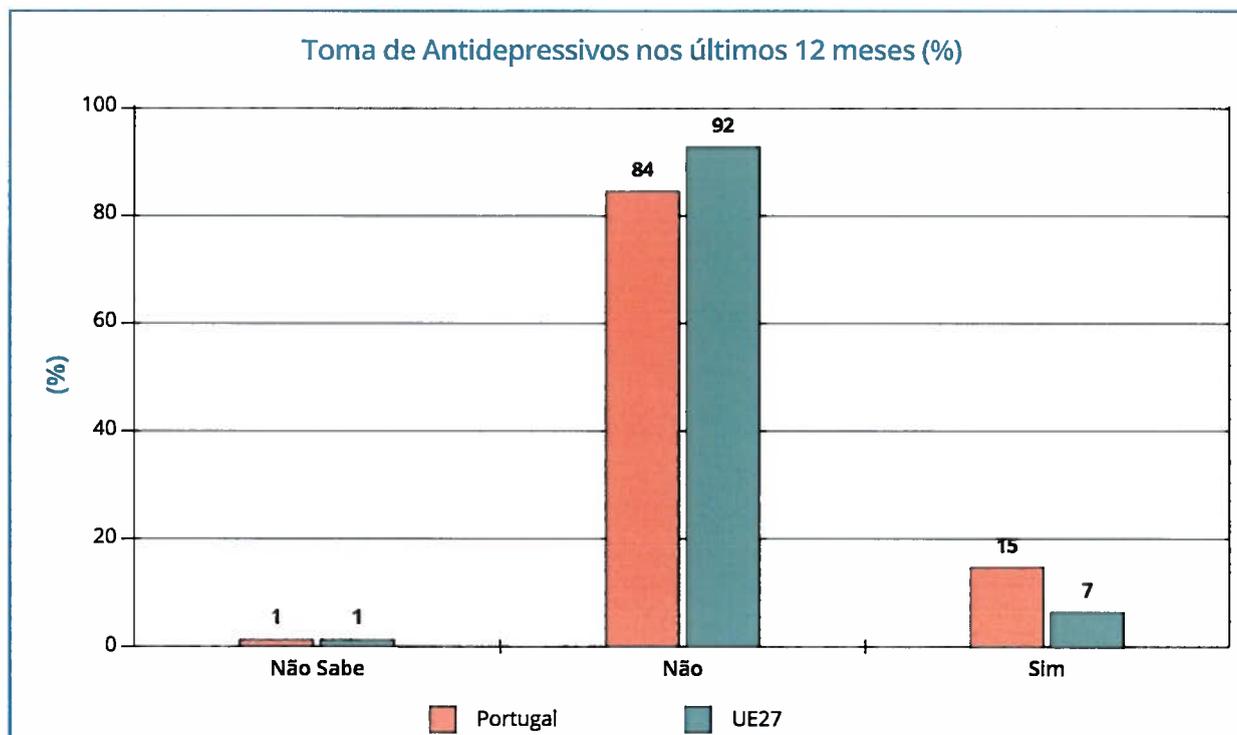


Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

O padrão apresentado deve ser compaginado com o expresso na figura seguinte que, de acordo com o Eurobarómetro 345 (2010), mostra que Portugal tem um consumo destes fármacos duplo do da média da UE (15:7). Seria interessante verificar se o valor encontrado se mantinha se a pergunta exigisse a identificação do fármaco indicado; a prática clínica e a elevada iliteracia dos portugueses em relação à Saúde levam a admitir que muitos utentes referenciam como antidepressivos outros fármacos, nomeadamente ansiolíticos.

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

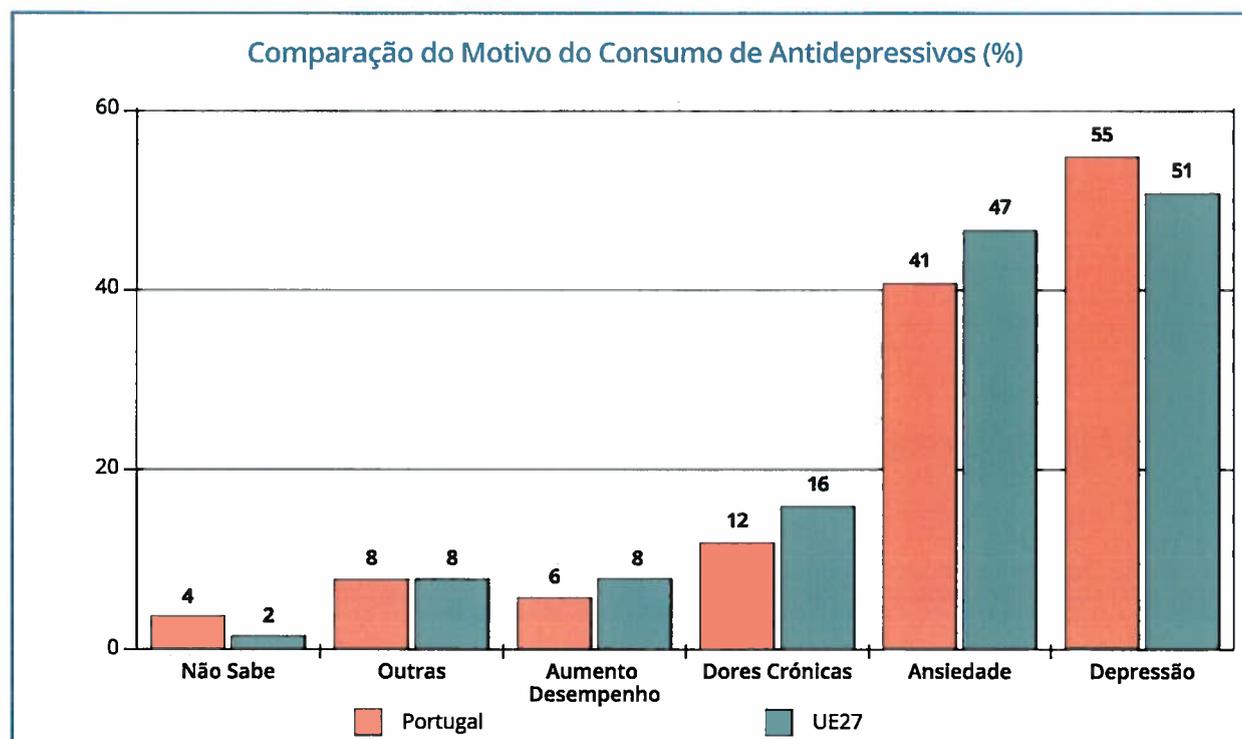
Figura 33. Comparação da percentagem de consumo de antidepressivos nos últimos 12 meses entre Portugal e os países da UE27 (2010)



Fonte: Eurobarómetro 345, 2010

Ao contrário da média da UE, em Portugal a maioria das pessoas toma mais antidepressivos por perturbações depressivas (55:51) do que por perturbações ansiosas (41:47), quando as boas práticas recomendam que, a ser necessária prescrição medicamentosa, aqueles fármacos sejam utilizados em ambas as patologias.

Figura 34. Comparação dos Motivos de Consumo de Antidepressivos, em percentagem, entre Portugal e os países da UE27 (2010)



Fonte: Eurobarómetro 345, 2010

6.2. Terapêutica – Vendas de psicofármacos em Ambulatório no mercado nacional

Embora a evolução dos custos e número de embalagens vendidas seja muito relevante a nível económica, os dados disponibilizados não permitem a análise em termos de unidades consumidas e de boas práticas de prescrição, necessariamente baseadas em DDD.

Quadro 40. Prescrições de medicamentos no SNS (PVP, Encargos do SNS) – Subgrupos selecionados do Grupo Farmacoterapêutico Sistema Nervoso Central, em Portugal Continental (2007 a 2011)

PVP (Euros) dos Psicofármacos (2.9)				
2007	2008	2009	2010	2011
249.719.808	264.969.210	272.985.698	293.214.851	261.543.163
Encargos do SNS (Euros)				
2007	2008	2009	2010	2011
170.595.864	188.786.651	202.756.030	217.716.147	152.847.578

Fonte: INFARMED, Estatística do medicamento 2013

Quadro 41. Custo médio por embalagem (PVP, Encargos do SNS) – Subgrupos selecionados do Grupo Farmacoterapêutico Sistema Nervoso Central, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Custo médio da embalagem dos Psicofármacos (2.9)									
PVP (Euro)					Encargos do SNS (Euro)				
2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
13,62	14,45	14,43	15,04	13,45	9,31	10,30	10,72	11,16	7,86

Fonte: INFARMED, Estatística do medicamento 2013

Quadro 42. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens)
por DCI – Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, em Portugal Continental (2007
a 2012)

DCI	N.º Embalagens de Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (2.9.1)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alprazolam	2.208.290	2.179.887	2.280.686	2.394.980	2.384.299	2.201.035
Bromazepam	1.207.555	1.190.058	1.196.396	1.197.970	1.171.508	1.042.078
Brotizolam	402.743	389.923	454.427	438.038	423.640	384.682
Buspirona	83.026	82.478	81.147	73.441	73.820	69.591
Cetazolam	10.363	9.624	9.649	8.713	8.430	8.396
Clobazam	226.964	227.178	225.341	223.107	213.989	191.754
Clorazepato dipotássico	263.784	239.809	242.047	239.755	232.980	210.563
Clordiazepóxido	8.461	6.954	6.517	6.457	5.589	5.347
Clozazolam	416.853	392.309	413.288	414.653	411.079	366.353
Diazepam	1.146.901	1.115.754	1.130.220	1.114.100	1.071.868	974.234
Doxilamina			1			
Estazolam	503.534	468.362	187.425	231.213	250.240	233.130
Flunitrazepam	8.350	7.350	6.339	4.444	16	5
Flurazepam	252.508	223.910	242.230	235.588	230.259	218.056
Halazepam	103.239	102.791	102.675	103.307	98.146	54.456
Loflazepato de etilo	341.414	363.010	361.846	403.436	426.400	419.136
Loprazolam	210.337	196.809	234.437	214.802	200.142	178.792
Lorazepam	1.888.586	1.869.183	1.909.169	1.972.538	1.947.305	1.766.087
Melatonina		4	6	4	11	4
Mexazolam	417.680	430.082	468.609	484.625	483.748	457.238
Midazolam	236.848	232.736	259.067	258.225	246.468	229.031
Nordazepam	566	174	1			
Oxazepam	290.477	273.936	239.162	180.344	221.321	215.510
Prazepam	4.792	4.613	4.441	4.658	4.300	4.051
Temazepam	73.197	66.137	68.533	62.128	58.163	52.030
Triazolam	176.813	161.132	160.816	151.254	102.830	91.992
Valeriana	366.866	330.408	309.474	126.312	1.095	132
Valeriana (raíz)	8	28	24	66	32	15
Zolpidem	980.308	974.065	1.078.175	1.096.842	1.089.029	1.053.804

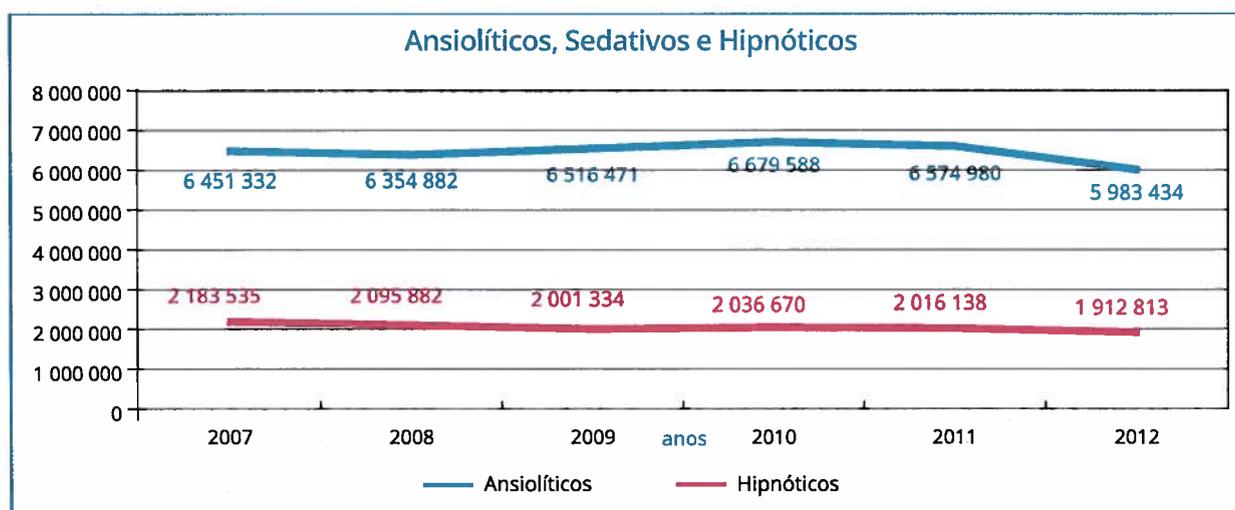
Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo sofrer alterações.

Fonte: INFARMED 2013

Se bem que a unidade de referência seja enganosa para a presente análise (número de embalagens vendidas), há considerações que podem e devem ser feitas: (i) os fármacos em apreciação têm estrito efeito sintomático; (ii) os mais utilizados entre eles são os tranquilizantes, sobretudo como ansiolíticos, esmagadoramente benzodiazepinas, que são potenciais fármacos de abuso pelo risco de indução de tolerância e dependência, sendo internacionalmente recomendado que não sejam utilizados por períodos superiores a 4 semanas; (iii) não só esta orientação é tendencialmente ignorada em Portugal como as benzodiazepinas que mais são consumidas (alprazolam e lorazepam), pela sua potência ansiolítica e tempo de ação estão entre as de maior risco de indução de tolerância e dependência.

Também quanto aos indutores do sono e hipnóticos não se afigura comum a aplicação em Portugal da norma de boa prática internacional de não prescrição para além de 2-3 semanas. A circunstância de muitas das insónias de longa duração serem tendencialmente sintomas de síndromes depressivos, sugere que este padrão de consumo traduzirá sobremedicação ou modelo terapêutico mais sintomático do que etiotrópico.

Figura 35. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos mais vendidos, em Portugal Continental (2007 a 2012)



Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo sofrer alterações.
Fonte: INFARMED 2013

Quadro 43. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens)
por DCI – Antipsicóticos, em Portugal Continental (2007 a 2012)

n	N.º Embalagens de Antipsicóticos (2.9.2)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amissulprida**	304.670	308.963	315.657	304.302	279.695	277.065
Aripiprazol***	1.271	19.542	37.158	54.564	62.106	73.527
Ciamemazina*	176.866	174.299	172.620	170.721	162.532	162.157
Cloropromazina*	35.658	35.777	35.381	34.334	34.226	35.535
Clozapina**	52.993	57.133	61.908	62.662	69.012	74.465
Flufenazina*	38.285	38.275	38.316	39.375	39.904	42.870
Flupentixol*	4.926	5.394	5.928	6.133	6.264	6.599
Haloperidol*	192.168	193.800	196.303	194.968	191.402	202.988
Levomepromazina*	52.457	51.368	50.462	49.215	45.437	46.006
Melperona*	158.889	159.740	158.015	155.480	147.027	142.528
Olanzapina***	231.075	271.963	291.237	308.130	298.793	326.291
Paliperidona***				27.174	37.142	45.314
Pimozida*	5.319	5.350	5.487	5.189	5.246	5.535
Quetiapina***	141.124	187.820	241.321	314.157	344.952	420.981
Risperidona***	411.201	446.858	480.878	503.445	460.386	479.457
Sertindol*			801	1.416	607	509
Sulpirida*	97.718	94.020	91.913	89.795	85.812	84.424
Tiaprida	117.504	114.611	111.903	112.405	114.219	115.987
Tioridazina*	4	1				
Veraliprida*	7.708	51	2			
Ziprasidona***	19.704	20.605	19.057	20.595	16.295	15.272
Zotepina***	1.403	5.382	8.537	9.091	9.931	12.917
Zuclopentixol*	10.456	10.625	13.094	15.668	17.161	19.225

Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo ainda sofrer alterações.

*1.ª Geração; **2.ª Geração; ***3.ª Geração

Fonte: INFARMED 2013

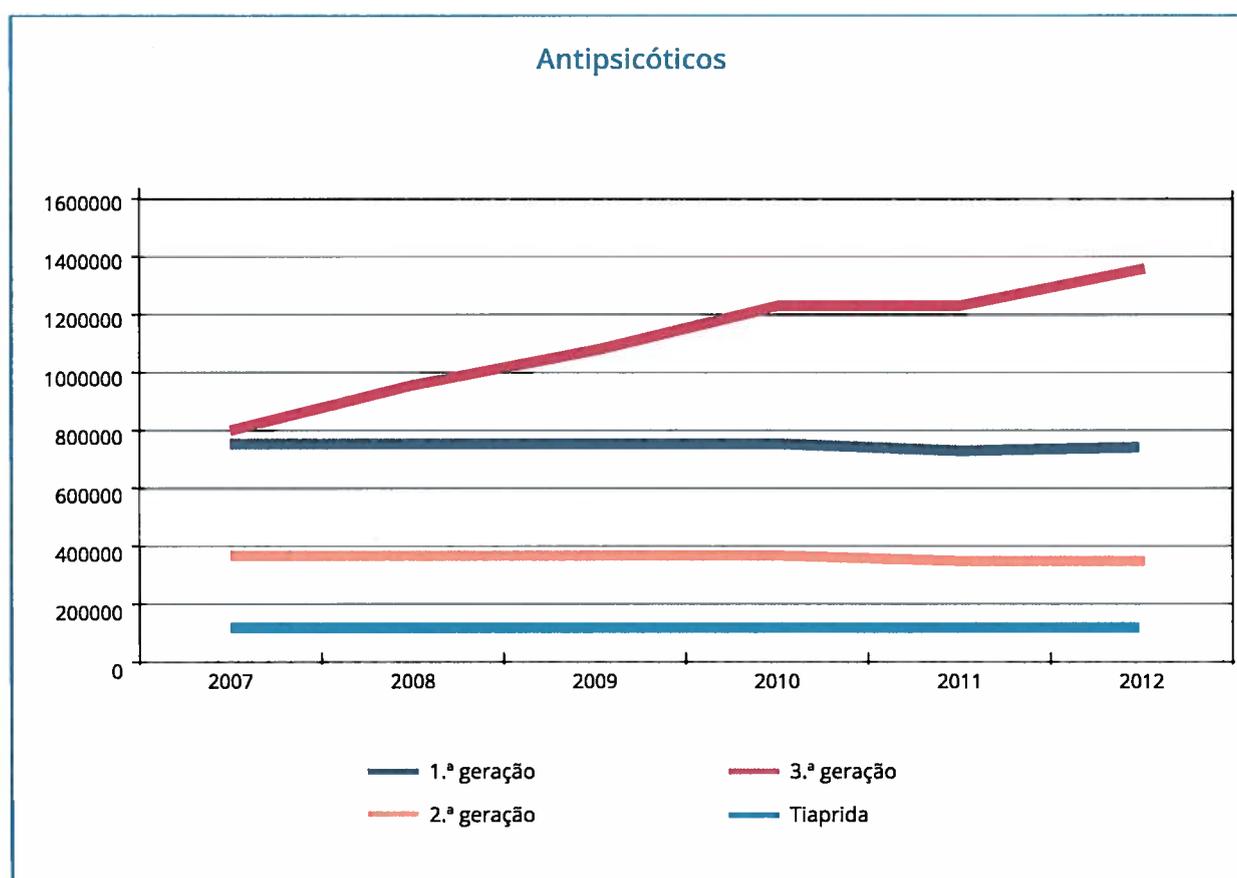
Embora a utilização principal seja em perturbações psicóticas (sobretudo doenças crónicas e psicossocialmente incapacitantes), têm vindo a alargar-se as indicações terapêuticas, em doses mais baixas e por períodos mais curtos, dos antipsicóticos de última geração, caracterizados sobretudo por terem menores efeitos secundários, logo melhor adesão por parte dos utentes.

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS - 2013

A avaliação empírica mostra ainda que, por vezes, há práticas clínicas, com estes fármacos, sobretudo nas perturbações psicóticas mais graves que não respeitam a norma oficial, em particular quanto à prescrição de vários antipsicóticos em simultâneo.

Salienta-se que o Tiaprida tem como principal utilização clínica alterações psicopatológicas decorrentes do consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

Figura 36. Evolução do Consumo de Antipsicóticos por grupos - 1.ª, 2.ª e 3.ª geração em Portugal Continental (2007 a 2012)



Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo ainda sofrer alterações.

*1.ª Geração; **2.ª Geração; ***3.ª Geração

Fonte: INFARMED 2013

Quadro 44. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens)
por DCI – Antidepressivos e lítio, em Portugal Continental (2007 a 2012)

DCI	N.º Embalagens de Antidepressivos (2.9.3)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Agomelatina				6.096	95.401	148.006
Amitriptilina*	234.217	245.792	243.985	262.186	267.229	273.466
Amitriptilina+Perfenazina*	25.662	84	63	45	14	16
Bupropiom**	3.201	53.695	106.730	142.773	153.930	164.824
Citalopram**	6.227	12.887	24.191	50.767	125.620	185.036
Clomipramina*	143.538	142.607	140.292	139.167	138.689	137.588
Dosulepina*	85.234	79.729	76.525	73.090	68.790	64.492
Duloxetina**	59.345	136.070	185.778	215.506	222.790	220.259
Escitalopram**	605.352	531.752	532.923	588.393	540.830	523.923
Fluoxetina**	671.204	678.481	708.266	770.581	777.425	800.107
Fluoxamina**	96.871	97.765	103.402	109.070	112.700	115.576
Hipericão	26.175	23.961	14.846	11.144	7.302	189
Imipramina*	18.595	19.005	19.202	19.520	19.727	19.537
Maprotilina*	80.781	75.525	68.760	62.307	52.699	49.262
Mianserina*	60.270	59.577	59.140	58.337	54.240	53.297
Milnaciprano**	24.290	22.296	22.156	19.179	18.073	16.825
Mirtazapina**	266.228	297.906	337.487	380.322	404.703	456.057
Moclobemida***	23.305	21.342	20.156	19.402	18.012	17.210
Nortriptilina*	13.947	10.954	10.975	10.990	11.422	11.822
Paroxetina**	385.901	384.420	396.592	413.645	410.133	423.501
Pirlindol***	8.614	7.867	6.706	6.234	19.228	20.705
Reboxetina**	7.872	7.429	7.443	7.339	6.396	6.113
Sertralina**	551.892	573.605	630.785	706.864	743.332	824.306
Tianeptina*	93.621	86.044	80.459	76.665	69.695	64.684
Trazodona	358.267	397.605	439.630	489.004	530.257	581.784
Trimipramina*	19.812	19.308	18.641	18.223	18.067	18.458
Venlafaxina**	510.082	551.153	615.372	688.878	738.221	795.085
Viloxazina*	16					
Lítio	32.819	33.862	34.173	34.726	34.667	39.267

Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo ainda sofrer alterações.

*1.ª Geração; **2.ª Geração; ***RIMA

Fonte: INFARMED 2013

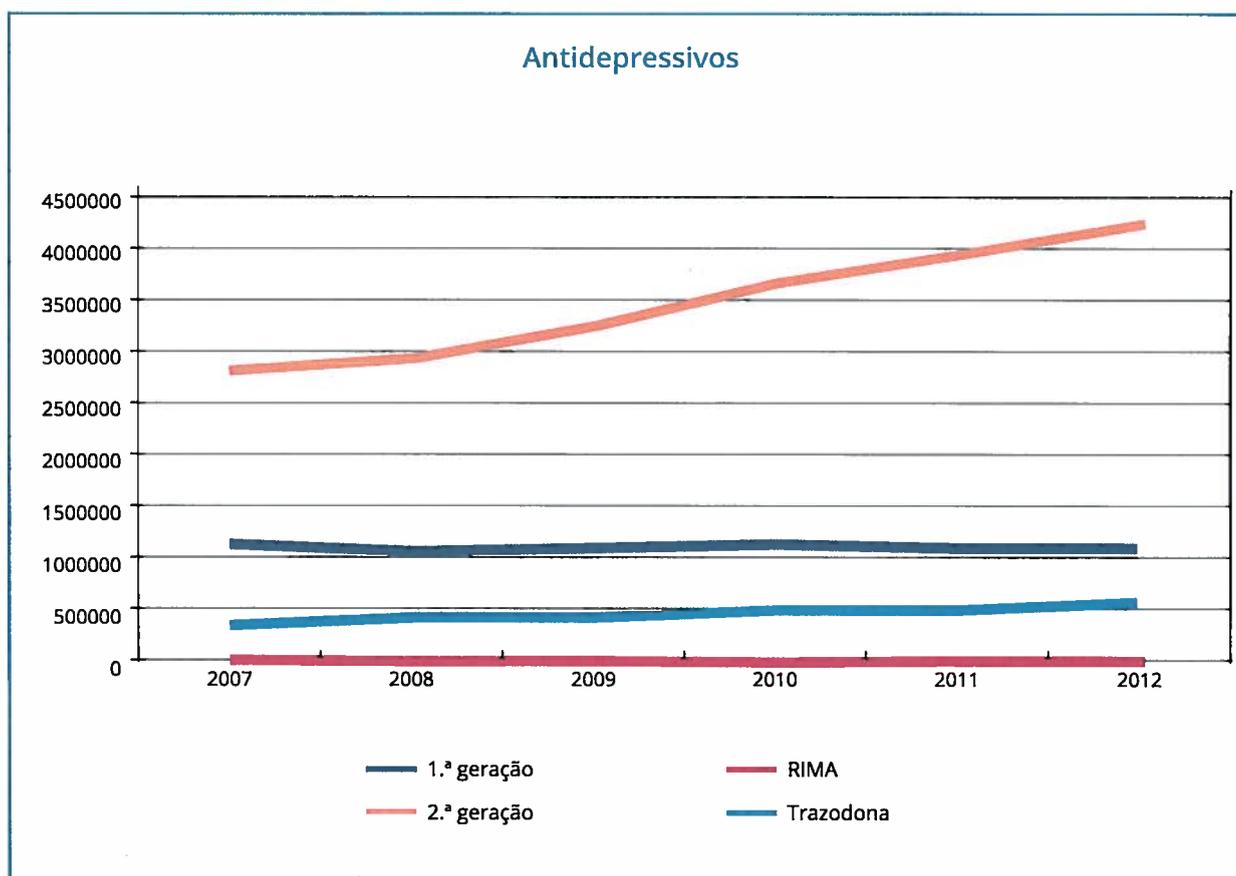
PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

A manutenção dos níveis de consumo dos antidepressivos de 1.ª geração (maioritariamente integrado pelo grupo dos tricíclicos), provavelmente decorre da situação de crise económica que motiva que os utentes com maior carência financeira optem por fármacos com pelo menos igual eficácia e menor custo mas com mais efeitos secundários.

O crescimento dos de 2.ª geração poderá ter que ver com a introdução progressiva de mais moléculas genéricas.

A Trazodona é frequentemente utilizada como regularizador do sono.

Figura 37. Evolução das vendas por prescrição no SNS de psicofármacos – Antidepressivos – (número de embalagens) por DCI, em Portugal Continental (2007 a 2012)



Fonte: INFARMED 2013

7. Consumos de substâncias psicoativas não medicamentosas, lícitas e ilícitas e outros comportamentos de risco em crianças/adolescentes

Iremos considerar, de modo sumário, apenas 2 de vários estudos epidemiológicos portugueses relativos ao tema e grupo populacional considerados – o HBSC-2010 (Health Behaviour in School-aged Children) e o INME-2011 (Inquérito Nacional em Meio Escolar).

Sendo um fenómeno mais recente, as Novas Substâncias Psicoativas (NSP, também conhecidas por smartshops) não figuram ainda nos levantamentos epidemiológicos existentes.

A circunstância de também terem sido designadas como “drogas legais”, por serem comercializadas em estabelecimentos lícitos para fins comuns, que não o consumo humano (fertilizantes de plantas, sais de banho, incensos, etc.), de terem um preço significativamente mais baixo do que as formalmente ilícitas e fortes campanhas internacionais de marketing e comercialização, programadas para evitar a ilegalização das em uso (de onde a designação de smartshops) determinou a publicação recente do Decreto-Lei 54/2013 e da Portaria 154/2013 que regulamentam a prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio das NSP.

7.1. Dados do inquérito HBSC 2010 – Álcool

Quadro 45. Experimentação de Álcool nos Adolescentes, por idade e sexo, em Portugal (2010)

Idade de Experimentação de Bebidas Alcoólicas (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
≤ 11 Anos	26,4	31,5	21,6
12 - 13 Anos	41,9	40,4	43,3
≥ 14 Anos	31,7	28,1	35,1

Fonte: HBSC 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 46. Percentagem de casos em que a experimentação de álcool resultou em embriaguez nos Adolescentes, por idade e sexo, em Portugal (2010)

Embriaguez (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
≤ 11 Anos	9,5	10,7	8,2
12 - 13 Anos	28,8	29,2	28,4
≥ 14 Anos	61,7	60,1	63,4

Fonte: HBSC 2013

Quadro 47. Frequência do consumo de álcool nos últimos 30 dias , por sexo, em Portugal (2010)

Consumo Álcool (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	64,7	63,9	65,5
1 - 2 vezes	22,5	20,2	24,7
3 ou mais vezes	12,7	15,9	9,9

Fonte: HBSC 2013

Quadro 48. Frequência do consumo de álcool nos últimos 30 dias, por ano de escolaridade, em Portugal (2010)

Consumo Álcool (%)			
	6.º Ano	8.º Ano	10.º Ano
Nunca	85,5	66,7	45,9
1 - 2 vezes	10,5	22,5	32,3
3 Ou mais vezes	3,6	32,3	21,8

Fonte: HBSC 2013

Quadro 49. Frequência de embriaguez nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal (2010)

Embriaguez (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	91,1	89,2	92,8
1 - 2 vezes	6,7	7,5	6,0
3 ou mais vezes	2,2	3,3	1,2

Fonte: HBSC 2013

Nas últimas décadas verificou-se uma alteração significativa no padrão de consumos das bebidas alcoólicas. Do tendencialmente “mediterrânico” – diário, como facilitador relacional e/ou integrado na dieta, em volumes comuns muitas vezes elevados, sobretudo de vinho, por homens adultos, por vezes com intoxicações agudas (embriaguez) – para o designado “anglo-saxónico” – quase só nos finais de semana, muitas vezes com intenção de intoxicação aguda rápida (binge drinking), em idades cada vez mais precoces e progressivamente mais feminino.

Por motivos estritamente biológicos, o organismo humano só alcança capacidade para metabolizar satisfatoriamente o etanol na maioridade e no sexo masculino; no feminino, a comum menor superfície corporal, o maior índice de massa adiposa e os estrogénios até à menopausa, determinam que a OMS defina que os valores máximos de consumo diário sem risco sejam inferiores em 2/3 aos do sexo masculino (atualmente 1 medida padrão versus 3). Se o risco sério de malformações fetais interdita o uso na gravidez (tal como na amamentação), não é tão comum haver consciência cultural de que o etanol interfere com a maturidade neuronal, afetando a capacidade cognitiva e intelectual, e, no imediato ao consumo, reduz o controlo cortical, facilitando o descontrolo dos impulsos e a perda do discernimento e do sentido crítico.

Como psicoativo, o álcool etílico também induz tolerância e dependência e embora tenha ação ansiolítica rápida, mas transitória, o uso continuado provoca depressão, que eventualmente se adiciona a humor depressivo prévio que muitas vezes determina o consumo. A tolerância dos costumes e o primado do interesse económico sobre a saúde pública, direcionado sobretudo aos cidadãos menores, vem permitindo permissi-

vidade familiar e social dos consumos, que sendo em menores de idade são sempre de risco, independentemente do volume de álcool ingerido.

Várias investigações registam que o início de consumos se verifica em idades cada vez mais precoces e com aparente estrita intenção de fuga da realidade, procurando por vezes a intoxicação aguda quase instantânea, que justifica práticas como a instilação ocular ou a aplicação de tampões impregnados em bebidas alcoólicas destiladas no ânus ou na vagina, áreas anatómicas em que a riqueza vascular permite absorções muito rápidas.

7.2. Dados do inquérito HBSC 2010 – Drogas

Quadro 50. Frequência do consumo de drogas ilícitas nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal (2010)

Consumo de Drogas (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	93,9	92,0	95,6
1 vez	2,7	3,4	2,0
Mais que 1 vez	2,0	2,4	1,6
Consumo Regular	1,4	2,2	0,7

Fonte: HBSC 2013

Quadro 51. Experimentação de vários tipos de drogas ilícitas, por tipo de droga e sexo, em Portugal (2010)

	Vários tipos de drogas			
	Rapazes		Raparigas	
	Sim	Não	Sim	Não
Haxixe	10,7	89,3	7,0	93,0
Estimulantes	4,7	95,3	2,1	97,9
LSD	3,0	97,0	1,1	98,9
Cocaína	2,5	97,5	1,4	98,6

Fonte: HBSC 2013

Se o consumo, não clínico, de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, é habitualmente a expressão de sofrimento mental ou de insegurança emocional, comum na adolescência, adultícia e em situações ansiogénicas, não é comum haver consciência que podem ocasionar, de modo variável com as pessoas, lesões neuronais, eventualmente irreversíveis. O conceito erróneo de considerar os cannabinoides (“erva”/haxixe/marijuana/liamba/pólen) como “drogas leves” (por não induzirem dependência física mas apenas emocional), ainda hoje tem consequências danosas, ao não se acrescentar que são das substâncias mais desorganizadoras mentais, responsáveis eventuais (mais do que as outras ilícitas), por quadros sobreponíveis aos das psicoses esquizofrénicas, independentemente da dose; muito provavelmente são mais lesivas na razão inversa da idade do consumidor, havendo, como já referido, fatores constitucionais, não previamente identificáveis, que determinam que alguns sejam mais suscetíveis do que a maioria ao efeito esquizofreniforme dos cannabinoides.

Quadro 52. Experimentação de vários tipos de drogas, por tipo de droga e ano de escolaridade, Portugal (2010)

Vários tipos de drogas						
	6.º Ano		8.º Ano		10.º Ano	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Haxixe	1,6	98,4	5,2	94,8	17,1	82,9
Estimulantes	2,1	97,9	4,2	95,8	3,7	96,3
LSD	1,6	98,4	2,4	97,6	1,9	98,1
Cocaína	1,6	98,4	2,4	97,6	1,7	98,3
Ectstasy	1,5	98,5	1,9	98,1	2,0	98,0

Fonte: HBSC 2013

Quadro 53. Frequência do consumo de cannabis, em Portugal (2010)

Consumo de cannabis			
	Nunca	1 -2 Vezes	3 ou mais vezes
Ao longo da vida	93,1	3,0	3,9
No último ano	93,9	2,8	3,3
No último mês	96,5	1,6	1,9

Fonte: HBSC 2013

7.3. Dados do inquérito HBSC 2010 – Violência

Quadro 54. Frequência de envolvimento em lutas, por sexo, em Portugal (2010)

Envolvimento em lutas			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	71,6	58,0	83,8
1 - 3 Vezes	22,7	32,2	14,1
4 Ou mais vezes	5,7	9,8	2,0

Fonte: HBSC 2013

Quadro 55. Frequência de porte de arma no último mês, por sexo, em Portugal (2010)

Porte de Arma			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	94,9	91,9	97,6
1 - 5 Dias	3,1	5,0	1,3
4 Ou mais dias	2,0	3,1	1,0

Fonte: HBSC 2013

Quadro 56. Frequência de porte de arma no último mês, por ano de escolaridade, em Portugal (2010)

Porte de Arma			
	6.º Ano	8.º Ano	10.º Ano
Nunca	96,5	94,3	94,2
1 - 3 Vezes	2,8	3,7	2,1
4 Ou mais vezes	0,7	2,1	3,0

Fonte: HBSC 2013

Quadro 57. Frequência de Violência autoinfligida no último ano (8.º e 10.º anos), em Portugal (2010)

Violência autoinfligida	
Nunca	84,4
1 Vez	7,0
2 Vezes	3,3
3 Vezes	2,3
4 Ou mais vezes	3,0

Fonte: HBSC 2013

7.4 Dados dos inquéritos INME

Em meio escolar público têm sido desenvolvidos outros estudos relevantes, de responsabilidade do ex-IDT, sendo as versões mais recentes de 2011:

- o ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), que abrange 35 países, repete-se a cada 4 anos, integrando Portugal desde a 1.ª edição, em 1995, tendo por base alunos do ensino secundário com 16 anos;
- o ECATD (Estudo do Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas), usando a mesma metodologia do anterior no registo de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, aplicado a alunos do ensino público com idades entre os 13 e os 18 anos (7.º ao 12.º anos);

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

- o INME (Inquérito Nacional em Meio Escolar), sobre que nos vamos debruçar sumariamente, aplicado separadamente a alunos do secundário e do 3.º ciclo.

Quadro 58. Prevalência ao longo da vida (experiência de consumo) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)

	Experimentação (%)					
	2001		2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Álcool	67	91	60	87	67	93
Cerveja	54	80	51	79	57	85
Bebidas Destiladas	50	81	36	74	40	81
Vinho	38	65	34	64	39	69
Alcoopops	-	-	32	68	37	75
Binge Drinking	-	-	-	-	19	55
Embriaguez	-	-	14	34	13	42

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

As medidas padrão dos vários tipos de bebidas (vinho/cerveja/destiladas ou espirituosas) têm o mesmo volume de etanol, sendo a rapidez da absorção gástrica inversamente proporcional ao grau de repleção gástrica (maior em jejum).

Os “alcoopops” são a designação simplificada de “novas bebidas intencionalmente desenhadas”, uma criação da indústria de produção e do comércio de destiladas (ou “bebidas brancas”) na década de 90, com o intuito de conquistar consumidores até aí inacessíveis por razões culturais e biológicas: o género feminino e os menores. Ao “embrulharem” o etanol, biologicamente rejeitável por aqueles grupos, com xaropes fortemente adoçados e frutados, tentavam, apoiados em técnicas de marketing muito apuradas e agressivas, compensar a saturação do mercado tradicional – o género masculino, juvenil e adulto. É pois uma área em que a saúde pública, sobretudo das futuras gerações adultas, continua em perda face aos interesses económicos desenfreados.

Quadro 59. Prevalência ao longo da vida (experiência de consumo) de medicamentos, inalantes e esteróides, por ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)

Experimentação (%)						
	2001		2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Medicamentos	11	14	5	7	4	7
Inalantes	5	4	7	4	5	4
Esteroides	-	-	3	2	2	2

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Quadro 60. Prevalência nos últimos 12 meses (consumo recente) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)

Consumo recente - últimos 12 meses (%)						
	2001		2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Álcool	49	76	48	79	55	87
Cerveja	38	57	40	63	45	72
Bebidas Destiladas	38	67	30	67	33	74
Vinho	21	33	21	42	25	48
Alcoopops	-	-	27	61	30	68
Binge Drinking	-	-	-	-	17	50
Embriaguez	-	-	11	29	7	25

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

O total de alunos do secundário, com risco mais elevado por serem de menor idade, tem mantido consumos crescentes, para todos os tipos de bebidas e em particular nos consumos de maior risco.

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 61. Prevalência nos últimos 30 dias (consumo atual) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)

Consumo atual – últimos 30 dias (%)						
	2001		2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Álcool	25	45	32	58	37	68
Cerveja	17	28	25	41	29	51
Bebidas Destiladas	20	35	19	44	20	50
Vinho	6	12	12	23	13	28
Alcoopops	-	-	17	39	18	44
Binge Drinking	-	-	-	-	7	21
Embriaguez	-	-	7	16	7	21

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Quadro 62. Prevalência da ocorrência de situações de embriaguez nos últimos 12 meses, por ARS e ciclo de estudos (2006 e 2011)

Embriaguez nos últimos 12 meses (%)				
	2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Total	11	29	7	25
Norte	7	23	5	18
Centro	12	32	8	29
LVT	11	28	6	24
Alentejo	23	47	15	43
Algarve	15	39	7	31

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Sendo o risco psicótico destas substâncias, como já sublinhado, potencialmente maior em idades mais jovens, o resultado é inquietante.

Quadro 63. Prevalência nos últimos 12 meses (consumo recente) de cannabis, por ARS e ciclo de estudos (2006 e 2011)

Consumo cannabis nos últimos 12 meses (%)				
	2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Total	5	15	8	23
Norte	5	13	7	22
Centro	5	15	7	23
LVT	11	15	6	26
Alentejo	23	18	15	25
Algarve	15	19	7	27

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Quadro 64. Frequência de consumo de cannabis entre consumidores – últimos 12 meses, por Região e ciclo de estudos (2011)

Frequência Consumo cannabis nos últimos 12 meses (%)						
	Todos dias/ Todas semanas		Muitas ou quase todas semanas		Uma vez por outra / Algumas semanas	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Total	12	11	12	14	76	75
Norte	12	10	11	14	77	76
Centro	10	9	13	13	77	78
LVT	13	13	13	16	74	71
Alentejo	15	11	8	9	77	80
Algarve	6	9	17	17	77	74
RAA	12	10	14	13	74	77
RAM	8	9	8	8	84	83

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Os valores apresentados são genericamente preocupantes, sobretudo em relação aos alunos do secundário, ao mostrarem um padrão de consumo mais ocasional, face à evidência científica atual de o risco psicótico estar sobretudo baseado em fatores constitucionais, não previamente identificáveis, e à menoridade, aparentemente independente da frequência. A preocupação apresenta um alerta reforçado quanto à Região Autónoma da Madeira.

8. Notas Finais

1. A Saúde Mental apresenta 5 patologias no top ten das entidades nosológicas responsáveis pela maior incapacidade para a atividade produtiva e psicossocial: a depressão major (em lugar cimeiro), os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências.
2. O suicídio frequentemente relacionado com perturbações mentais é mais preocupante na população com idade igual ou superior a 70 anos, na qual se registou 21,4 óbitos por 100 000 habitantes em Portugal Continental, em 2011.
3. O consumo de substâncias psicoativas como o canábis gera preocupação, sobretudo em relação aos valores elevados verificados nos alunos do secundário, face à evidência científica atual do risco psicótico também associado à menoridade.
4. As psicoses constituíram um dos principais motivos de internamento associado às perturbações mentais. No entanto com a criação de mais estruturas de reabilitação psicossocial, nomeadamente com a esperada implementação dos cuidados continuados de saúde mental prevê-se a redução do número de episódios de internamento por perturbações psicóticas.
5. O conhecimento de utentes com perturbações mentais em Cuidados de Saúde Primários carece de maior adesão ao registo informático, com conseqüente melhoria da informação disponível e do conhecimento da realidade nacional.
6. A manutenção dos níveis de consumo dos antidepressivos de 1.ª geração revela uma opção por terapêutica de igual eficácia e menor custo.

7. Os dados do 1.º estudo de prevalência de perturbações mentais colocam Portugal no lugar cimeiro entre os países europeus analisados (8) quanto à prevalência das doenças mentais (22,9%).
8. O consumo de mais antidepressivos por perturbações depressivas é superior à média da UE (55% em Portugal e 51% na UE). Por outro lado, o consumo de antidepressivos por perturbações ansiosas é na ordem dos 47% (41% na UE). Estes dados carecem de uma análise mais detalhada.
9. O atual modelo de intervenção em Saúde Mental baseado na integração dos serviços de saúde mental nos de saúde geral, suportado em equipas comunitárias multidisciplinares articuladas com os Cuidados de Saúde Primários é considerado pela UE e a OMS como o modelo com maior eficácia e mais económico.
10. O maior registo de casos de suicídio na região do Alentejo e do Algarve requer a intervenção de brigadas móveis em zonas de dispersão habitacional e menor densidade demográfica, como já se verifica.

Recomendações

- Prevenir o suicídio através da melhoria da capacitação diagnóstica e terapêutica das perturbações depressivas, nomeadamente nos CSP;
- Detetar precocemente e acompanhar a depressão e demências nomeadamente nas pessoas idosas;
- Prevenir e reduzir a prevalência do consumo de substâncias psicoativas, tanto lícitas (psicofármacos, álcool) como ilícitas, em particular nos jovens;
- Prevenir, detetar e acompanhar os comportamentos de risco nos vários grupos etários, em articulação com os demais Programas Prioritários e outras estruturas da Sistema de Saúde.

9. Notas metodológicas

Quadro 65. Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos dos GDH

Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos dos GDH	
CÓD.	Descrição
426	Neuroses depressivas
427	Neuroses excepto as depressivas
428	Perturbações da personalidade e do controlo dos impulsos
430	Psicoses
431	Perturbações mentais da infância

Quadro 66. Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos CID9MC

Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos CID9MC	
290	Demências
295	Psicoses Esquizofrénicas
296	Perturbações Episódicas do Humor
297	Perturbações Delirantes
298	Psicoses não orgânicas NCOP
300	Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes
307.1	Anorexia Nervosa
307.51	Bulimia Nervosa
312	Distúrbio de Comportamento NCOP

NCOP – não codificado em outra parte

Bibliografia consultada

DGS (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental. Orientações programáticas. Acedido em julho 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017668.pdf>

Xavier, M et al (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems* 2013, 7:19. Acedido em julho 2013. Disponível em <http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2013. Acedido em julho 2013, disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/03/resumo-executivo_PNSM_2007-2016.pdf

WHO (2008). mhGAP – Mental Health Gap Action Programme. Acedido em julho 2013. Disponível em http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/

European Commission (2013). Joint Action on Mental Health and Well-being. Acedido em julho 2013. Disponível em <http://ec.europa.eu/eahc/news/news216.html>

Gulbenkian Global Mental Health Platform (2013). Acedido em julho de 2013. Disponível em <http://www.gulbenkianmhplatform.com/platform>

Harvard School of Medicine (2005). World Mental Health (WMH) Surveys Initiative (WMHSI). Acedido em julho 2013. Disponível em <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>

Wilkinson, R and Pickett, K (2009). The Spirit Level. Why Equality is better for Everyone acedido em julho 2013. Disponível em <https://www.dur.ac.uk/resources/wolfson.institute/events/Wilkinson372010.pdf>

Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório, Lisboa

European Commission (2010, a). Eurobarometers. Mental Health. Eurobarometer 73.2. Special Eurobarometer 345. Acedido em julho de 2013. Disponível em http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/

European Commission (2010, b). Eurobarometers. Mental Health. Eurobarometer 73.2. Special Eurobarometer 345. Country factsheets.: Acedido em julho de 2013. Disponível em http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/

DGS (2012). SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito). Acedido em julho de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/> através de SICO.

DGS (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017. Acedido em julho de 2013. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A->

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

9CB/0/i018789.pdf

Matos. MG et al (2010). A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Edição Aventura Social, projeto Aventura Social & Saúde. Acedido em julho de 2013. Disponível em http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf

SICAD (2012). Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME), 2011– Secundário. Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoativas. Acedido em julho 2013. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_secundario_rev.pdf

SICAD (2012). Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME), 2011 – 3.º ciclo, acedido em julho 2013. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_3ciclo_rev.pdf

WHO (1996). The Global Burden of Diseases: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020, Murray C. and Lopez A. (Eds.). Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank

Índice de Quadros

Página

Quadro 1. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), em Portugal Continental (2007 a 2011)	14
Quadro 2. Indicadores de mortalidade relativos a doenças atribuíveis ao álcool, em Portugal Continental (2007 a 2011)	18
Quadro 3. Indicadores de mortalidade relativos a perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool, em Portugal Continental (2007 a 2011)	20
Quadro 4. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)	22
Quadro 5. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011).	23
Quadro 6. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011).	24
Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)	25
Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011)	26
Quadro 9. Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), Estados Membros da UE, (2007 a 2011).	27
Quadro 10. Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente, Estados Membros da UE, (2007 a 2011).	28
Quadro 11. Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente, Estados Membros da UE, (2007 a 2011).	29
Quadro 12. Taxas de Mortalidade Padronizada – Perturbações mentais e comportamentais, Estados Membros da UE, (2007 a 2011).	30
Quadro 13. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Demências, em Portugal Continental (2007 a 2011)	31
Quadro 14. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses, em Portugal Continental (2007 a 2011)	32
Quadro 15. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Esquizofrénicas, em Portugal Continental (2007 a 2011).	33
Quadro 16. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor, em Portugal Continental (2007 a 2011) ...	34

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 17. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Delirantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)	35
Quadro 18. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses não orgânicas NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011).	36
Quadro 19. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes, em Portugal Continental (2007 a 2011).	37
Quadro 20. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011)	37
Quadro 21. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses excepto as depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011)	38
Quadro 22. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da personalidade e do controlo dos impulsos, em Portugal Continental (2007 a 2011).	39
Quadro 23. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Distúrbio de Comportamento NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011).	40
Quadro 24. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anorexia Nervosa, em Portugal Continental (2007 a 2011).	41
Quadro 25. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Bulimia Nervosa, em Portugal Continental (2007 a 2011)	42
Quadro 26. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações mentais da infância, em Portugal Continental (2007 a 2011).	42
Quadro 27. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Esquizofrénicas*, por ARS (2011).	44
Quadro 28. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor*, por ARS (2011)	45
Quadro 29. Caracterização dos episódios de internamento associados a Perturbações Delirantes*, por ARS (2011)	46
Quadro 30. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses não orgânicas NCOP*, por ARS (2011)	47
Quadro 31. Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013)	58
Quadro 32. Distribuição do tipo de Tratamento (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013)	58

Quadro 33. Percentagem de casos que iniciam tratamento no ano de início das queixas e mediana do atraso de tratamento, em Portugal (2013).....	59
Quadro 34. Comparação da Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)	60
Quadro 35. Comparação da Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)	61
Quadro 36. Comparação da Percentagem de Perturbações Psiquiátricas nos Adultos com Tratamento (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)	62
Quadro 37. Percentagem de Perturbações Psiquiátrica Graves que receberam Tratamento Mínimo adequado nos últimos 12 meses, em Portugal e alguns países da Europa (2011).....	63
Quadro 38. Distribuição dos Departamentos, Serviços e Equipas Comunitárias de Adultos nos Hospitais do SNS, por ARS (2012)	65
Quadro 39. Distribuição dos Departamento, Serviços e Unidades de Pedopsiquiatria nos Hospitais dos SNS, por ARS (2012).....	67
Quadro 40. Prescrições de medicamentos no SNS (PVP, Encargos do SNS) – Subgrupos selecionados do Grupo Farmacoterapêutico Sistema Nervoso Central, em Portugal Continental (2007 a 2011).....	72
Quadro 41. Custo médio por embalagem (PVP, Encargos do SNS) – Subgrupos selecionados do Grupo Farmacoterapêutico Sistema Nervoso Central, em Portugal Continental (2007 a 2011).....	72
Quadro 42. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, em Portugal Continental (2007 a 2012)..	73
Quadro 43. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Antipsicóticos, em Portugal Continental (2007 a 2012).....	75
Quadro 44. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Antidepressivos e lítio, em Portugal Continental (2007 a 2012).....	77
Quadro 45. Experimentação de Álcool nos Adolescentes, por idade e sexo, em Portugal (2010).....	79
Quadro 46. Percentagem de casos em que a experimentação de álcool resultou em embriaguez nos Adolescentes, por idade e sexo, em Portugal (2010)	80
Quadro 47. Frequência do consumo de álcool nos últimos 30 dias , por sexo, em Portugal (2010) ...	80
Quadro 48. Frequência do consumo de álcool nos últimos 30 dias, por ano de escolaridade, em Portugal (2010)	80

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 49. Frequência de embriaguez nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal (2010)	81
Quadro 50. Frequência do consumo de drogas ilícitas nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal (2010)	82
Quadro 51. Experimentação de vários tipos de drogas ilícitas, por tipo de droga e sexo, em Portugal (2010)	83
Quadro 52. Experimentação de vários tipos de drogas, por tipo de droga e ano de escolaridade, Portugal (2010)	83
Quadro 53. Frequência do consumo de cannabis, em Portugal (2010)	84
Quadro 54. Frequência de envolvimento em lutas, por sexo, em Portugal (2010)	84
Quadro 55. Frequência de porte de arma no último mês, por sexo, em Portugal (2010)	84
Quadro 56. Frequência de porte de arma no último mês, por ano de escolaridade, em Portugal (2010)	85
Quadro 57. Frequência de Violência autoinfligida no último ano (8.º e 10.º anos), em Portugal (2010).	85
Quadro 58. Prevalência ao longo da vida (experiência de consumo) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011).	86
Quadro 59. Prevalência ao longo da vida (experiência de consumo) de medicamentos, inalantes e esteróides, por ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011).	87
Quadro 60. Prevalência nos últimos 12 meses (consumo recente) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)	87
Quadro 61. Prevalência nos últimos 30 dias (consumo atual) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)	88
Quadro 62. Prevalência da ocorrência de situações de embriaguez nos últimos 12 meses, por ARS e ciclo de estudos (2006 e 2011)	88
Quadro 63. Prevalência nos últimos 12 meses (consumo recente) de cannabis, por ARS e ciclo de estudos (2006 e 2011).	89
Quadro 64. Frequência de consumo de cannabis entre consumidores – últimos 12 meses, por Região e ciclo de estudos (2011)	89
Quadro 65. Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos dos GDH	92
Quadro 66. Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos CID9MC	92

Índice de Figuras

Página

Figura 1. Prevalência da Doença Mental versus Iniquidades, entre países	9
Figura 2. Prevalência dos Problemas Sociais e de Saúde versus Iniquidades, entre países	10
Figura 3. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)	15
Figura 4. Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por 100000 habitantes, por sexo e local de residência (NUTS – 2002), (2010)	16
Figura 5. Anos potenciais de vida perdidos por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e local de residência (NUTS – 2002), (2006 a 2010)	17
Figura 6. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)	19
Figura 7. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011).	21
Figura 8. Evolução da produção hospitalar relativa a Demências, em Portugal Continental (2007 a 2011).	32
Figura 9. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Esquizofrénicas, em Portugal Continental (2007 a 2011).	33
Figura 10. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor, em Portugal Continental (2007 a 2011).	34
Figura 11. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbações Delirantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)	35
Figura 12. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses não orgânicas NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011).	36
Figura 13. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011).	38
Figura 14. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes, em Portugal Continental (2007 a 2011).	39
Figura 15. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da personalidade e do controlo dos impulsos, em Portugal Continental (2007 a 2011).	40
Figura 16. Evolução da produção hospitalar relativa a Distúrbio de Comportamento NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011).	41

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Figura 17. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações mentais da infância, em Portugal Continental (2007 a 2011).....	43
Figura 18. % de pessoas com registo de Demência entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010).....	48
Figura 19. % de pessoas com registo de Demência entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010).....	49
Figura 20. % de pessoas com registo de Distúrbio Ansioso/Estado de ansiedade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010).....	50
Figura 21. % de pessoas com registo de Distúrbio Ansioso/ Estado de Ansiedade entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010).....	51
Figura 22. % de pessoas com registo de Perturbações Depressivas entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010).....	52
Figura 23. % de pessoas com registo de Perturbações Depressivas entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010).....	53
Figura 24. Prevalência anual das Perturbações Psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal (2013).....	54
Figura 25. Prevalência das Perturbações da Ansiedade por Nosologia, em Portugal (2013).....	55
Figura 26. Prevalência das Perturbações do Humor por Nosologia, em Portugal (2013).....	55
Figura 27. Prevalência das Perturbações da Impulsividade por Nosologia, em Portugal (2013).....	56
Figura 28. Prevalência de vida das Perturbações Psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal (2013).....	57
Figura 29. Percentagem de doentes que procuram ajuda de um profissional devido a problemas psicológicos ou emocionais, Portugal e UE27 (2010).....	64
Figura 30. Evolução dos Internamentos em Hospitais Psiquiátricos entre 2006 e 2012 – N.º total de camas.....	66
Figura 31. DDD por 1000 Habitantes, associada a medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, por mês, em Portugal Continental (2009 a 2012).....	68
Figura 32. DDD por 1000 Habitantes, associada a medicamentos Antidepressivos, por mês, em Portugal Continental (2009 a 2012).....	69
Figura 33. Comparação da percentagem de consumo de antidepressivos nos últimos 12 meses entre Portugal e os países da UE27 (2010).....	70
Figura 34. Comparação dos Motivos de Consumo de Antidepressivos, em percentagem, entre Portugal e os países da UE27 (2010).....	71

Figura 35. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos mais vendidos, em Portugal Continental (2007 a 2012)..74

Figura 36. Evolução do Consumo de Antipsicóticos por grupos – 1.ª, 2.ª e 3.ª geração em Portugal Continental (2007 a 2012).76

Figura 37. Evolução das vendas por prescrição no SNS de psicofármacos – Antidepressivos – (número de embalagens) por DCI, em Portugal Continental (2007 a 2012). 78

Quadro – SIGLAS

SIGLAS	Designação
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CESOP	Centro de Estudos e Sondagens de Opinião (da Universidade Católica Portuguesa)
CH	Centro Hospitalar
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CHPC	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra
CHPL	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
CID-9-MC	Classificação Internacional de Doenças (da OMS)-9. ^a revisão- Modificação Clínica
CID-10	Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10. ^a revisão
DC	Day Case
DCI	Designação Comum Internacional (medicamentos)
DDD	Dose Diária Definida ou Defined Daily Dose
DGS	Direção Geral da Saúde
ECATD	Estudo do Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas
EENSM	Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental
ESPAD	European School Survey Projected on Alcohol and other Drugs
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
H	Hospital
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HDE	Hospital D. Estefânia
HFA Database	Health For All Database
HML	Hospital Magalhães de Lemos (hospital psiquiátrico do Porto)
IDT	Instituto da Droga e Toxicodependência
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INME	Inquérito Nacional em Meio Escolar
IP	Instituto Público
IPSS	Instituições particulares de solidariedade social
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MGF	Medicina Geral e Familiar
NCOP	Não Classificada em Outra Parte (nas classificações de entidades nosológicas)
NSP	Novas Substâncias Psicoativas
NUTS	Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)

SIGLAS	Designação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLA	Problemas Ligados ao Álcool
PVP	Preço de Venda ao Público
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RIMA	Reversible Inhibitors of Monoamine Oxidase (classe de antidepressivos)
SICO	Sistema Informatizado dos Certificados de Óbito
SIARS	Sistema de Informação de ARS (por)
SIM@SNS	Sistema de Informação e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde
SLSM	Serviço Local de Saúde Mental
SMIA	Saúde Mental da Infância e Adolescência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia
UE 27	União Europeia com 27 países
UNL	Universidade Nova de Lisboa
WHO	World Health Organization (OMS na sigla latina)
WHO/Euro	idem para a Região Europa
WMH	World Mental Health (de Survey Initiative)
WMHSI	World Mental Health Surveys Initiative



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.pt

ANEXO XII

NOTÍCIA DE 10 DE MAIO DE 2014,
EXPRESSO, SOBRE O RELATÓRIO DO
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO ANO
DE 2013

CONTEÚDOS:

- ANÁLISE DA SITUAÇÃO PEDOPSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL NO ANO DE 2013
- ENTREVISTA AO COORDENADOR DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, ÁLVARO DE CARVALHO

SAÚDE MENTAL



Pedopsiquiatria Em 2013, pelo menos 5 mil crianças e jovens tiveram pela primeira vez acompanhamento por depressão. Consultas subiri

“Mãe, não aguento mais”

Textos JOANA PEREIRA BASTOS
Foto RUI DUARTE SILVA

As aulas estavam prestes a acabar. Os últimos testes do 1º período já tinham sido feitos e corrigidos e os miúdos contavam os dias para o Natal. A excitação era difícil de conter. Só Miguel, 14 anos, parecia indiferente à aproximação das férias e dos presentes por desembrolhar. Mantinha-se quieto e calado. “Nem parece uma criança desta época, de tão sossegada que é”, elogiou a diretora de turma. Maria não podia estar mais orgulhosa. Ainda no ano passado tinha sido chamada à escola porque o rapaz distraía-se facilmente em brincadeiras com os colegas. Agora era apontado como “um exemplo para os outros”. Em casa também estava diferente. Já não passava horas no computador, nem se interessava pela televisão. A mãe julgou que estava mais crescido. E talvez também andasse um pouco cansado. Mas Miguel fechava-se cada vez mais. Dois meses depois foi internado por depressão.

Está longe de ser um caso raro. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), as perturbações mentais, sobretudo a depressão e a ansiedade, são as doenças com mais impacto na qualidade de vida de crianças e jovens entre os cinco e os 18 anos. E estão a aumentar. Só no ano passado 19.214 foram pela primeira vez a uma consulta de pedopsiquiatria, o que corresponde a um aumento de 30% face a 2011. Pelo menos um quarto destes novos casos — cerca de cinco mil — por depressão.

No caso de Miguel, o alerta foi dado por uma professora, que surpreendeu o aluno do 9º ano a dormir na aula. O miúdo confidenciou-lhe, a custo, que há já algum tempo passava noites em claro, assaltado por “pensamentos maus”. Avisados, os pais levaram-no a um médico particular, que lhe receitou antidepressivos, ansiolíticos e comprimidos para dormir. Seis medicamentos por dia, todos os dias. Os remédios deixaram-no trêpego, apático e sonolento. Mas não fizeram passar a tristeza profunda que nele continuava a crescer.

“Perdeu o interesse por tudo. Dizia que se sentia triste, que as pessoas não gostavam dele, que não queria mais viver, não estava cá a fazer nada. Tive medo que fizesse uma asneira”, desaba-

fa a mãe. Em fevereiro, levou-o à consulta de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (HDE), em Lisboa. Miguel já não saiu de lá. Nos dez quartos de internamento — sempre com 100% de ocupação — encontrou outros miúdos como ele. São cada vez mais.

O diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, Álvaro de Carvalho, explica que as profundas alterações sociais ocorridas em Portugal nas últimas décadas, como o fim das famílias alargadas, o crescimento exponencial do número de mulheres no mercado de trabalho ou a proliferação de creches provocaram uma certa “desatenção”

MENOS FAMÍLIAS ALARGADAS, MAIS DIVÓRCIOS, COMPETITIVIDADE E VIDEOJOGOS AJUDAM A EXPLICAR SUBIDA DE CASOS

relativamente às crianças, com consequências ao nível da sua estabilidade emocional (ver entrevista).

Terrenos férteis para a depressão

A infância continua a ser vista como um período de felicidade e despreocupação, mas a verdade é que “os fatores de stress nas crianças têm vindo claramente a aumentar”, corrobora Augusto Carreira, diretor do serviço de psiquiatria da infância e da adolescência da Estefânia, que aponta, por exemplo, o crescimento dos divórcios, as novas dinâmicas familiares ou a alteração profunda do quotidiano dos miúdos, que trocaram as brincadeiras de rua pelo isolamento dos videojogos. “Passam horas agarra dos à *playstation* ou ao computador, mas a vida psíquica constrói-se na relação com os outros, não na relação com as máquinas”, alerta.

O aumento da competitividade académica e do grau de exigência relativamente ao sucesso escolar dos alunos, em idades cada vez mais precoces, também pode ser “um terreno fértil para a depressão”, adianta Augusto Carreira: “As crianças passam cada vez mais horas na escola e muitas vezes saem de lá para ter explicações. Há a ideia de

que têm de ter sucesso a todo o custo. O sentimento de não estar à altura das expectativas, dos outros ou do próprio, pode ser muito complicado de gerir.”

A aproximação dos exames e das avaliações do final do ano letivo é, por isso, um momento de maior procura dos serviços de pedopsiquiatria, confirma Zulmira Correia, diretora do serviço de psiquiatria da infância e da adolescência do Centro Hospitalar do Porto, um dos dois únicos do país com internamento para crianças e jovens (o outro é o Dona Estefânia). “A divulgação das notas e a confirmação do insucesso, real ou relativo face ao resultado idealizado, pode provocar uma descompensação nos alunos com depressão. O mesmo acontece em setembro, no início das aulas, por medo das interações sociais.”

Insónia e perda de apetite são sinais de alerta. Mas os sintomas da depressão variam muito com a idade. Nos mais pequenos podem confundir-se com hiperatividade ou má-criação — birras constantes, irritabilidade e agitação podem indiciar o pior. Já nos adolescentes há maior capacidade de exteriorizar a tristeza. Apatia, isolamento e falta de autoestima são algumas das manifestações, por vezes acompanhadas de pensamentos suicidas.

“Todas as centes com de automus alerta o dire tra do Cent de Coimbra de internar tentes a n ser sufici da Saúde r abaixo do e a 40”, e ad de mais de anos, deve Por em ternados

INSÓ DE A SINA FINA LETI MOI MAI

Um dia Beatriz deixou de se olhar ao espelho

Os primeiros sinais surgiram há dois anos. Beatriz tinha acabado de fazer 12. Sempre gostara de se arranjara, de ir bonita para a escola. Escolhia a roupa com cuidado para conjugar as cores e os tecidos e nunca misturava padrões. Um dia, deixou de se preocupar. E até de se olhar ao espelho. "Perdeu o gosto por isso tudo. Nem sequer se penteava. Não queria saber se estava bem arranjada ou não. Por ela, até podia sair de pijama", conta a mãe. O interesse pela escola e pelos amigos também diminuiu.

A mãe notou a mudança de comportamento e percebeu que Bia andava mais triste. Mas não juntou os sinais. Na altura, "não tinha cabeça para isso". A vida da família estava a colapsar: com a crise no auge, a firma de construção civil do marido acumulava dívidas que já não havia como pagar. O ordenado de Gina foi penhorado e o casal foi obrigado a vender a grande vivenda que demorara anos a construir, com pequenos luxos que o sucesso dos negócios à época ainda permitia. Mudaram-se, de favor, para casa dos pais de Gina, um espaço demasiado pequeno para todos. A falência do negócio ditou também o corte de relações dos pais com os sócios da firma, padrinhos de Bia e que a menina sempre adorara. Os problemas pareciam não acabar: em casa, os conflitos subiam de tom; na escola, era gozada pelos colegas, que lhe chamavam deficiente por causa das injeções de insulina que a diabete a obriga a levar antes de qualquer refeição. Sem ajuda, Beatriz começou a ter ataques de pânico. Acordava com pesadelos e já não queria dormir sozinha. "Chamava-me a chorar. Dizia: 'Ninguém gosta de mim. Quero morrer, não faço aqui nada'. Estava cada vez mais triste e desalentada", recorda a mãe. Um dia não aguentou mais. Pegou num X-ato e tentou cortar os pulsos. Os pais levaram-na à urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra, onde é seguida, no serviço de Pedopsiquiatria, desde outubro do ano passado. "Devíamos ter ido mais cedo. Nessa altura, já estava num estado de depressão profunda", penitencia-se a mãe.

O serviço de pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto é um dos dois únicos do país com internamento para crianças e jovens

Insultas subiram 30%

adultos ou em camas no meio da urgência. Com a crise, os casos dispararam nos últimos dois anos. "O aumento do desemprego e da insegurança no trabalho, as dificuldades económicas e a necessidade de emigrar tornam os pais menos atentos e disponíveis para os filhos, o que está a ter um impacto inequívoco na saúde mental das crianças e adolescentes", afirma José Garrido.

Sem explicação nem culpados

Muitas vezes, porém, não há nada que explique a depressão. A doença pode atingir uma criança que sempre foi feliz e rodeada de afetos. "É errado pensar que só uma criança vítima de maus-tratos ou a atravessar um momento muito doloroso, como a perda de um familiar ou um divórcio dos pais, pode entrar em depressão", sublinha Augusto Carreira, adiantando que pode haver "condições de vulnerabilidade na própria criança, incluindo predisposição genética".

Quando não se encontram explicações nem culpados, o choque é ainda maior. Foi assim com Miguel. O miúdo que adora tocar piano e jogar à bola, que sempre foi bom aluno, afetuoso e rodeado de amigos, um dia deixou de querer viver. Em fevereiro, esteve internado duas semanas. Regressou a casa mais sereno, menos triste e até quis voltar à escola. Ainda conseguiu completar o 2º período, com boas notas. Mas os "pensamentos maus" nunca o abandonaram completamente. No feriado do 1º de maio, os pais desafiaram-no para um passeio de bicicleta. Estava sol, era o primeiro dia de calor em muito tempo. Sabia a verão. Miguel não quis. "Mãe, leva-me outra vez para a Estefânia. Estou muito angustiado, não consigo respirar. Não aguento mais." Está internado há dez dias.

jhastos@expresso.impressa.pt

Álvaro de Carvalho
Coordenador para a Saúde Mental

"É urgente aumentar camas de internamento"

O responsável da Direção-Geral da Saúde (DGS) pelo Programa de Saúde Mental alerta para o crescimento dos casos de depressão infantil e diz que há um afastamento das famílias em relação às crianças, com repercussões na sua estabilidade.



Segundo a DGS, as perturbações mentais, em especial a depressão, são as doenças com mais impacto na qualidade de vida das crianças. É difícil conceber crianças com depressão...

Os problemas da saúde mental na infância e na adolescência são uma descoberta relativamente recente, já que tradicionalmente se considerava que só os adultos tinham perturbações mentais. É comum olhar-se para a infância como um período de felicidade e despreocupação. Mas as crianças também têm sofrimento psicológico. Muitas vezes, é confundido com problemas comportamentais. Diz-se que a criança é malcomportada ou tem dificuldades cognitivas, quando não é isso que se passa. Em Portugal não há números, porque não existe nenhum estudo epidemiológico para este grupo etário — o primeiro levantamento deverá arrancar este ano. Mas não há dúvida de que os casos estão a aumentar, nomeadamente a depressão.

Porquê?

Nas últimas décadas, em particular desde o 25 de Abril, Portugal viveu mudanças sociais muito profundas, com a saída das pessoas do campo para a cidade, a emancipação da mulher, o fim das famílias alargadas, a proliferação de infantários e creches... Tudo isso tem consequências ao nível da vinculação e do relacionamento das crianças com a família, nomeadamente com os pais. Acabou por haver uma relativa desatenção ou afastamento das famílias em relação às crianças, com repercussões ao nível da estabilidade, da estruturação da personalidade e mesmo dos níveis de ansiedade e depressão. Por outro lado, há um aspeto mais conjuntural, que tem a ver com a crise económica.

Qual é o impacto da crise?

Vários estudos internacionais demonstram que os períodos de crise económica têm repercussões sobre a saúde mental muito mais rápidas e profundas do que se pode pensar, nomeadamente ao nível da ansiedade e da depressão. E as crianças estão entre os grupos sociais mais vulneráveis. Se os pais estão em situação de tensão, com dificuldades económicas, problemas de emprego, eventualmente forçados a emigrar, tudo isso vai refletir-se sobre as crianças. Nos últimos dois ou três anos há um aumento das idas aos serviços de urgência e dos pedidos de consulta psiquiátrica para crianças e adolescentes, por situações de ansiedade e depressão.

Em 2013, foram prescritas mais

de 87 mil embalagens de antidepressivos e ansiolíticos a crianças e jovens. Não é excessivo?

Sim. Há excesso de medicação. O Programa de Saúde Mental está a preparar um trabalho de investigação para quantificar e avaliar a repercussão desses níveis de prescrição, muito discutíveis em menores de idade. A Escola Superior de Educação de Coimbra tem vindo a fazer um estudo junto dos novos alunos e concluiu que são cada vez mais os que tomam psicofármacos, o que quer dizer que já os tomam pelo menos desde o secundário. Não só benzodiazepinas, mas muitos com antidepressivos e alguns até com antipsicóticos. Há um lado cultural, que tem a ver com um certo pensamento mágico de achar que as dificuldades da vida podem ser resolvidas de um modo rápido e químico, com substâncias das mais variadas, seja álcool, drogas ou medicamentos.

Os recursos disponíveis em pedopsiquiatria são suficientes?

Há 36 hospitais com serviços de psiquiatria direcionados para a infância e adolescência, o que corresponde a um aumento espetacular nos últimos anos, mas ainda não é suficiente. Muitas dessas estruturas têm apenas um pedopsiquiatra e têm também grande falta de outros profissionais, como enfermeiros e psicólogos. Por outro lado, é urgente aumentar o número de camas de internamento em pedopsiquiatria. As que existem estão sempre lotadas e não chegam para as encomendas. Só há internamento em Lisboa e no Porto e é prioritário que seja criado também em Coimbra. Está previsto há pelo menos três anos, mas ainda não arrancou por razões económicas.

A criação da primeira unidade residencial para crianças com perturbações mentais, prevista desde 2007, também ainda não saiu do papel...

Estamos a trabalhar para que avance ainda este ano, assim como uma unidade sócio-ocupacional para adolescentes. É fundamental, porque não existe mesmo nada em Portugal, nem sequer instituições privadas, para crianças e jovens com perturbações da personalidade, que muitas vezes já estão em situação de pré-delinquência.

INSÓNIA E PERDA DE APETITE SÃO SINAIS DE ALERTA. FINAL DO ANO LETIVO É UM DOS MOMENTOS MAIS SENSÍVEIS

ANEXO XIII

**DECRETO-LEI Nº 23/2014
DE 14 DE FEVEREIRO**

**RECLASSIFICAÇÃO ETÁRIA DAS CORRIDAS DE
TOUROS**

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS**Decreto-Lei n.º 23/2014**

de 14 de fevereiro

O regime jurídico dos espetáculos de natureza artística e da instalação e funcionamento dos recintos de espetáculos de natureza artística, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 315/95, de 28 de novembro, com quase duas décadas, não compatibiliza as exigências de salvaguarda do interesse público com os princípios da simplificação e agilização administrativas.

À data em que foi publicado, o Decreto-Lei n.º 315/95, de 28 de novembro, introduziu alterações significativas no regime dos recintos de espetáculos e de divertimentos públicos. Entre essas alterações, delimitou-se o conceito de recinto destinado a espetáculos de natureza artística, que ficaram sujeitos a licenciamento e fiscalização da administração central, atualmente através da Inspeção-Geral das Atividades Culturais (IGAC), passando os demais recintos de espetáculos de outra natureza e de divertimentos públicos, para a responsabilidade dos municípios.

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 309/2002, de 16 de dezembro, que regula a instalação e o funcionamento dos recintos de espetáculos e divertimentos públicos, da competência dos municípios, procedeu a uma revisão geral do regime aplicável a estes recintos, revogando parcialmente o referido Decreto-Lei n.º 315/95, de 28 de novembro, que permaneceu aplicável apenas aos espetáculos de natureza artística e aos recintos destinados à sua realização.

Considera-se, assim, necessário atualizar o quadro legal que norteia a realização de espetáculos de natureza artística e introduzir mecanismos mais simplificados, sem contudo descuidar a defesa e proteção dos direitos do consumidor, a segurança de pessoas e bens e a salvaguarda do direito de autor e dos direitos conexos, procedendo-se, deste modo, à revisão integral do Decreto-Lei n.º 315/95, de 28 de novembro.

Na concretização desse desiderato, aproveita-se para conformar o novo regime ao disposto na Diretiva n.º 2006/123/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de dezembro, relativa aos serviços no mercado interno, que estabelece os princípios e os critérios que devem ser observados pelos regimes de acesso e de exercício de atividades de serviços na União Europeia, transposta para a ordem jurídica interna pelo Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho.

O presente decreto-lei torna os referidos regimes jurídicos mais claros e coerentes, através da definição e organização de conceitos numa perspetiva integrada. Atende-se, assim, ao conceito de espetáculos de natureza artística constante da legislação mais recente sobre esta matéria, designadamente, a que se refere aos profissionais dos espetáculos, aprovada pela Lei n.º 4/2008, de 7 de fevereiro, alterada pelas Leis n.ºs 105/2009, de 14 de setembro, e 28/2011, de 16 de junho, e introduzem-se os conceitos de recintos fixos de espetáculos de natureza artística e o de promotor de espetáculo de natureza artística.

O promotor deixa de estar sujeito a autorização administrativa para o exercício da respetiva atividade e o seu registo, efetuado no seguimento de mera comunicação prévia, passa a ser válido por tempo indeterminado, em lugar da periodicidade de três anos que estava prevista para a sua revalidação. Por outro lado, o promotor pode submeter os elementos exigíveis, por mera comunicação, prévia, até à

data de realização do espetáculo, ficando depois submetido ao mecanismo de verificação permanente dos requisitos e às sanções previstas e aplicáveis no presente decreto-lei, nos casos de incumprimento.

No funcionamento dos espetáculos de natureza artística, elimina-se o procedimento associado à atual licença de representação, adotando-se a mera comunicação prévia como procedimento necessário para a realização desses espetáculos.

No quadro dos espetáculos de natureza artística, estabelecem-se regras disciplinadoras do seu acesso e realização, como é o caso da delimitação de tempos para publicidade, são estabelecidas exigências acrescidas no registo de venda dos bilhetes e nas condições de restituição, às quais se associa ainda uma maior disciplina das atividades e manifestações artísticas.

Na conceptualização do conceito de recinto de espetáculo de natureza artística fica claro que, independentemente da respetiva designação, o foco de aplicação está nos espaços delimitados cuja função principal seja a realização de espetáculos de natureza artística.

Esta delimitação do conceito torna claro que, designadamente, os espaços de restauração, hotelaria ou de diversão noturna e que constituem um motor fundamental ao desenvolvimento económico, não estão abrangidos pelo quadro procedimental exigido para a autorização de funcionamento dos recintos fixos cuja finalidade primária está na realização de espetáculos de natureza artística.

Em relação à construção e modificação de recintos fixos de espetáculos de natureza artística, consagra-se um reforço dos mecanismos de responsabilização dos promotores de espetáculos de natureza artística, sujeitos a uma verificação permanente dos requisitos.

Acaba igualmente a licença de recinto, sendo esta substituída por um Documento de Identificação do Recinto atribuído de forma automática, a título provisório, sendo convertido em definitivo após a verificação permanente de requisitos. Do mesmo modo, termina também a dispersão de controlos para a realização de espetáculos ou divertimentos a título ocasional naqueles recintos, remetendo-se expressamente para o regime dos recintos de diversão provisória previsto no Decreto-Lei n.º 309/2002, de 16 de dezembro, que passa a ser o regime autorizativo aplicável.

Evidencia-se, neste capítulo, ser sempre possível uma avaliação do grau de risco assente no projeto de construção do recinto, considerando que o mesmo é objeto de parecer por parte da IGAC, sem prejuízo da avaliação efetuada por outras entidades, no âmbito das suas competências.

A deterioração e o desgaste natural dos recintos fixos de espetáculos de natureza artística, associado às respetivas condições técnicas e de segurança, determina a necessidade de uma inspeção periódica a realizar de cinco em cinco anos, em lugar do período de três anos previsto para revalidação da anterior licença.

A proteção do direito de autor e dos direitos conexos encontra no presente decreto-lei fórmulas mais eficazes de salvaguarda, com a adoção de um modelo de fiscalização também mais eficiente, decorrente da mera comunicação prévia do espetáculo por via eletrónica, que pode ser efetuada pelo promotor do espetáculo, onde quer que esteja estabelecido, e da análise integrada dos dados registados na plataforma eletrónica da IGAC.

Aproveita-se a oportunidade para incluir neste decreto-lei o regime de classificação de espetáculos de natureza artística e de divertimentos públicos, revogando-se o

Decreto-Lei n.º 396/82, de 21 de setembro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 116/83, de 24 de fevereiro, e 456/85, de 29 de outubro. Destaca-se, nesta matéria, a redução do prazo para atribuição da classificação dos 90 dias prescritos pelo regime geral do Código de Procedimento Administrativo para apenas 15 dias úteis, e a introdução do escalão etário «para todos os públicos», omissis na legislação em vigor e que, por essa razão, impedia a regular realização de espetáculos particularmente dirigidos ao público infantil com idade inferior a 3 anos, com crescente interesse e procura. Salvaguardam-se, contudo, particulares condições de bem-estar e de segurança, através da redução da lotação do recinto nos espetáculos classificados para «todos os públicos» que sejam especialmente vocacionados para menores de 3 anos.

Por último, sublinha-se que a resposta ao novo enquadramento legislativo assenta na modernização da infraestrutura tecnológica, através da criação de uma plataforma eletrónica ligada ao balcão único eletrónico dos serviços criado no âmbito do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, que irá constituir um efetivo exercício prático, nesta área, à capacidade inovadora da administração, incorporando os mecanismos que permitem a desmaterialização dos processos, com significativos ganhos em termos de eficiência e celeridade dos procedimentos, com claros benefícios para os interessados.

Foram ouvidas a Associação Nacional de Municípios Portugueses, a APEC — Associação Portuguesa de Empresas Cinematográficas, a SPA — Sociedade Portuguesa de Autores, e a Audiogest — Associação para a Gestão e Distribuição de Direitos.

Foi promovida a audição da FEVIP — Federação de Editores de Videogramas e da GDA — Cooperativa de Gestão dos Direitos dos Artistas, CRL.

Assim:

Nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

1 — O presente decreto-lei define o regime de funcionamento dos espetáculos de natureza artística e de instalação e fiscalização dos recintos fixos destinados à sua realização, conformando-o com o Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, que transpõe a Diretiva n.º 2006/123/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de dezembro de 2006, relativa aos serviços no mercado interno.

2 — O presente decreto-lei estabelece, ainda, o regime de classificação de espetáculos de natureza artística e de divertimentos públicos.

Artigo 2.º

Definições

1 — Para efeitos do presente decreto-lei, consideram-se:

a) «Espetáculos de natureza artística», as manifestações e atividades artísticas ligadas à criação, execução, exibição e interpretação de obras no domínio das artes do espetáculo e do audiovisual e outras execuções e exibições de natureza análoga que se realizem perante o público, excluindo a ra-

diodifusão, ou que se destinem à transmissão ou gravação para difusão pública;

b) «Promotor de espetáculo de natureza artística», a pessoa singular ou coletiva que tem por atividade a promoção ou organização de espetáculos de natureza artística;

c) «Recintos fixos de espetáculos de natureza artística», os espaços delimitados, resultantes de construções de caráter permanente, que, independentemente da respetiva designação, tenham como finalidade principal a realização de espetáculos de natureza artística.

2 — Integram o conceito de espetáculos de natureza artística, nomeadamente, as representações ou atuações nas áreas do teatro, da música, da dança, do circo, da tauromaquia e de cruzamento artístico, e quaisquer outras récitas, declamações ou interpretações de natureza análoga, bem como a exibição pública de obras cinematográficas e audiovisuais, por qualquer meio ou forma.

3 — Para efeitos do presente decreto-lei, não se consideram espetáculos de natureza artística os eventos de natureza familiar, sem fins lucrativos, para recreio dos membros da família e convidados, a realizar no lar familiar ou em recinto autorizado para esse fim.

CAPÍTULO II

Dos espetáculos de natureza artística

SECÇÃO I

Do promotor

Artigo 3.º

Registo de promotor

1 — Os promotores de espetáculos de natureza artística estabelecidos em território nacional devem apresentar mera comunicação prévia à Inspeção-Geral das Atividades Culturais (IGAC), para efeitos do seu registo.

2 — A mera comunicação prévia pode ser apresentada conjuntamente com a formalidade aplicável ao controlo do primeiro espetáculo que promova em território nacional, nos termos do artigo 5.º, e deve ser instruída com os seguintes elementos:

- a*) Identificação do promotor;
- b*) Data do início da atividade ou da respetiva alteração, quando aplicável;
- c*) Indicação das atividades artísticas a desenvolver.

3 — Pelo registo do promotor de espetáculos é devida taxa, a pagar com a apresentação da mera comunicação prévia.

4 — O promotor deve proceder à atualização dos elementos referidos no n.º 2, por mera comunicação à IGAC no prazo de cinco dias úteis após a ocorrência da alteração relevante.

5 — O registo é válido por tempo indeterminado, caducando se a IGAC verificar a inatividade durante um período consecutivo de dois anos.

6 — Não estão sujeitas a registo as pessoas coletivas sem fins lucrativos, com ou sem personalidade jurídica, que promovam, a título ocasional, espetáculos de natureza artística, entendendo-se como ocasional a promoção de um máximo de três espetáculos por ano.

7 — Para efeitos de registo do promotor de espetáculos onde atuem animais, designadamente espetáculos de circo, a que se refere o artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 255/2009, de 24 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 260/2012, de 12 de dezembro, a IGAC terá em consideração a lista de promotores divulgada pela Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) na sua página oficial.

Artigo 4.º

Obrigações do promotor

1 — Compete ao promotor do espetáculo garantir que se encontram reunidas as condições de segurança e ordem pública adequadas à realização de cada espetáculo, de acordo com a legislação aplicável.

2 — O promotor do espetáculo deve estar presente ou fazer-se representar desde a abertura até ao final do espetáculo ou, caso este tenha lugar em recinto de espetáculo de natureza artística, até à saída dos espectadores.

3 — Nos recintos fixos de espetáculos de natureza artística, o promotor de espetáculos de natureza artística deve dispor de livro de reclamações, nos termos e nas condições estabelecidas no Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 371/2007, de 6 de novembro, 118/2009, de 19 de maio, 317/2009, de 30 de outubro, e 242/2012, de 7 de novembro.

4 — O original da folha de reclamação deve ser enviado pelo promotor de espetáculos de natureza artística à IGAC.

SECÇÃO II

Do funcionamento dos espetáculos

Artigo 5.º

Mera comunicação prévia de espetáculos

1 — A realização de espetáculos de natureza artística, com carácter permanente ou ocasional, está sujeita à regular apresentação de mera comunicação prévia do promotor do espetáculo, dirigida à IGAC, ainda que o respetivo promotor não esteja estabelecido em território nacional, sem prejuízo do disposto no n.º 3.

2 — A mera comunicação prévia deve ser acompanhada dos seguintes elementos:

- a) Identificação do promotor;
- b) Programa dos espetáculos e respetiva classificação etária atribuída;
- c) Datas ou período de realização dos espetáculos;
- d) Identificação dos recintos, com indicação do respetivo Número de Identificação de Recinto (NIR), quando aplicável;
- e) Autorização dos detentores de direito de autor e conexos ou dos seus representantes;
- f) Cópia de apólice de seguro de responsabilidade civil ou garantia ou instrumento financeiro equivalentes, nos termos dos n.ºs 2 e 3 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, que cubra eventuais danos decorrentes da realização dos espetáculos, quando não estejam cobertos por seguro, garantia ou instrumento financeiro equivalente referente ao recinto ou ao local de realização do espetáculo.

3 — Está dispensada a mera comunicação prévia referente à realização de espetáculos de natureza artística que

consistam na exibição pública de obras cinematográficas, com autorização ou licença de distribuição previamente emitida pela IGAC.

4 — A comunicação deve ser acompanhada do pagamento da taxa devida.

5 — As comunicações efetuadas com uma antecedência mínima de oito dias gozam de redução na taxa aplicável.

6 — A mera comunicação prévia dos espetáculos de circo, nos termos do presente decreto-lei, não dispensa a autorização de deslocação a requerer nos termos do Decreto-Lei n.º 255/2009, de 24 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 260/2012, de 12 de dezembro.

7 — Em função da natureza do espetáculo e do recinto, a IGAC pode exigir a presença de piquete de bombeiros.

8 — O controlo prévio de espetáculos tauromáquicos é regulado em diploma próprio.

Artigo 6.º

Venda de bilhetes

1 — Os locais de venda de bilhetes nos recintos de espetáculos, em agências ou postos de venda e as plataformas de venda eletrónica de bilhetes exploradas por empresas estabelecidas em território nacional devem, no caso dos recintos, ter afixada e, nos demais locais disponibilizar ao público a seguinte informação:

- a) Programa do espetáculo;
- b) Identificação do promotor;
- c) Preço dos bilhetes;
- d) Data e hora do início do espetáculo;
- e) Lotação e planta do recinto, com numeração dos lugares e indicação das categorias, sempre que aplicável;
- f) Classificação etária.

2 — A venda de bilhetes em agências ou em postos de venda está ainda sujeita ao regime constante dos artigos 35.º a 38.º do Decreto-Lei n.º 310/2002, de 18 de dezembro.

3 — Nos casos de entrada livre, mantém-se a necessidade de observância dos requisitos previstos no n.º 1, salvo o disposto na alínea c).

Artigo 7.º

Publicidade

1 — Após a hora prevista para o início de espetáculo de natureza artística, não é permitida publicidade sonora ou audiovisual, salvo nas seguintes situações:

- a) Espetáculos tauromáquicos e de circo;
- b) Nos primeiros 20 minutos após a hora indicada para o início do espetáculo e durante os intervalos, sem ocupar mais de metade destes últimos.

2 — A exibição de filmes anúncio ou *trailers* de espetáculos integra o conceito de publicidade para os efeitos previstos na alínea b) do número anterior.

3 — A publicidade deve ser adequada à classificação etária atribuída ao espetáculo.

Artigo 8.º

Acesso aos espetáculos de natureza artística

1 — O acesso a espetáculos de natureza artística efetua-se mediante apresentação de um bilhete, quando exigível

e independentemente do suporte, do qual deve constar, designadamente:

- a) Identificação do promotor do espetáculo, incluindo o número de identificação fiscal;
- b) Identificação do espetáculo e respetivo preço;
- c) Designação do local ou recinto;
- d) Dia e hora de início do espetáculo;
- e) Numeração sequencial e, quando aplicável, categoria do lugar.

2 — Não podem, em qualquer circunstância, ser disponibilizados lugares em número superior à lotação autorizada do recinto.

3 — A classificação etária dos espetáculos deve ser exibida em lugar visível nos acessos a cada recinto de espetáculo.

4 — A classificação etária pode determinar a redução do número de lugares em função do tipo de espetáculo.

5 — Nas situações em que a totalidade dos bilhetes for comercializada ou disponibilizada, os locais de venda de bilhetes nos recintos de espetáculos, em agências ou postos de venda e as plataformas de venda eletrónica de bilhetes exploradas por empresas estabelecidas em território nacional, devem conter expressamente a informação de «lotação esgotada».

6 — O promotor do espetáculo deve negar a entrada de menores quando existam dúvidas sobre a idade face à classificação etária atribuída, avaliada pelos critérios comuns de aparência, e não se verifique o disposto no número seguinte.

7 — A idade dos menores é atestada pela apresentação de documento comprovativo da idade invocada ou suprida pela responsabilização dos pais ou de um adulto identificado que os acompanhe.

Artigo 9.º

Restituição do preço dos bilhetes

1 — O promotor do espetáculo constitui-se na obrigação de restituir aos espectadores a importância correspondente ao preço dos bilhetes nas seguintes situações:

- a) Não realização do espetáculo no local, data e hora marcados;
- b) Substituição do programa ou de artistas principais;
- c) Interrupção do espetáculo.

2 — No caso previsto na alínea c) do número anterior não há lugar a restituição se a interrupção ocorrer por motivo de força maior verificado após o início do espetáculo.

3 — Para os efeitos do número anterior, consideram-se casos de força maior os que resultem de acontecimentos imprevisíveis cujos efeitos se produzam independentemente da vontade do promotor do espetáculo, nomeadamente, incêndios, inundações, ciclones, tremores de terra e outras causas naturais que diretamente impeçam a realização do espetáculo.

4 — Compete à IGAC a verificação dos pressupostos de que depende a não restituição da importância correspondente ao preço dos bilhetes, mediante reclamação de qualquer interessado.

5 — Caso haja lugar à restituição da importância correspondente ao preço dos bilhetes, esta deve ser efetuada no prazo de 30 dias contados da notificação da decisão da IGAC.

Artigo 10.º

Espectadores

1 — Durante a representação, exibição ou execução de espetáculos, os espectadores devem manter-se nos seus lugares para não perturbarem os artistas e o público.

2 — Sempre que um espectador perturbar a realização do espetáculo deve ser obrigado a sair do recinto, sem direito a reembolso.

3 — Nos recintos de espetáculos de natureza artística os espectadores não podem entrar com animais ou objetos suscetíveis de perturbar a realização do espetáculo ou o público.

4 — Excetua-se do disposto no número anterior o acompanhamento de cães de assistência, nos termos do Decreto-Lei n.º 74/2007, de 27 de março, ou outras situações similares legalmente previstas.

5 — Durante a representação ou execução de espetáculos de ópera, de dança, de música erudita, teatro e outras declamações ou recitações, só é permitida a entrada para frisas ou camarotes.

6 — O disposto no número anterior é extensivo a qualquer tipo de espetáculo por decisão do respetivo promotor, mediante aviso prévio ao público, nos locais de venda de bilhetes, nos recintos de espetáculos, em agências ou postos de venda e nas plataformas de venda eletrónica de bilhetes exploradas por empresas estabelecidas em território nacional.

CAPÍTULO III

Dos recintos fixos de espetáculos de natureza artística

SECÇÃO I

Construção e modificação

Artigo 11.º

Regime aplicável

Às operações urbanísticas que tenham por objeto recintos de espetáculos de natureza artística aplica-se o disposto no Regime Jurídico da Urbanização e Edificação (RJUE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de dezembro, com as especificidades dos artigos seguintes.

Artigo 12.º

Operações urbanísticas sujeitas a controlo prévio

1 — Nos procedimentos de controlo prévio de operações urbanísticas há lugar a consulta prévia à IGAC, nos termos estabelecidos no RJUE, para efeitos de emissão de parecer, com natureza vinculativa, no âmbito das suas atribuições e competências.

2 — O parecer a que se refere o número anterior destina-se a avaliar a conformidade do recinto, de acordo com os projetos e estudos propostos e a adequação ao uso pretendido, de acordo com a legislação aplicável.

3 — Os procedimentos de controlo prévio de edificação ou de modificação dos recintos são instruídos nos termos da legislação referida no n.º 1 e das normas previstas no regulamento das condições técnicas e de segurança dos recintos de espetáculos e divertimentos públicos, e demais legislação aplicável.

4 — No parecer referido no n.º 2 deve ser atribuído um NIR por cada recinto de espetáculo que dele ainda não disponha, sendo a atribuição processada automaticamente pela plataforma informática referida na alínea a) do n.º 2 do artigo 43.º caso o parecer da IGAC não seja emitido no prazo legal.

5 — Quando o parecer a emitir pela IGAC seja desfavorável ou condicionado, deve indicar as alterações ou correções, se for o caso, a introduzir no projeto.

6 — O parecer fixa a lotação máxima de espectadores em função das diversas atividades de espetáculos a que o recinto se destina, discriminada por categoria de lugares.

7 — Concluída a operação urbanística, o interessado requer à câmara municipal a autorização de utilização do imóvel, nos termos previstos no RJUE.

Artigo 13.º

Operações urbanísticas isentas de controlo prévio municipal

1 — As operações urbanísticas em recintos de espetáculos de natureza artística promovidas pela Administração Pública, isentas de controlo prévio pelo RJUE, só podem ter início após emissão de parecer pela IGAC, para os efeitos e nos termos dos n.ºs 2 a 6 do artigo anterior, a proferir no prazo de 20 dias úteis, após o que, na ausência de decisão expressa, se considera tacitamente emitido parecer favorável, sendo o NIR atribuído automaticamente pela plataforma informática referida no n.º 1 do artigo 43.º, caso o recinto dele ainda não disponha.

2 — As operações urbanísticas isentas de controlo prévio, nos termos previstos no RJUE, são objeto de mera comunicação prévia à IGAC, sendo o NIR atribuído automaticamente pela plataforma informática referida no n.º 1 do artigo 43.º, caso o recinto em causa dele ainda não disponha.

3 — O pedido de parecer ou a apresentação da mera comunicação prévia devem ser instruídos com as peças escritas e desenhadas que permitam a correta avaliação das soluções propostas, assinadas por técnico legalmente habilitado, e acompanhadas do respetivo termo de responsabilidade atestando a observância na sua elaboração das normas legais aplicáveis.

4 — A IGAC pode solicitar esclarecimentos ou documentos complementares ao pedido de parecer referido no número anterior, os quais devem ser prestados no prazo de 10 dias úteis a contar da receção da notificação para o efeito, suspendendo-se o prazo referido no n.º 1.

5 — A IGAC pode impedir a realização da operação urbanística caso detete a violação de normas legais ou regulamentares, notificando o interessado, ou decretar o embargo imediato da operação urbanística caso a execução da obra não observe os projetos ou estudos apresentados, no seguimento de vistoria ao local, a realizar por uma comissão composta no mínimo por dois elementos, um dos quais com formação na área de engenharia civil ou arquitetura.

6 — A notificação ou auto de embargo devem especificar as normas legais ou regulamentares violadas ou a desconformidade da execução da obra, e o seu levantamento depende da apresentação de novo projeto ou estudos ou de vistoria que ateste a conformação, a requerer pelo interessado, devendo esta ocorrer no prazo de 10 dias úteis a contar do respetivo pedido, acompanhado do pagamento da taxa devida.

7 — A ausência de decisão expressa no prazo de 10 dias úteis após a realização da vistoria referida no número anterior ou da data de apresentação do projeto ou estudos determina a caducidade do embargo, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

8 — Sem prejuízo do disposto no n.º 5, a IGAC pode decretar o encerramento do recinto no seguimento da vistoria, aplicando-se nesse caso o disposto no artigo 21.º

Artigo 14.º

Recintos de cinema

1 — À edificação ou alteração da utilização de imóvel, total ou parcialmente destinados à exibição de obras cinematográficas, aplica-se o disposto nos artigos 11.º a 13.º

2 — A demolição de recintos de cinema ou a sua afetação a atividade de natureza diferente depende de autorização do membro do Governo responsável pela área da cultura, a ser obtida diretamente pelo interessado ou pela entidade a quem competir o controlo prévio da operação urbanística.

Artigo 15.º

Normas técnicas e de segurança

1 — Aos recintos de espetáculos de natureza artística são aplicáveis as normas previstas no regime jurídico da segurança contra incêndio em edifícios (SCIE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 220/2008, de 12 de novembro, e no regulamento das condições técnicas e de segurança dos recintos de espetáculos e divertimentos públicos, aprovado pelo Decreto Regulamentar n.º 34/95, de 16 de dezembro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 65/97, de 31 de março, 220/2008, de 12 de novembro, e pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2010, de 28 de dezembro, e demais legislação aplicável.

2 — Os pedidos previstos no presente capítulo cuja apreciação seja da competência da IGAC, devem ser formulados pelo proprietário do recinto, seu representante legal ou pelo explorador autorizado do espaço, salvo nas situações em que são diretamente submetidos à IGAC pela câmara municipal.

SECÇÃO II

Controlo de recintos fixos de espetáculos de natureza artística

Artigo 16.º

Mera comunicação prévia

1 — O início de funcionamento dos recintos de espetáculos de natureza artística depende da apresentação de mera comunicação prévia à IGAC, acompanhada do pagamento da taxa devida.

2 — A mera comunicação prévia deve ser instruída com os seguintes elementos:

a) O nome que identifica publicamente o recinto e a respetiva localização;

b) O NIR atribuído ao recinto, nos termos dos artigos 12.º e 13.º ou no seguimento de anterior controlo de funcionamento como recinto de espetáculos de natureza artística diferentes dos pretendidos com a comunicação apresentada;

c) A identificação da entidade exploradora do recinto e do respetivo proprietário;

d) A atividade ou atividades artísticas a que o recinto se destina;

e) A lotação do recinto para cada uma das atividades referidas na alínea anterior;

f) Indicação da data prevista de abertura ao público;

g) Termo de responsabilidade assinado por técnico legalmente habilitado, no caso de operação urbanística isenta de controlo prévio, atestando que foi executada de acordo com o projeto apresentado à IGAC, nos termos do n.º 3 ou do n.º 6 do artigo 13.º;

h) Autorização de utilização do imóvel, emitida com base numa decisão expressa ou tácita, nos termos do RJUE;

i) Apólice de seguro de responsabilidade civil e de acidentes pessoais ou garantia ou instrumento financeiro equivalentes, nos termos dos n.ºs 2 e 3 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, subscrita pelo proprietário ou pelo explorador do recinto, que cubra os danos e lesões provocados aos utilizadores em caso de acidente.

3 — Após a receção da mera comunicação prévia a plataforma informática referida no n.º 1 do artigo 43.º atribui automaticamente, um NIR ao recinto em causa, caso o recinto dele não disponha, e emite o respetivo Documento de Identificação do Recinto (DIR) provisório, convertido em definitivo após a vistoria referida no artigo seguinte ou, caso a ela não haja lugar, após inspeção periódica realizada nos termos do artigo 20.º

4 — Do DIR constam as informações referidas nas alíneas a), b), c), d) e e) do n.º 2 e o NIR atribuído ao recinto.

5 — Na falta de pagamento da taxa devida ou da apresentação de algum dos elementos referidos no n.º 2, a IGAC pode convidar a entidade exploradora a suprir as deficiências detetadas, sendo o DIR provisório imediatamente revogado.

6 — A atribuição de DIR provisório ou definitivo é condição para o legal funcionamento do recinto em causa.

7 — O DIR, provisório ou definitivo, deve estar afixado de forma visível no acesso ao recinto.

Artigo 17.º

Vistorias iniciais

1 — Se a mera comunicação prévia tiver sido regularmente apresentada, a IGAC pode determinar a realização de uma vistoria no prazo de 20 dias úteis a contar da sua receção, a realizar por uma comissão composta, no mínimo, por dois elementos, um dos quais com formação na área de engenharia civil ou arquitetura.

2 — No caso de imposição de alterações decorrentes da vistoria, a atribuição de DIR definitivo depende da verificação de adequada realização das alterações, mediante nova vistoria a requerer pelo interessado, a qual deve ocorrer no prazo de 20 dias úteis a contar do respetivo pedido, acompanhado do pagamento da taxa devida.

3 — A ausência de decisão expressa no prazo de 20 dias úteis após a realização da primeira ou da segunda vistoria ou da data de apresentação do requerimento de nova vistoria converte automaticamente o DIR provisório em definitivo, permitindo que o recinto possa iniciar a sua atividade.

4 — Pode ser decretado o encerramento do recinto no seguimento das vistorias referidas no presente artigo, aplicando-se nesse caso os termos do artigo 21.º

Artigo 18.º

Averbamentos

1 — Estão sujeitas a averbamento ao DIR as alterações dos seguintes elementos:

a) Identificação do recinto;

b) Identificação da entidade proprietária;

c) Identificação da entidade exploradora.

2 — Para os efeitos previstos no número anterior, a entidade exploradora do recinto deve apresentar mera comunicação à IGAC no prazo de 5 dias úteis após a ocorrência da alteração a averbar.

3 — Perante a inatividade do recinto por período superior a um ano, a IGAC determina a revogação oficiosa do DIR.

4 — Sem prejuízo do disposto no artigo seguinte, a alteração da atividade ou atividades artísticas a que o recinto se destina implica o cumprimento do disposto nos artigos 12.º ou 13.º, caso se realizem obras e conforme ao caso aplicável, e a apresentação de nova comunicação nos termos do artigo 16.º, para atribuição de novo DIR.

Artigo 19.º

Outros espetáculos ou divertimentos

1 — A realização ocasional de outras atividades de natureza artística ou outros espetáculos ou divertimentos não artísticos em recinto fixo de espetáculos de natureza artística, cujo licenciamento compete à IGAC, carece de autorização desta entidade, nos termos do regime que regula a realização de espetáculos artísticos e de outros espetáculos ou divertimentos não artísticos em recintos vocacionados para fins que não englobem aquelas atividades, espetáculos ou divertimentos.

2 — O cumprimento do disposto no regime referido no número anterior não dispensa a mera comunicação prévia a que se refere o artigo 5.º

SECÇÃO III

Cumprimento permanente de requisitos

Artigo 20.º

Inspeção periódica

1 — Compete à IGAC verificar o cumprimento permanente das condições técnicas e de segurança dos recintos de espetáculos de natureza artística, nos termos definidos no regulamento das condições técnicas e de segurança dos recintos de espetáculos e divertimentos públicos, aprovado Decreto Regulamentar n.º 34/95, de 16 de dezembro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 65/97, de 31 de março, 220/2008, de 12 de novembro, e pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2010, de 28 de dezembro, podendo recorrer, na estrita medida das suas necessidades, a apoio prestado por peritos externos.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, o recinto é objeto de uma inspeção periódica, de cinco em cinco anos, para verificação das condições técnicas e de

segurança, por comissão composta nos termos do n.º 1 do artigo 17.º

3 — A primeira inspeção periódica é realizada cinco anos após a abertura ao público do recinto.

4 — Para efeitos do disposto no número anterior, a entidade exploradora é notificada da data da inspeção com uma antecedência de 60 dias devendo, no prazo de 30 dias, proceder ao pagamento da taxa devida, sob pena de revogação do DIR.

5 — Quando se observar o incumprimento das condições técnicas e de segurança, a entidade responsável pela exploração do recinto é notificada para proceder às alterações necessárias em prazo a fixar pela IGAC.

6 — Até ao termo do prazo a fixar nos termos do número anterior, a entidade responsável pela exploração do recinto remete à IGAC um termo de responsabilidade assinado por técnico legalmente habilitado que comprove a realização das alterações determinadas, caso contrário pode ser determinado o encerramento do recinto nos termos do artigo seguinte.

7 — A IGAC remete, à autoridade competente, o relatório de inspeção, se detetar alguma infração ou desconformidade com os regulamentos técnicos aplicáveis.

Artigo 21.º

Encerramento do recinto

1 — Pode ser determinado o encerramento imediato do recinto nas situações em que se verifique perigo grave para a segurança ou saúde dos espectadores ou dos intervenientes no espetáculo.

2 — O encerramento do recinto é determinado por despacho fundamentado do inspetor-geral das Atividades Culturais, sem prejuízo das competências das autoridades de saúde.

3 — O recinto mantém-se encerrado enquanto não for verificada a supressão das deficiências que determinaram o seu encerramento, por vistoria requerida pelo interessado, acompanhada do pagamento da taxa devida, e expressamente revogada a ordem de encerramento, com atribuição do DIR definitivo, nos casos em que o recinto ainda disponha de DIR provisório.

4 — O encerramento do recinto não prejudica a aplicação do regime contraordenacional previsto no presente decreto-lei.

CAPÍTULO IV

Classificação de espetáculos de natureza artística e de divertimentos públicos

Artigo 22.º

Classificação etária

1 — Estão sujeitos a classificação etária os espetáculos de natureza artística e os divertimentos públicos.

2 — A realização de qualquer espetáculo de natureza artística ou divertimento público, bem como a exibição pública de filmes anúncio ou *trailers* e a distribuição de obras cinematográficas e de videogramas, sob qualquer forma, meio ou suporte, depende de prévia classificação etária.

3 — A classificação etária consiste em aconselhar a idade a partir da qual se considera que o conteúdo não é suscetível de provocar dano prejudicial ao desenvolvi-

mento psíquico ou de influir negativamente na formação da personalidade dos menores em causa.

4 — Os programas televisivos objeto de autorregulação por força da legislação específica podem ser submetidos à comissão de classificação de acordo com os critérios e procedimentos previstos no presente decreto-lei, por iniciativa dos interessados.

5 — Os cartazes ou quaisquer outros meios de publicidade de espetáculos de natureza artística e divertimentos públicos ou de videogramas devem conter a menção da classificação etária atribuída.

Artigo 23.º

Comissão de classificação

1 — A comissão de classificação é o órgão competente para a classificação de espetáculos de natureza artística e de divertimentos públicos.

2 — Compete à comissão de classificação aprovar e publicitar os critérios gerais de classificação.

3 — A comissão de classificação pode adotar, em casos específicos, mediante fundamentação adequada, sistemas de classificação recomendados pelas melhores práticas internacionais, desde que não colidam com os princípios de proteção de menores e de defesa do consumidor.

Artigo 24.º

Procedimento de classificação

1 — A atribuição de classificação depende de requerimento dirigido ao presidente da comissão de classificação e deve ser decidida no prazo de 15 dias úteis, contado da regular apresentação do respetivo pedido.

2 — Das deliberações da comissão de classificação cabe recurso para o membro do Governo responsável pela área da cultura, a interpor no prazo de 10 dias úteis a contar da respetiva notificação.

3 — No silêncio da autoridade competente o requerente pode recorrer aos tribunais administrativos para obter sentença de condenação para a prática de ato devido.

Artigo 25.º

Escalões etários

1 — A classificação etária obedece aos seguintes escalões:

- a) Para todos os públicos;
- b) Para maiores de 3 anos;
- c) Para maiores de 6 anos;
- d) Para maiores de 12 anos;
- e) Para maiores de 14 anos;
- f) Para maiores de 16 anos;
- g) Para maiores de 18 anos.

2 — O escalão «Para todos os públicos» aplica-se aos espetáculos especialmente vocacionados para crianças, com idade igual ou inferior a 3 anos, nas condições previstas no artigo seguinte.

3 — Os espetáculos e divertimentos públicos são ainda classificados «Para maiores de 18 anos — Pornográfico» sempre que possuam conteúdos considerados pornográficos, de acordo com os critérios fixados pela comissão.

Artigo 26.º

Acesso aos espetáculos de natureza artística

1 — Os menores de três anos só podem assistir aos espetáculos classificados «Para todos os públicos» desde que a lotação do recinto seja reduzida em 20 %.

2 — Para efeitos da determinação do número de lugares correspondente à redução da lotação prevista no número anterior, devem ser considerados todos os espectadores independentemente da idade.

Artigo 27.º

Classificações especiais

1 — Salvo parecer em contrário da comissão de classificação, são classificados:

- a) Para maiores de 3 anos, os espetáculos de circo;
- b) Para maiores de 6 anos, espetáculos de música, de dança, desportivos e similares;
- c) Para maiores de 12 anos, os espetáculos tauromáquicos;
- d) Para maiores de 16 anos, a frequência de discotecas e similares.

2 — Quando o mesmo espetáculo integre cruzamentos artísticos, a classificação etária do espetáculo é determinada pelo escalão mais elevado atribuído.

3 — O disposto no número anterior é igualmente aplicável quando no mesmo recinto ou local decorram, em simultâneo, espetáculos não classificados para o mesmo grupo etário e não seja possível delimitar a mobilidade dos espectadores nos espaços onde decorrem.

4 — As classificações previstas no presente artigo podem ser alteradas para escalão diverso quando, por iniciativa da comissão de classificação ou por requerimento fundamentado do promotor ou ainda das autoridades policiais ou administrativas locais, se conclua que as características do espetáculo, do recinto ou do local o aconselham.

Artigo 28.º

Classificação de obras cinematográficas

1 — O requerimento para a classificação de obras cinematográficas é apresentado pelos titulares dos direitos de exploração e instruído com os seguintes elementos:

- a) Título da obra em original e em português;
- b) Ficha técnica e artística;
- c) Nome do tradutor;
- d) Ano de produção e país de origem;
- e) Resumo do argumento;
- f) Documento comprovativo da titularidade dos direitos de exploração;
- g) Suporte apresentado em película ou em qualquer outro formato que permita visualizar o conteúdo a classificar legendado ou dobrado em português.

2 — A legendagem ou a dobragem de obras cinematográficas pode ser dispensada por motivos atendíveis e desde que o público seja informado, devendo para o efeito tal constar nos meios de publicidade e junto das bilheteiras ou das entradas do recinto.

3 — A classificação das obras cinematográficas destinadas a exibição em festivais ou ciclos de cinema, que não tenham sido objeto de classificação, deve ser proposta

pela entidade requerente com base nos critérios gerais de classificação.

4 — Assiste à comissão de classificação a faculdade de atribuir classificação diversa em caso de dúvida ou de não concordância com a proposta do requerente nos termos do número anterior.

5 — A classificação prevista nos n.ºs 3 e 4 destina-se, apenas, ao espetáculo para o qual foi atribuída.

6 — Qualquer alteração ao conteúdo da obra cinematográfica, incluindo montagem, dobragem ou legendagem, determina que a mesma seja submetida a novo procedimento de classificação etária.

Artigo 29.º

Classificação de videogramas

1 — O requerimento para a classificação de videogramas apresentado pelos titulares dos direitos de exploração do videograma destinado a exibição pública ou a distribuição, deve ser acompanhado de um exemplar, e instruído com os seguintes elementos:

- a) Título da obra na língua original e em português, caso esta não seja a língua original;
- b) Ficha técnica e artística;
- c) Nome do tradutor, quando aplicável;
- d) Resumo do argumento ou do conteúdo;
- e) Ano de produção e país de origem;
- f) Documento comprovativo da titularidade dos direitos de exploração;
- g) Projeto de capa do videograma a distribuir.

2 — Os videogramas correspondentes a videojogos ou a jogos de computador são identificados pelo título, pelo editor e pela consola ou plataforma.

3 — O exemplar do videograma distribuído no mercado não pode ter conteúdo diferente do classificado.

4 — Na falta ou desconformidade de algum dos documentos ou elementos previstos no n.º 1, a IGAC convida o requerente a, no prazo de 5 dias úteis contado da data da receção do requerimento, suprir a falta, em prazo não superior a 10 dias úteis.

5 — O processo apenas se considera instruído na data da receção do último dos documentos ou elementos em falta.

6 — A classificação de videogramas, cujo conteúdo tenha sido previamente classificado mantém, oficiosamente, a mesma classificação.

Artigo 30.º

Título da obra cinematográfica ou audiovisual

1 — As obras cinematográficas ou audiovisuais distribuídas em Portugal devem, em regra, ser registadas com o título em português.

2 — O título da obra cinematográfica ou audiovisual deve ser traduzido ou adaptado para língua portuguesa e não pode ser igual a outro já atribuído a obra cinematográfica ou audiovisual.

3 — Excetua-se do disposto no número anterior, e desde que tal se encontre demonstrado, as seguintes situações:

- a) Tradução literal do título original;
- b) Adaptação de obras literárias estrangeiras editadas com tradução portuguesa que mantêm o título original;

- c) Nomes de personagens, locais geográficos, acontecimentos históricos ou expressões idiomáticas;
- d) Edição de obras registadas com o mesmo título original;
- e) Títulos originais cuja tradução não se afigure possível;
- f) Títulos originais cuja tradução o autor não autorize;
- g) Utilização de título já existente, com diferente argumento, desde que expressamente autorizado pelo autor ou titular do direito de distribuição.

4 — A reserva de um título em português é válida pelo período máximo de um ano antes da distribuição da obra em território nacional.

5 — Após a classificação da obra, o título em português não pode sofrer alterações.

6 — O disposto neste artigo não se aplica aos videogramas importados e, como tal, distribuídos e comercializados.

Artigo 31.º

Classificação de espetáculos teatrais e de ópera

1 — A classificação dos espetáculos teatrais e de ópera deve ser proposta pelo promotor ou encenador do espetáculo com base nos critérios gerais de classificação e atender, em especial, à exploração das formas de expressão verbal e corporal, bem como à encenação e cenografia.

2 — Assiste à comissão de classificação a faculdade de atribuir classificação diferente da proposta, em caso de dúvida sobre os critérios seguidos pelo promotor ou encenador do espetáculo.

3 — O pedido de classificação deve ser acompanhado dos seguintes elementos:

- a) Texto em português da peça a representar ou resumo do libreto da ópera;
- b) Descrição das principais características da encenação e cenografia do espetáculo.

4 — Os espetáculos teatrais sem texto prévio escrito ou os espetáculos de improviso são classificados para maiores de 16 anos, salvo deliberação em contrário da comissão de classificação, mediante proposta fundamentada do promotor do espetáculo.

5 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, são classificados para maiores de 16 anos os espetáculos de teatro ou de ópera submetidos em língua estrangeira, salvo proposta fundamentada do promotor para atribuição de escalão etário diferente.

6 — As alterações ou variantes aos elementos de encenação e cenografia do espetáculo classificado devem ser comunicadas à IGAC, sempre que sejam suscetíveis de interferir com os critérios seguidos na primeira classificação.

7 — Assiste à comissão de classificação a faculdade de efetuar o visionamento dos espetáculos teatrais e de ópera sempre que considere justificável e existam dúvidas sobre a classificação a atribuir.

8 — O disposto nos números anteriores aplica-se, com as necessárias adaptações, aos festivais de teatro ou de ópera ou a qualquer conjunto organizado de espetáculos de natureza artística.

Artigo 32.º

Outros espetáculos

A classificação de espetáculos não previstos nos artigos anteriores é efetuada nos termos previstos para os espetáculos de teatro e de ópera, com as necessárias adaptações.

CAPÍTULO V

Delegados municipais da IGAC

Artigo 33.º

Delegados municipais da IGAC

1 — São delegados municipais da IGAC os trabalhadores das câmaras municipais, preferencialmente de entre as especialidades de arquitetura e engenharia civil, designados para o efeito pelo respetivo presidente, em regime de acumulação de funções públicas, podendo esta função cessar a todo o tempo, por iniciativa do presidente da câmara municipal ou sob proposta fundamentada do inspetor-geral das Atividades Culturais.

2 — Compete aos delegados municipais da IGAC integrar as comissões de vistorias, sempre que determinado pelo inspetor-geral das Atividades Culturais.

3 — Os delegados municipais estão impedidos de exercer atividades ou funções, a qualquer título, em representação de promotores de espetáculos ou entidades de gestão coletiva do direito de autor ou dos direitos conexos.

4 — A remuneração dos delegados municipais é fixada por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da cultura e das finanças.

CAPÍTULO VI

Fiscalização e taxas

Artigo 34.º

Fiscalização

1 — A fiscalização do cumprimento do disposto no presente decreto-lei compete à IGAC e a outras autoridades públicas e policiais no âmbito das respetivas atribuições.

2 — As autoridades públicas e policiais que verificarem infrações ao disposto no presente decreto-lei devem participá-las à IGAC.

3 — As entidades sujeitas a fiscalização devem prestar toda a colaboração solicitada por qualquer das entidades fiscalizadoras referidas no n.º 1.

4 — Nos recintos de espetáculos de natureza artística deve ser reservado um mínimo de dois lugares para as entidades que exercem funções de superintendência e fiscalização, que devem ser utilizados exclusivamente quando estas estejam no exercício das respetivas funções.

5 — Os bilhetes correspondentes aos lugares reservados que não forem requisitados pelas entidades a que se destinam até uma hora antes do início do espetáculo podem ser colocados à venda.

6 — Sem prejuízo do disposto no n.º 4, os trabalhadores das entidades a que se refere o n.º 1, quando no exercício da sua atividade de fiscalização ou superintendência, têm acesso aos locais objeto de fiscalização, sem direito a ocupação de lugar ou à permanência nos recintos para além do tempo estritamente indispensável ao exercício das suas funções, podendo permanecer nas coxias.

Artigo 35.º

Taxas

1 — Os procedimentos administrativos tendentes ao registo de promotor, à apreciação da mera comunicação prévia de espetáculos, à emissão de pareceres obrigatórios, à apreciação da mera comunicação prévia para obtenção de DIR e das comunicações para os respetivos averbamentos, às vistorias e inspeções periódicas e à classificação de espetáculos de natureza artística e de divertimentos públicos, previstos no presente decreto-lei, implicam o pagamento de taxas, nos termos a fixar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da cultura.

2 — As taxas previstas no número anterior constituem receita da IGAC.

3 — Estão isentos do pagamento das taxas relativas ao registo de promotor e à mera comunicação prévia de espetáculos:

- a) Os serviços e organismos da administração central do Estado;
- b) As autarquias locais;
- c) As demais pessoas coletivas públicas, ou privadas de utilidade pública, cujos fins principais incluam a realização de espetáculos de natureza artística;
- d) As instituições particulares de solidariedade social;
- e) Os espetáculos de natureza artística cuja receita reverta integralmente para fins beneficentes ou humanitários.

CAPÍTULO VII

Regime sancionatório

Artigo 36.º

Contraordenações

1 — Constitui contraordenação punível com coima entre 250,00 EUR e 2.500,00 EUR no caso das pessoas singulares, e de 500,00 EUR a 15.000,00 EUR no caso das pessoas coletivas, a violação do disposto no n.º 4 do artigo 3.º, no n.º 2 do artigo 4.º, no n.º 1 do artigo 6.º, nos n.ºs 1 e 3 do artigo 7.º, nos n.ºs 1, 3 e 5 do artigo 8.º, no artigo 9.º, nos n.ºs 3 e 5 do artigo 10.º, do n.º 7 do artigo 16.º, no n.º 2 do artigo 18.º, no n.º 5 do artigo 22.º, no n.º 2 do artigo 27.º, nos n.ºs 2 e 6 do artigo 28.º, no n.º 6 do artigo 31.º e no n.º 4 do artigo 34.º

2 — Constitui contraordenação punível com coima entre 600,00 EUR e 3.000,00 EUR no caso das pessoas singulares, e de 1.200,00 EUR a 30.000,00 EUR no caso das pessoas coletivas, a violação do disposto no n.º 1 do artigo 3.º, do n.º 1 artigo 4.º, no n.º 1 do artigo 5.º, nos n.ºs 2 e 6 do artigo 8.º, no n.º 1 do artigo 12.º, nos n.ºs 1 e 2 do artigo 13.º, n.ºs 1 e 2 do artigo 14.º, no n.ºs 1 e 6 do artigo 16.º, no n.º 3 do artigo 21.º, no n.º 2 do artigo 22.º no n.º 1 do artigo 26.º, no n.º 3 do artigo 29.º e no n.º 5 do artigo 30.º

3 — A negligência e a tentativa são puníveis, sendo os montantes mínimos e máximos das coimas aplicáveis nos termos dos n.ºs 1 e 2 reduzidos para metade, em caso de negligência, e a sanção especialmente atenuada, em caso de tentativa.

4 — Em função da gravidade da infração e da culpa do infrator, podem ser aplicadas as sanções acessórias previstas nas alíneas b), f) e g) do n.º 1 do artigo 21.º e do regime geral das contraordenações, aprovado pelo Decreto-

-Lei n.º 433/82, de 27 de outubro, nos termos previstos no referido regime.

Artigo 37.º

Sanções acessórias

1 — Em função da gravidade da infração e da culpa do agente, podem ser aplicadas, simultaneamente com a coima, as seguintes sanções acessórias:

- a) Interdição do exercício da atividade de promotor de espetáculos;
- b) Encerramento de estabelecimento cujo funcionamento esteja sujeito a autorização ou licença de autoridade administrativa;
- c) Suspensão da licença de recinto.

2 — As sanções acessórias têm a duração máxima de dois anos.

Artigo 38.º

Produto das coimas

O produto das coimas resultante dos processos de contraordenação instaurados com base no presente decreto-lei é repartido da seguinte forma:

- a) 10 % para a entidade que levanta o auto de notícia;
- b) 30 % para a IGAC;
- c) 60 % para o Estado.

Artigo 39.º

Instrução dos processos e aplicação das coimas

Compete à IGAC assegurar a instrução dos processos de contraordenação, cabendo a decisão sobre a aplicação da coima e das sanções acessórias ao inspetor-geral das Atividades Culturais.

CAPÍTULO VIII

Disposições transitórias e finais

Artigo 40.º

Regulamentação

A portaria prevista no n.º 1 do artigo 35.º deve ser publicada no prazo de 90 dias a contar da entrada em vigor do presente decreto-lei.

Artigo 41.º

Alvará de licença de recinto

1 — Os alvarás de licença de recinto emitidos ao abrigo do regime constante do Decreto-Lei n.º 315/95, de 28 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 309/2002, de 16 de dezembro, mantêm-se válidos até à realização da inspeção periódica nos termos do artigo 20.º

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, a entidade exploradora do recinto deve remeter à IGAC, no prazo de 30 dias a contar da data de entrada em vigor do presente decreto-lei, cópia do seguro previsto na alínea i) do n.º 2 do artigo 16.º

3 — As taxas pagas pelos pedidos de vistoria efetuados ao abrigo do regime previsto no Decreto-Lei n.º 315/95, de 28 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 309/2002,

de 16 de dezembro, para efeitos de emissão de alvará de licença de recinto ou sua revalidação, e que ainda não tinham sido realizadas, substituem a taxa devida pela inspeção periódica prevista no n.º 4 do artigo 20.º

Artigo 42.º

Reconhecimento mútuo

1 — Nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, não pode haver duplicação entre as condições exigíveis para o cumprimento dos procedimentos previstos no presente decreto-lei e os requisitos e os controlos equivalentes, ou comparáveis quanto à finalidade, a que o requerente já tenha sido submetido em Portugal ou noutro Estado-membro da União Europeia ou do Espaço Económico Europeu.

2 — O disposto no número anterior não é aplicável ao cumprimento das condições diretamente referentes às instalações físicas localizadas em território nacional, nem aos respetivos controlos por autoridade competente.

3 — O disposto no n.º 1 não é igualmente aplicável aos procedimentos de classificação de espetáculos de natureza artística e de divertimentos públicos.

Artigo 43.º

Desmaterialização de procedimentos

1 — Todos os pedidos, comunicações e notificações, ou, em geral, quaisquer declarações entre os interessados e as autoridades competentes nos procedimentos previstos no presente decreto-lei devem ser efetuados através do balcão único eletrónico dos serviços, a que se refere o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho.

2 — Excluem-se do disposto no número anterior:

a) Os procedimentos que devam ser tramitados na plataforma prevista no artigo 8.º-A do RJUE;

b) Os materiais para a instrução dos procedimentos que, pela sua natureza, não possam ser enviados por via eletrónica.

3 — Quando, por motivos de indisponibilidade do balcão único eletrónico dos serviços, não for possível o cumprimento do disposto no n.º 1, pode ser utilizado qualquer outro meio legalmente admissível.

4 — Os procedimentos específicos de utilização e funcionamento dos mecanismos previstos no n.º 1 são aprovados por portaria do membro do Governo responsável pela área da cultura.

Artigo 44.º

Cooperação administrativa

As autoridades competentes nos termos do presente decreto-lei participam na cooperação administrativa, no âmbito dos procedimentos relativos a prestadores provenientes de outro Estado-membro, nos termos do capítulo VI do Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, nomeadamente através do Sistema de Informação do Mercado Interno (IMI).

Artigo 45.º

Norma transitória

Até à aprovação do regime a que se refere o n.º 1 do artigo 19.º, a realização ocasional de atividades de natureza artística e de outros espetáculos ou divertimentos

não artísticos em recinto fixo espetáculos de natureza artística diversa, continua a ser regida pelo Decreto-Lei n.º 315/95, de 28 de novembro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 309/2002, de 16 de dezembro, e 121/2004, de 21 de maio.

Artigo 46.º

Norma revogatória

1 — São revogados:

a) O Decreto-Lei n.º 396/82, de 21 de setembro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 116/83, de 24 de fevereiro, e 456/85, de 29 de outubro;

b) Os n.ºs 2 e 3 do artigo 3.º, os artigos 4.º e 7.º, e o n.º 1 do artigo 14.º, do Decreto-Lei n.º 39/88, de 6 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 121/2004, de 21 de maio;

c) O Decreto-Lei n.º 315/95, de 28 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 309/2002, de 16 de dezembro;

d) O artigo 59.º do Decreto-Lei n.º 227/2006, de 15 de novembro.

2 — Até à entrada em vigor da portaria prevista no n.º 1 do artigo 35.º e à aprovação do despacho a que se refere o n.º 5 do artigo 33.º, mantêm-se em vigor o Decreto Regulamentar n.º 34/95, de 16 de dezembro, a Portaria n.º 238/2011, de 16 de junho, no que se refere às taxas previstas no presente decreto-lei, bem como o Despacho n.º 203/MEC/86, de 8 de novembro, que fixa a remuneração dos delegados municipais.

Artigo 47.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no prazo de 60 dias após a respetiva publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 5 de dezembro de 2013. — *Pedro Passos Coelho* — *Maria Luís Casanova Morgado Dias de Albuquerque* — *Luís Miguel Poiares Pessoa Maduro* — *António de Magalhães Pires de Lima*.

Promulgado em 7 de fevereiro de 2014.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 11 de fevereiro de 2014.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 13/2014

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 81-C/2013, de 29 de novembro, autorizou a aquisição pela Direção-Geral do Tesouro e Finanças, em representação do Estado Português, ao Município de Lisboa, de dois prédios urbanos onde se encontra parcialmente implantado o Centro Cultural de Belém.

Nos termos da referida resolução, foi ainda autorizada a despesa pelo montante global de 6 000 000,00 EUR, a realizar nos anos económicos de 2013 e de 2014.

Não obstante ter sido autorizada a realização de uma parte da despesa no ano de 2013, o contrato encontrava-se sujeito a fiscalização prévia do Tribunal de Contas, cuja decisão apenas foi comunicada no ano de 2014.