

Relatório Anual

2014

A Situação do País em Matéria de
Drogas e Toxicodependências

Caracterização e Evolução da Situação

Relatório Anual 2014

A Situação do País em Matéria de
Drogas e Toxicodependências

Ficha Técnica

Título: **Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências**

Autor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências:
Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Morada: Avenida da República n.º 61 - do 1.º ao 3.º e do 7.º ao 9.º. 1050-189 Lisboa

Edição: 2015

Impressão:

Depósito Legal:

Tiragem:

Esta informação está disponível no sítio *web* do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, <http://www.sicad.pt>.

Índice

Agradecimentos	5
Preâmbulo	7
Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos e Problemas relacionados	11
1. Alguns Resultados de Estudos	17
2. Tratamento	41
3. Doenças Infecciosas	51
3.1. Notificações da infeção VIH/SIDA	51
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência	56
4. Mortalidade	63
5. Contraordenações	73
5.1. Processos e Decisões	73
5.2. Indivíduos	79
Oferta	81
1. Alguns Resultados de Estudos	85
2. Apreensões Policiais	89
2.1. Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços	89
2.2. Presumíveis Infratores	93
3. Decisões Judiciais	99
4. Reclusões	107
Tendências por Drogas	111
1. Cannabis	115
1.1. Consumos e Problemas relacionados	115
1.2. Oferta	121
2. Cocaína	125
2.1. Consumos e Problemas relacionados	125
2.2. Oferta	130
3. Heroína / Opiáceos	133

3.1. Consumos e Problemas relacionados	133
3.2. Oferta	138
4. Ecstasy	141
4.1. Consumos e Problemas relacionados	141
4.2. Oferta	145
5. Outras Drogas e Policonsumos	149
5.1. Consumos e Problemas relacionados	149
5.2. Oferta	154
Fontes	159
Referências Bibliográficas	161
Sinais Convencionais	165
Lista de Siglas e Abreviaturas	167
Definição de Termos	171
Índice de Quadros	173
Índice de Figuras	175

A Equipa da Divisão de Estatística e Investigação agradece aos colegas de outras Divisões e Equipas do SICAD, bem como às Equipas Técnicas dos Serviços fonte dos dados, a excelente articulação institucional e contributos para esta publicação. Estamos certos de que o esforço continuado de todos os intervenientes para a disponibilização de melhor informação, contribuirá para uma cidadania esclarecida.

Divisão de Estatística e Investigação do SICAD

Equipa Responsável

Coordenação e Redação: Carla Ribeiro

Estatístico: Catarina Guerreiro

Equipa de Apoio Técnico

Geral: Liliana Ferreira

Temático: Anabela Bento, Helena Neto, Lúcia Dias, Rosário Mendes

Preâmbulo

Este relatório compila dados oriundos de numerosos organismos-fonte e pretende fornecer elementos de apoio à decisão política e ao planeamento da intervenção. Estando em plena vigência, em 2014, o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, o relatório representa também um referencial importante no acompanhamento regular da implementação das ações programadas no Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016 no que concerne às substâncias ilícitas, constituindo-se assim como um instrumento imprescindível para a avaliação das políticas nesta matéria.

Em 2014 consolidaram-se as mudanças ocorridas nas estruturas dedicadas a estas problemáticas, tendo sido interiorizadas e agilizadas as formas de colaboração e articulação decorrentes do novo quadro organizativo. Os Profissionais que atuam nestas áreas, a maioria dos quais hoje integrados nas ARS, responderam com elevado espírito de missão na implementação das iniciativas e ações planeadas, no respeito pela essência de um modelo de organização e de práticas desenvolvido e testado ao longo de décadas.

Reconhecendo a papel primordial do Conhecimento na melhoria da intervenção em CAD, quer como suporte ao desenho das intervenções, quer à avaliação de políticas, dispositivos e respostas, foi dado novo impulso ao desenvolvimento de estudos em variados contextos, bem como à recolha e compilação de informação dispersa, nomeadamente oriunda do meio académico.

Compete ao SICAD apoiar o Coordenador Nacional na elaboração do *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências* a apresentar anualmente à Assembleia da República e ao Governo Português. Tal não seria, no entanto, possível sem os contributos dos Coordenadores das Subcomissões da Comissão Técnica Interministerial e de todos os representantes das entidades parceiras, a quem é devido um caloroso agradecimento.

Enquanto Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, quero deixar uma palavra de profundo reconhecimento e agradecimento a todos os Profissionais e Serviços com responsabilidades no planeamento e implementação das políticas e intervenções nestas áreas, estando certo que o reforço da cooperação permitirá consolidar os progressos que vimos alcançando e manter o papel de referência internacional que o nosso País tem constituído.

Lisboa, 29 de dezembro de 2015

O Coordenador Nacional para os Problemas da Droga,
das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool



João Castel-Branco Goulão

Caracterização e Evolução da Situação

Consumos e Problemas relacionados

Desde 2005, início do anterior ciclo estratégico, foram realizados diversos estudos epidemiológicos nacionais que permitem a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional, designadamente na população geral (2007 e 2012), na população reclusa (2007 e 2014), em populações escolares (2006, 2007, 2010, 2011 e 2014) e na população condutora (2008-2009), quase todos inseridos em projetos iniciados antes de 2005, com exceção do estudo na população condutora.

No estudo realizado em 2012 na **população geral** residente em Portugal (15-64 anos), a cannabis, o ecstasy e a cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo) respetivamente de 9,4%, 1,3% e 1,2%. Entre 2007 e 2012, no conjunto da população portuguesa verificou-se, para quase todas as drogas, uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida (a de *qualquer droga* passou de 12% para 9,5%) e de consumo recente (a de *qualquer droga* passou de 3,7% para 2,7%), bem como uma diminuição das taxas de continuidade dos consumos (a de *qualquer droga* passou de 31% para 28%). De um modo geral, a população jovem adulta (15-34 anos) apresentou prevalências de consumo ao longo da vida, de consumos recentes e taxas de continuidade dos consumos mais elevadas do que a população total. Cerca de 0,7% da população de 15-64 anos e 1,2% da população jovem adulta residente em Portugal apresentavam sintomas de dependência do consumo de cannabis, correspondendo a cerca de um quarto dos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses. A análise por sexo evidenciou prevalências de consumo ao longo da vida e de consumo recente mais elevadas nos homens, para todas as drogas, apesar de alguns consumos no grupo feminino terem aumentado entre 2007 e 2012, contrariamente ao padrão geral de evolução. Lisboa, a Região Autónoma dos Açores e o Alentejo, foram as regiões (NUTS II) que apresentaram prevalências de consumo de *qualquer droga* ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima das médias nacionais, na população total e na jovem adulta. Em 2012, Portugal continuava a apresentar prevalências de consumo de substâncias ilícitas abaixo dos valores médios europeus.

Quanto às novas substâncias psicoativas, em 2012, cerca de 0,4% da população portuguesa (0,9% da população jovem adulta) já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida e 0,1% nos últimos 12 meses (0,3% da população jovem adulta). À semelhança das substâncias ilícitas, os consumidores eram maioritariamente jovens e do sexo masculino, e Lisboa, Açores e o Alentejo apresentaram prevalências de consumo ao longo da vida acima da média nacional.

Recentemente foi realizado um outro estudo periódico que permite a análise de tendências no contexto nacional e europeu, sobre as estimativas do consumo problemático/de alto risco de drogas. As estimativas de 2012 apontavam, a nível de Portugal Continental, para taxas por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 7,1‰ para os consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas, e de 2,2‰ para os consumidores recentes de drogas por via endovenosa. A tendência para a redução do número estimado de consumidores problemáticos entre os estudos realizados em 2000 e 2005, é de novo verificável entre 2005 e 2012, para estas duas definições de caso. Em 2012, a estimativa encontrada do número de consumidores recentes de cocaína foi superior à de consumidores recentes de opiáceos. Foi também realizada pela primeira vez em Portugal uma estimativa do consumo de alto risco de cannabis, cujos resultados apontam, em 2012, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem dos 7,0‰ para os consumidores de alto risco de cannabis em Portugal.

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Young People and drugs*, realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos, a cannabis é a droga ilícita a que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde (34% para o *consumo ocasional* e 74% para o *consumo regular* de cannabis). A evolução destas perceções entre 2011 e 2014 evidencia, por parte dos jovens portugueses, e contrariamente à tendência europeia, uma maior atribuição de *risco elevado* para a saúde em relação às várias substâncias e tipos de consumo, com especial relevo no caso da cannabis.

No contexto das **populações escolares**, os resultados dos estudos nacionais evidenciaram que o consumo de drogas que vinha aumentando desde os anos 90 diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, constatando-se em 2010 e 2011 novamente um aumento. Nos estudos realizados em 2010 e 2011, a cannabis continuava a ser a droga preferencialmente consumida (prevalências de consumo ao longo da vida que variaram entre 2,3% nos alunos de 13 anos e 29,7% nos de 18 anos), com valores próximos às prevalências de consumo de *qualquer droga* (entre 4,4% nos alunos de 13 anos e 31,2% nos de 18 anos). Seguiam-se-lhe com prevalências de consumo ao longo da vida bastante inferiores, a cocaína, o ecstasy e as anfetaminas entre os alunos mais novos, e as anfetaminas, LSD e ecstasy entre os mais velhos. Apesar dos aumentos registados nas prevalências de consumo de drogas de 2006/2007 para 2010/2011 - sobretudo de cannabis mas também de outras drogas particularmente de LSD -, as prevalências de consumo de *qualquer droga* entre os alunos mais novos (13-15 anos) mantiveram-se aquém das registadas entre 2001 e 2003. Em 2014, nos resultados do HBSC/OMS 2014 relativos aos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, a cannabis continua a apresentar as maiores prevalências de consumo (8,8% dos alunos já experimentaram), e as restantes substâncias continuam a ter prevalências de consumo bastante inferiores (entre os 2,0% e os 2,5%). São de assinalar as declarações de experimentação de *produtos usados como doping* (2,3%) e de *smart drugs* (2,1%), enquanto indicadores de tendências emergentes. Constataram-se tendências de estabilidade e até decréscimo de alguns consumos face a 2010, o que se espera vir a ser confirmado com os resultados do ESPAD 2015 e ECATD 2015, já que são tendências muito positivas face ao crescente dinamismo dos mercados de substâncias ilícitas à escala global.

Entre 2007 e 2011, aumentou o risco percebido associado ao consumo regular de drogas entre os estudantes de 16 anos, considerando os alunos portugueses mais arriscado esse consumo do que a média europeia.

Os resultados do estudo nacional realizado em 2014 na **população reclusa** evidenciaram prevalências de consumo de *qualquer droga* superiores às registadas na população geral: 69% dos reclusos disseram já ter consumido uma *qualquer droga* ao longo da vida e 30% durante a atual reclusão. Tal como nos estudos anteriores, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo, quer alguma vez na vida (56%), quer na atual reclusão (28%), ou ainda, nos últimos 12 meses na atual reclusão (24%). As restantes substâncias registaram prevalências de consumo inferiores, e muito em particular se se considerar o contexto da atual reclusão. Com efeito, durante a atual reclusão, as prevalências de consumo das outras substâncias foram todas inferiores a 10%, sendo as mais elevadas a de cocaína (8,3%), da heroína (7,5%) e a dos hipnóticos/sedativos sem receita médica (4,0%). O consumo de NSP - *novas substâncias psicoativas* – registou prevalências de consumo alguma vez na vida (4,1%) e alguma vez na atual reclusão (1,6%), ligeiramente inferiores às dos esteroides anabolizantes (respetivamente 4,8% e 1,9%).

Entre 2007 e 2014 constata-se uma estabilidade e diminuição das prevalências de consumo para as substâncias comparáveis entre os dois estudos, sendo de notar a descida do consumo de heroína, ao nível das prevalências de consumo ao longo da vida e durante a atual reclusão.

Quanto ao consumo de droga injetada, em 2014, cerca de 14% dos reclusos inquiridos declararam já ter tido esta prática alguma vez ao longo da sua vida e 3,7% durante a atual reclusão. Menos de 1% declarou tê-lo feito nos últimos 30 dias na atual reclusão. Entre as substâncias com mais consumo injetado durante a atual reclusão encontram-se as cocaínas, a heroína e os esteroides anabolizantes. Entre 2007 e 2014 verifica-se uma redução desta prática, com particular relevo a nível das prevalências de consumo ao longo da vida, consolidando assim a acentuada quebra registada entre 2001 e 2007.

Cerca de 7% dos reclusos (11% dos consumidores) declararam já ter tido alguma *overdose* fora da prisão e 2,1% em contexto de reclusão.

Pela primeira vez em Portugal, foi realizado no ciclo estratégico 2005-2012 um estudo epidemiológico na **população condutora** sobre a prevalência de álcool, drogas e medicamentos, inserido num projeto europeu. Nos condutores em geral, em 2008/2009, a prevalência de consumo de *qualquer droga ilícita* foi de 1,6%, sendo a droga mais prevalente a cannabis (1,4%). A de opiáceos ilícitos foi de 0,2% e a de cocaína de 0,03%. Portugal apresentou uma prevalência de *qualquer droga ilícita* inferior à média europeia (1,9%), apesar da de cannabis ser muito idêntica e a de opiáceos ilícitos ser superior às correspondentes médias europeias. A prevalência de associação de álcool com outras substâncias psicoativas (0,4%) foi semelhante à média europeia, e de associação de substâncias psicoativas sem álcool (0,2%) aquém dessa média. Nos condutores mortos em acidentes de viação, as drogas ilícitas mais prevalentes em Portugal foram a cannabis (4,2%) e a cocaína (1,4%), com valores superiores aos dos outros três países do estudo, exceto a Noruega que apresentou uma maior prevalência de cannabis. Em contrapartida, a de anfetaminas foi nula, sendo nos outros países a droga ilícita mais prevalente. Quanto às associações destas substâncias, Portugal registou a segunda menor prevalência de associações com álcool (6,0%) e a menor de associações sem álcool (0,4%).

No âmbito do **tratamento da toxicodependência**, em 2014, no ambulatório da rede pública estiveram em tratamento 27 689 utentes, inscritos como utentes com problemas relacionados com o uso de drogas. Dos que iniciaram tratamento no ano, 1 803 eram utentes readmitidos e 1 950 eram novos utentes, ou seja, utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*). Em relação aos novos utentes, após os acréscimos registados entre 2010 e 2012, verifica-se nos últimos três anos uma tendência para a estabilidade no número destes utentes. Cerca de metade destes tinham como droga principal a cannabis, o que poderá refletir a maior articulação dos vários serviços interventores com vista a adequar as respostas às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população.

Em 2014, nas redes pública e licenciada registaram-se 793 internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabilitação (706 em UD públicas e 87 em UD licenciadas) e 2 256 em Comunidades Terapêuticas (61 em CT públicas e 2 195 em CT licenciadas), correspondendo respetivamente a 53% e a 66% do total de internamentos daquelas estruturas.

Quanto aos consumos, a heroína continua a ser a droga principal mais referida pelos utentes das diferentes estruturas, com exceção, tal como sucedido nos últimos anos, dos novos utentes em ambulatório em que foi a cannabis (49%), e dos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas em que a predominante foi a cocaína (61%). De um modo geral, nos últimos quatro anos por comparação com os anos anteriores, verifica-se uma tendência de aumento nas proporções de utentes que referem a cannabis e a cocaína como drogas principais.

Os indicadores relativos ao consumo de droga injetada e partilha de material deste tipo de consumo apontam para reduções destes comportamentos nos últimos anos por comparação com os anos anteriores. Em 2014, as prevalências dos consumos recentes de droga injetada variaram entre 3% e 22% nos utentes das diferentes estruturas, e as proporções de utentes com práticas recentes de partilha de material deste tipo de consumo variaram entre 0% e 35% nos subgrupos de injetores das diferentes estruturas. É de notar no entanto, a existência de algumas “bolsas de utentes” ainda com prevalências elevadas destas práticas.

Por outro lado, e sobretudo nos cinco últimos anos, constata-se uma maior heterogeneidade nas idades dos utentes que iniciaram tratamento no ambulatório, com um grupo cada vez mais jovem de novos utentes e, outro, de utentes readmitidos, cada vez mais envelhecido.

Tendo em consideração esta heterogeneidade dos perfis demográficos e de consumo dos utentes em tratamento, torna-se essencial reforçar a diversificação das respostas e continuar a apostar nas intervenções preventivas de comportamentos de consumo de risco.

No contexto do tratamento da toxicodependência no sistema prisional, em 2014 estiveram integrados 137 reclusos nos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência, e a 31/12/2014 estavam integrados 1 152 reclusos em Programas Farmacológicos, 1 115 com agonistas opiáceos e 37 com antagonistas opiáceos.

Desde o anterior ciclo estratégico que se verifica uma tendência de decréscimo no número de reclusos nos Programas Orientados para a Abstinência, reflexo da diminuição da procura destes programas por parte dos reclusos. Também se verifica nos últimos três anos uma ligeira

descida contínua do número de reclusos integrados nestes Programas, o que poderá estar relacionada com a eventual diminuição da procura de tratamento para o uso de opiáceos, evidenciada no estudo nacional realizado em 2014 na população reclusa. Por outro lado, têm vindo a surgir nos últimos anos outros tipos de respostas face a necessidades específicas de acompanhamento desta população reclusa, estando integrados a 31/12/2014, 185 reclusos em outras unidades / programas de tratamento da toxicodependência.

Relativamente às **doenças infecciosas** entre as populações em tratamento da toxicodependência em meio livre, em 2014, as prevalências nos vários grupos de utentes enquadram-se no padrão dos últimos anos - VIH+ (2% - 14%), VHC+ (18% - 61%) e AgHBs+ (1% - 5%) -, sendo superiores nos respetivos subgrupos de injetores - VIH+ (10% - 28%) e VHC+ (63% - 88%). Em 2014 verificou-se, tanto no total de utentes em ambulatório como nos respetivos subgrupos de injetores ao longo da vida, uma ligeira subida nas proporções de novas infeções face aos três anos anteriores, em que aquelas se mantiveram idênticas, após a tendência de descida registada até 2011. Em relação às hepatites B e C, as proporções de novas infeções não têm apresentado variações relevantes nos últimos anos. No contexto prisional, entre os reclusos em tratamento da toxicodependência, as prevalências de VIH+ (15%), VHC+ (56%) e AgHBs+ (3%), enquadram-se nos intervalos das prevalências encontradas em meio livre. Em ambos os contextos constata-se uma elevada comorbilidade de VIH+ e VHC+ nestas populações.

No âmbito das notificações da infeção por VIH, em 2014, os casos associados à toxicodependência representavam 36% do total das notificações de casos de infeção por VIH e 45% das notificações de casos de SIDA. À data da recolha de informação, tinham sido notificados 920 casos de infeção por VIH diagnosticados em 2014, 4% em categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência, e 249 casos de SIDA diagnosticados em 2014, 17% associados à toxicodependência. Continua a registar-se um decréscimo no número total de casos de infeção por VIH e de casos de SIDA diagnosticados anualmente, tendência que se mantém a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência. Considerando este decréscimo de novos casos de infeção por VIH associados à toxicodependência, bem como as melhorias implementadas nos últimos anos a nível da cobertura do rastreio e do acesso a cuidados de saúde das populações toxicodependentes, parece estar-se perante uma efetiva diminuição de "infeções recentes" neste grupo de risco, reflexo dos resultados das políticas implementadas, em particular designadamente na mudança de comportamentos de risco a nível do consumo injetado de drogas.

Importa continuar a investir no reforço das políticas promotoras do diagnóstico precoce e do acesso ao tratamento destas doenças por parte destas populações, com vista a potenciar os ganhos em saúde entretanto obtidos.

No que respeita à **mortalidade relacionada com o consumo de drogas**, a nível das estatísticas nacionais de mortalidade do INE, I.P., os dados de 2014 não estavam disponíveis à data da conclusão deste Relatório. Segundo o critério da Lista Sucinta Europeia, em 2013 ocorreram 10 mortes causadas por dependência de drogas, e segundo o critério do OEDT, registaram-se 28 mortes relacionadas com o consumo de drogas. Após o aumento contínuo registado entre 2006 e 2009 (2010 no caso do primeiro critério) que inverteu a tendência de decréscimo nos anos anteriores, verificam-se nos últimos anos oscilações anuais que dificultam a leitura de tendências, registando-se em 2013 variações díspares em relação a 2012, consoante o critério considerado - Lista Sucinta Europeia (descida) e Protocolo do OEDT (subida).

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2014, dos 220 óbitos com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito e com informação sobre a causa de morte, 33 (15%) foram considerados *overdoses* (+ 50% em relação a 2013), mantendo-se os valores dos últimos quatro anos muito aquém dos registados entre 2008 e 2010. Entre as substâncias detetadas nestas *overdoses*, é de destacar a presença de cocaína em 64% dos casos, seguindo-se-lhe os opiáceos (45%) e a metadona (42%). É de notar, enquanto tendência emergente, embora ainda com valores residuais, a ocorrência de casos de *overdose* com a presença de drogas sintéticas. Uma vez mais, na maioria (85%) das *overdoses* foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar em associação com as drogas ilícitas, as *overdoses* com a presença de álcool (21%) e benzodiazepinas (46%). Em relação às outras causas das mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito em 2014 (187 casos), foram maioritariamente atribuídas a acidentes (40%) tal como nos anos anteriores, seguindo-se-lhes a morte natural (35%), suicídio (17%) e homicídio (4%).

No que se refere à mortalidade relacionada com o VIH/SIDA e de acordo com as notificações de óbitos recebidas no INSA, em 2014 foram notificados 87 óbitos ocorridos no próprio ano em casos de infeção por VIH associados à toxicodependência, 57 em estadios SIDA. A distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia uma tendência decrescente no número de mortes ocorridas a partir de 2002, e a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência. No entanto, e apesar do evidente investimento no diagnóstico e tratamento da infeção por VIH na população toxicodependente, continua a verificar-se nos casos diagnosticados mais recentemente, uma mortalidade observada superior nas categorias de transmissão associadas à toxicodependência comparativamente aos restantes casos.

A nível das **contraordenações por consumo de drogas**, foram instaurados 9 059 processos relativos às ocorrências de 2014, representando o valor mais elevado desde 2001. À data da recolha de informação, 82% dos processos relativos às ocorrências de 2014 tinham decisão proferida (38% estavam suspensos e 44% arquivados), constatando-se nos últimos três anos um significativo aumento da capacidade decisória em relação aos anos anteriores, tanto mais relevante considerando que o número de processos em 2014 atingiu o valor mais elevado desde 2001. Entre as decisões proferidas uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (72%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (11%). Tal como nos anos anteriores, a maioria dos processos estavam relacionados com a posse de cannabis (84% só cannabis e 2% cannabis com outras drogas), o que é consistente com os resultados dos estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas em Portugal. Os perfis de consumo e demográficos predominantes desta população e a sua evolução nos últimos anos – nomeadamente mais consumidores não toxicodependentes, mais jovens e mais estudantes –, são indicadores das estratégias e abordagens específicas de sinalização e intervenção precoce, preconizadas no planeamento estratégico na área da dissuasão.

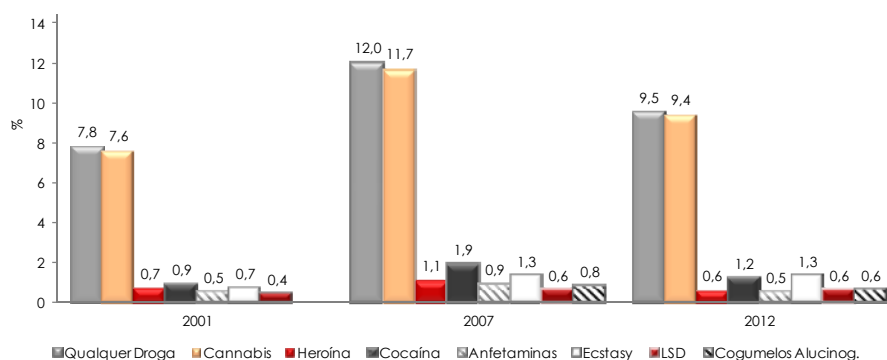
1. Alguns Resultados de Estudos¹

Entre os vários estudos realizados na área das drogas e toxicodependência, destacam-se neste capítulo os estudos epidemiológicos periódicos com representatividade nacional, que permitem a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional.

Contexto População Geral

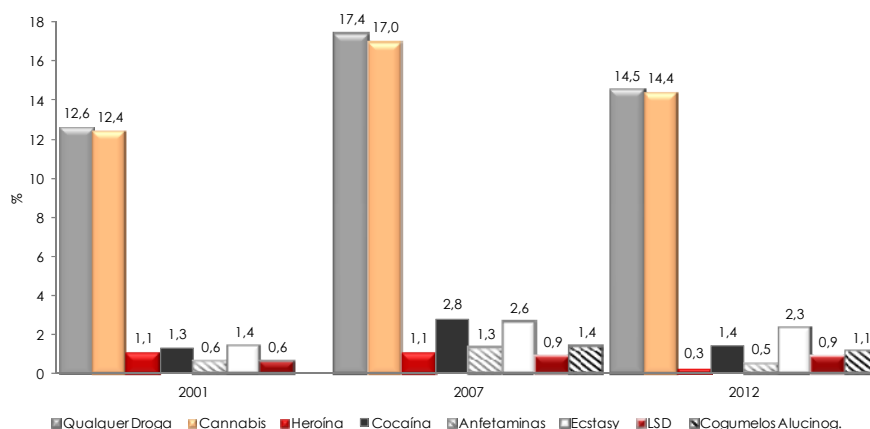
Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*², replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na população geral de 15 - 64 anos³ residente em Portugal.

Figura 1 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos)
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)
2001/2007/2012



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

Figura 2 - População Geral, Portugal – População Jovem Adulta (15-34 anos)
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)
2001/2007/2012



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

¹ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 19-38, disponível em <http://www.sicad.pt>

² Balsa *et al.*, 2014.

³ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

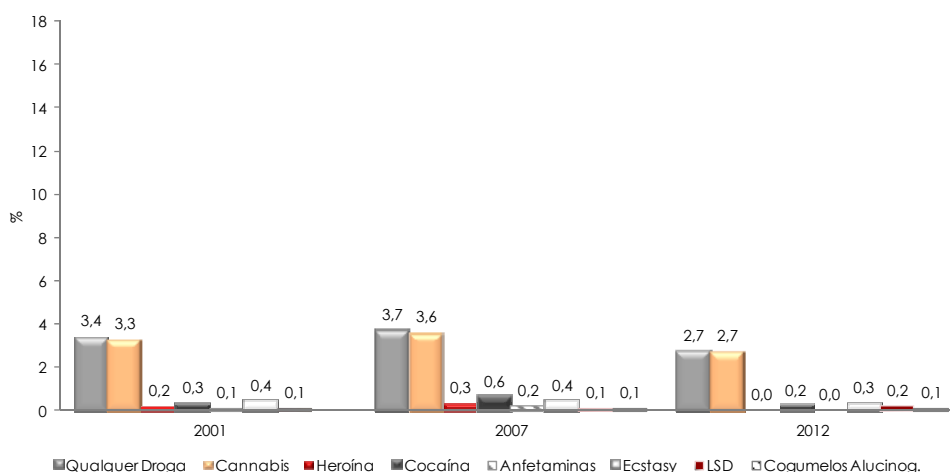
Em 2012, tal como em 2007 e 2001, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores **prevalências de consumo** ao longo da vida - pelo menos uma experiência de consumo na vida - e de consumo recente - nos últimos 12 meses à data da inquirição -, seja na população total (15-64 anos) seja na população jovem adulta (15-34 anos). Essas prevalências foram respetivamente de 9,4% e 2,7% na população total, e de 14,4% e 5,1% na jovem adulta.

Com prevalências de consumo muito inferiores, o ecstasy e a cocaína surgiram como a segunda e terceira drogas preferencialmente consumidas, sendo as respetivas prevalências muito próximas a nível da população total, embora mais diferenciadas na população jovem adulta, com o ecstasy a apresentar prevalências de consumo superiores. Por outro lado, nos consumos recentes, constata-se prevalências de consumo idênticas para a cocaína e para o LSD, na população total e na jovem adulta.

Figura 3 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos)

Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)

2001/2007/2012

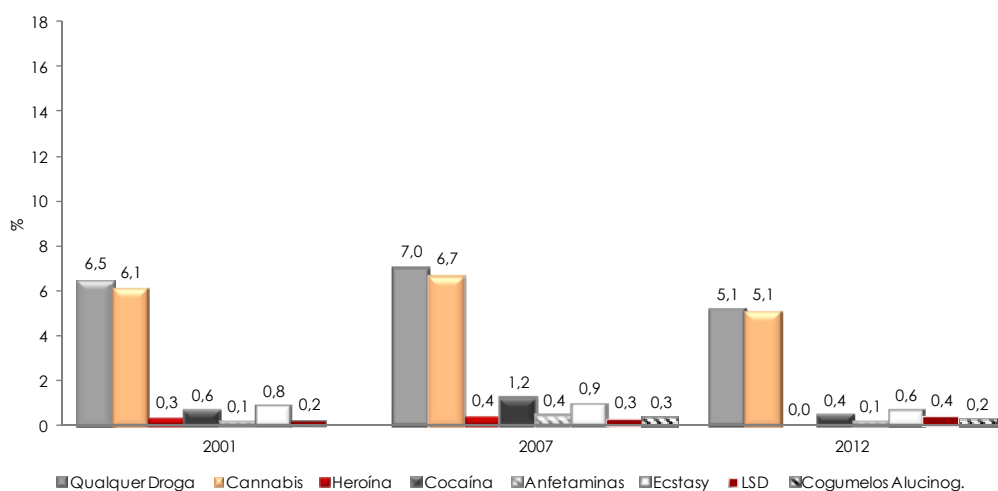


Fonte: Balsa *et al.*, 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 4 - População Geral, Portugal – População Jovem Adulta (15-34 anos)

Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)

2001/2007/2012



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

Entre 2007 e 2012, no conjunto da população portuguesa verificou-se uma descida generalizada das prevalências de consumo ao longo da vida⁴ (a de *qualquer droga* passou de 12% para 9,5%) e de consumo recente (a de *qualquer droga* passou de 3,7% para 2,7%), com exceção do ecstasy e do LSD, cujas prevalências de consumo ao longo da vida se mantiveram iguais e a do consumo de LSD nos últimos 12 meses que subiu ligeiramente.

Entre a população jovem adulta constatou-se também uma descida generalizada das prevalências de consumo ao longo da vida (a de *qualquer droga* passou de 17,4% para 14,5%) e nos últimos 12 meses (a de *qualquer droga* passou de 7% para 5,1%), exceto no caso do LSD em que a prevalência de consumo ao longo da vida se manteve igual e a do consumo recente aumentou ligeiramente.

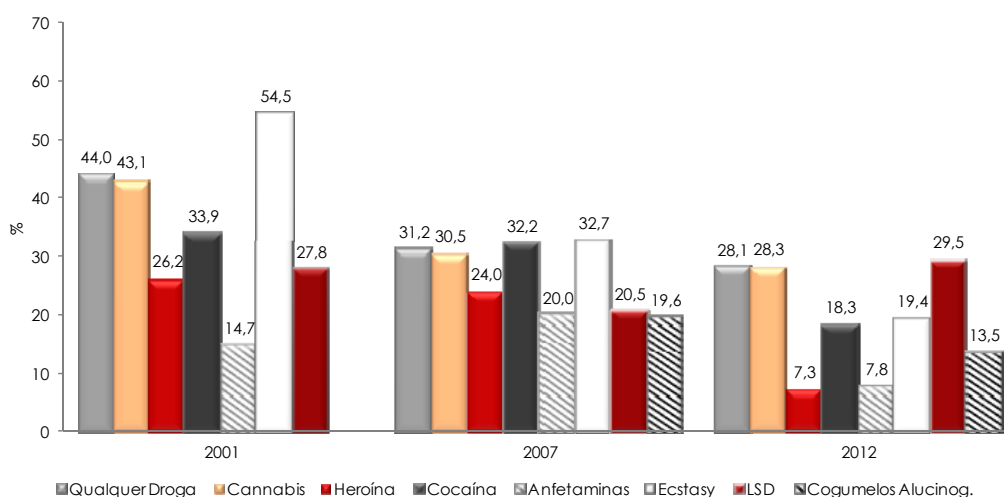
São de destacar, tanto na população total como na jovem adulta, para além das descidas das prevalências de consumo de cannabis, enquanto a substância mais consumida, também as de heroína, de cocaína e de anfetaminas.

Relativamente às **taxas de continuidade dos consumos**, ou seja, a proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância nos últimos 12 meses, como expectável, a população jovem adulta apresentou taxas (35,2% de *qualquer droga*) superiores às da população total (28,1% de *qualquer droga*), para todas as drogas consideradas.

Em 2012, verifica-se que as taxas de continuidade dos consumos mais elevadas são as de LSD e cannabis, sendo importante, sobretudo no caso do LSD, que é a única substância que apresenta ligeiros aumentos das prevalências de consumo.

Figura 5 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos)

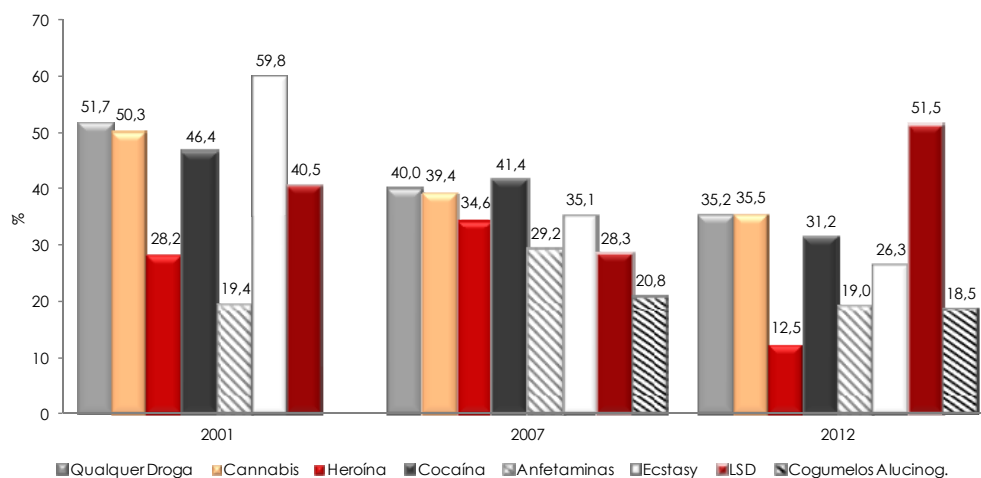
Taxa de Continuidade* dos Consumos, por Tipo de Droga
2001/2007/2012



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

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

⁴ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

Figura 6 – População Geral, Portugal – População Jovem Adulta (15-34 anos)Taxas de Continuidade* dos Consumos, por Tipo de Droga
2001/2007/2012

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

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

Seguem-se-lhes o ecstasy e a cocaína com as taxas de continuidade dos consumos mais elevadas em ambas as populações, substâncias que já nos anos anteriores surgiram com taxas relevantes.

Entre 2007 e 2012, verificou-se uma descida generalizada destas taxas em ambas as populações, com exceção do LSD que registou subidas das respetivas taxas.

Relativamente a **padrões de consumo abusivo e dependência de cannabis**, apresentam-se de seguida os resultados do *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST)⁵ e do *Severity of Dependence Scales* (SDS)⁶.

De acordo com resultados do *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), aplicado aos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, em 2012, cerca de 0,3% da população de 15-64 anos residente em Portugal tinha um consumo de cannabis considerado de risco elevado e 0,4% de risco moderado, sendo as percentagens correspondentes na população jovem adulta, respetivamente de 0,4% e 0,9%.

Entre 2007 e 2012, aumentaram as prevalências de consumo de risco moderado quer na população total (de 0,3% para 0,4%) quer na jovem adulta (de 0,6% para 0,9%), e, diminuíram as de consumo de risco elevado na população total (de 0,5% para 0,3%) e na jovem adulta (de 0,9% para 0,4%).

⁵ O Teste *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), desenvolvido pelo Observatório Francês da Droga e Toxicodependência, é um questionário com 6 questões que procuram identificar padrões e comportamentos de risco associados ao uso de cannabis no último ano (Balsa *et al.*, 2014).

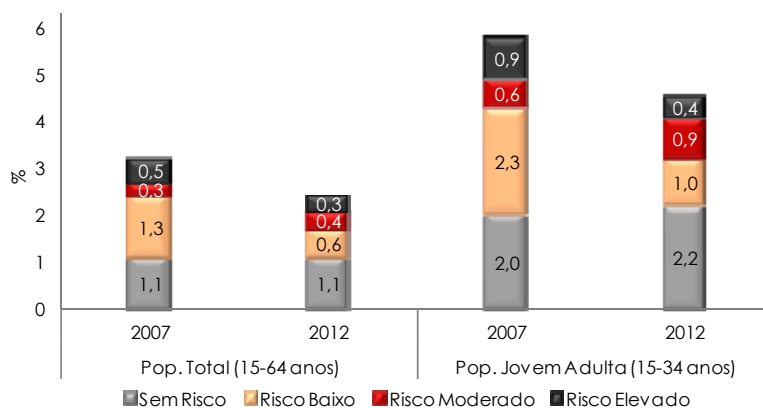
⁶ O *Severity of Dependence Scale* (SDS) foi concebido para fornecer um pequeno teste – com 5 questões –, facilmente administrado, que pode ser usado para medir o grau de dependência psicológica experimentada pelos utilizadores de diferentes tipos de drogas ilícitas. A formulação dos itens pode ser adaptada a diferentes tipos de drogas e inclui instruções para que as respostas se devam referir a comportamentos e experiências durante um período de tempo específico (geralmente os últimos 12 meses/último ano) (Balsa *et al.*, 2014).

Figura 7 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos)

Avaliação da Dependência através do *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST)

% total de Inquiridos

2007/2012



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

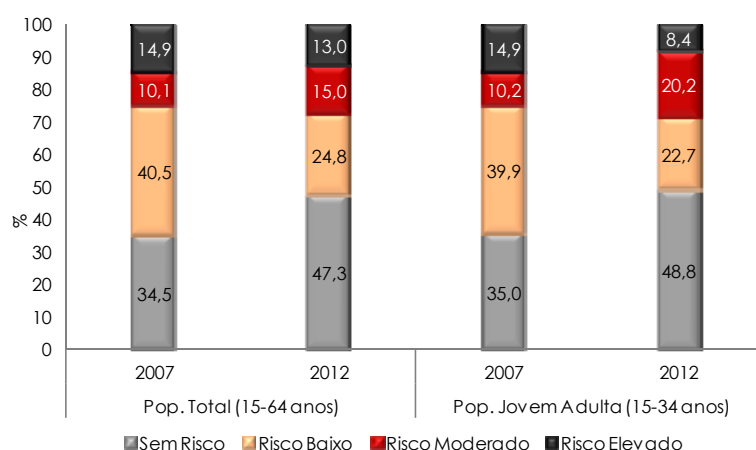
Se nos focarmos na população consumidora de cannabis nos últimos 12 meses, sobre a qual foi aplicado o referido teste, constatamos que em 2012, cerca de 13% dos consumidores de cannabis de 15-64 anos residentes em Portugal tinham um consumo considerado de risco elevado e 15% de risco moderado, sendo as percentagens correspondentes nos consumidores de cannabis jovens adultos, respetivamente de 8,4% e 20,2%.

Figura 8 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos)

Avaliação da Dependência através do *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST)

% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses

2007/2012



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

Entre 2007 e 2012, aumentaram as prevalências de consumo de risco moderado quer nos consumidores de cannabis de 15-64 anos (de 10,1% para 15%) quer nos consumidores de cannabis jovens adultos (de 10,2% para 20,2%), e, diminuíram as de consumo de risco elevado em ambos os grupos de consumidores (respetivamente de 14,9% para 13% nos de 15-64 anos e de 14,9% para 8,4% nos jovens adultos).

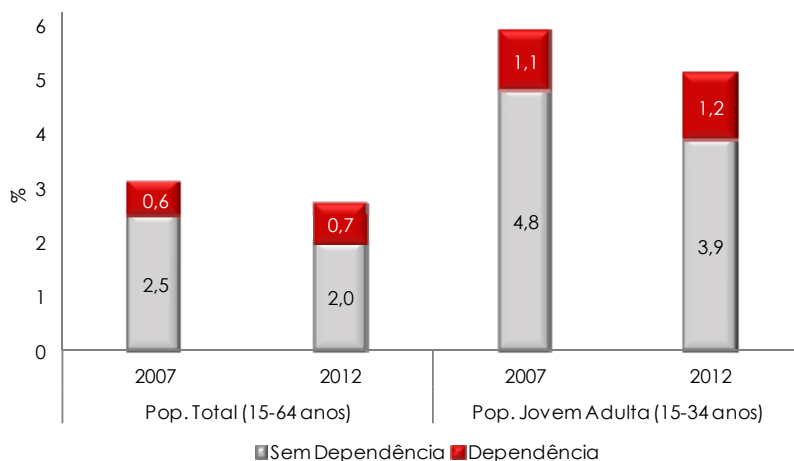
De acordo com os resultados do teste de avaliação da dependência *Severity of Dependence Scales* (SDS) aplicado aos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, em 2012, cerca de 0,7% da população de 15-64 anos residente em Portugal apresentava sintomas de dependência do consumo de cannabis (0,6% em 2007), sendo a percentagem correspondente na população jovem adulta de 1,2% (1,1% em 2007).

Figura 9 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos)

Avaliação da Dependência através do SDS (*Severity of Dependence Scales - Cannabis*)

% total de Inquiridos

2007/2012



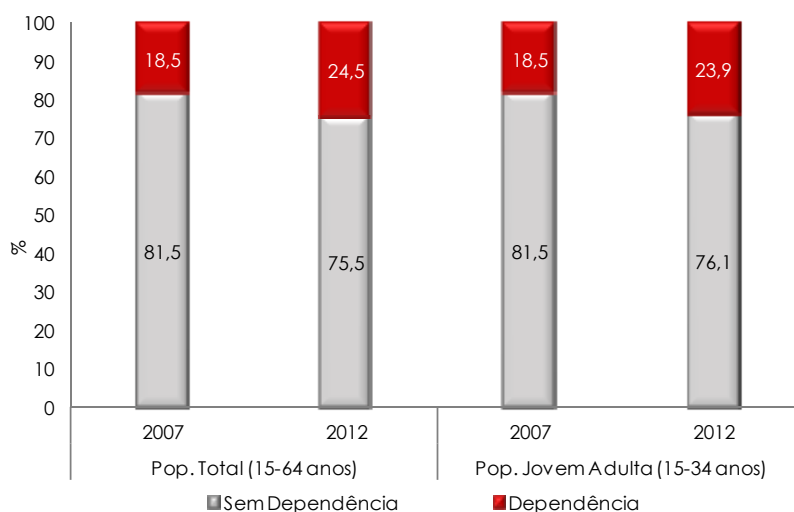
Fonte: Balsa et al., 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 10 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos)

Avaliação da Dependência através do SDS (*Severity of Dependence Scales - Cannabis*)

% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses

2007/2012



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

Se nos focarmos na população consumidora de cannabis nos últimos 12 meses, cerca de 24,5% dos consumidores de 15-64 anos apresentavam sintomas de dependência dessa substância (18,5% em 2007), sendo a percentagem correspondente nos consumidores de cannabis jovens adultos de 23,9% (18,5% em 2007).

Entre 2007 e 2012 registaram-se entre os consumidores de cannabis aumentos das proporções dos que apresentavam dependência desse consumo, sendo de destacar o aumento no grupo mais jovem (15-24 anos) de consumidores (9,8% em 2007 e 22,1% em 2012).

Tal aponta para a necessidade do reforço das medidas preventivas em idades precoces, tendo em consideração que os 15-24 anos é o grupo etário onde maioritariamente se iniciam os consumos de substâncias psicoativas, e, conforme se pode constatar, emergem padrões de consumo nocivos e abusivos, que algumas vezes evoluem para situações de dependência.

Quadro 1 - População Geral, Portugal - Grupo 15-24 anos

Idades de Início dos consumos

2001/2007/2012

Tipo de Droga	Grupo 15-24 anos: Idades de Início dos Consumos								
	2001			2007			2012		
	Média	Moda	Mediana	Média	Moda	Mediana	Média	Moda	Mediana
Qualquer Droga	16	16	16	16	18	16	17	16	17
Cannabis	16	16	16	16	18	16	17	16	17
Heroína	19	18	18	17	18	18	19	20	20
Cocaína	18	18	18	18	19	18	19	20	20
Anfetaminas	17	17	17	18	18	18	18	18	18
Ecstasy	17	18	18	17	17	17	18	17	18
LSD	18	18	18	18	18	18	20	21	21
Cogumelos Alucinogénios	--	--	--	19	17	18	19	17	19

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

Em relação às **idades de início dos consumos**, e focando no grupo etário mais jovem (15-24 anos) onde é maior a probabilidade de inícios recentes dos consumos, a cannabis apresenta os valores mais precoces, com uma idade média de 17 anos e idade modal de 16 anos, seguindo-se-lhe o ecstasy e os cogumelos alucinogénios com idades modais de 17 anos e as anfetaminas com a idade modal de 18 anos. A cocaína, a heroína e o LSD apresentam idades médias e modais de início dos consumos mais tardias. Entre 2001 e 2012, no grupo de 15-24 anos, verifica-se um ligeiro retardar das idades de início dos consumos para a generalidade das substâncias.

Embora não caiba no âmbito deste Relatório detalhar os resultados deste estudo por **etapas do ciclo de vida**, houve a preocupação de, a par da descrição dos principais indicadores relativos à caracterização e evolução dos consumos na população total (15-64 anos), descrever também a situação para a população jovem adulta (15-34 anos), uma vez que é neste grupo populacional que as prevalências de consumo de drogas são mais elevadas, diminuindo de um modo geral nos grupos decenais seguintes, à medida que se avança no ciclo de vida.

E porque este grupo de 15-34 anos corresponde a duas etapas distintas do ciclo de vida, tal como definidas no PNRCAD 2013-2020, e os 15-24 anos correspondem a um período crítico de início dos consumos e agravamento dos padrões de consumo, importa referir as principais diferenças e tendências dos consumos dos dois grupos decenais da população jovem adulta.

A análise evidencia prevalências de consumo ao longo da vida superiores no grupo dos 25-34 anos, e em contrapartida, prevalências de consumos recentes e taxas de continuidade dos consumos superiores no grupo dos 15-24 anos (com exceção da cocaína, anfetaminas e LSD). O padrão preferencial de consumo da população portuguesa e que é semelhante ao da população jovem adulta no seu conjunto, apresenta algumas variações quando se consideram aqueles dois grupos decenais em separado: no grupo de 15-24 anos, surgem com prevalências de

consumo ao longo da vida e de consumo recente mais altas, a seguir à cannabis e ao ecstasy, os cogumelos alucinogénios e não a cocaína, e no grupo de 25-34 anos surgem com prevalências de consumo recente mais altas a seguir à cannabis, a cocaína e o LSD em vez do ecstasy. Quanto a padrões de consumo de cannabis de risco e dependência, os resultados do CAST apontam para maiores prevalências de consumo considerado de risco moderado no grupo de 15-24 anos, e em contrapartida, maiores prevalências de consumo de risco elevado no grupo de 25-34 anos. Os resultados do SDS apontam para proporções de 22% e de 26% de dependência no grupo de consumidores de cannabis de 15-24 anos e no de 25-34 anos.

O padrão geral de evolução das prevalências de consumo entre 2007 e 2012 apresenta algumas variações no grupo de 15-24 anos, sendo de evidenciar os aumentos das prevalências dos consumos recentes de ecstasy e de cogumelos alucinogénios, assim como o já referido significativo aumento da proporção de dependência no grupo de consumidores de cannabis de 15-24 anos.

A análise por **sexo** evidencia prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses mais elevadas nos homens, para todas as drogas aqui consideradas.

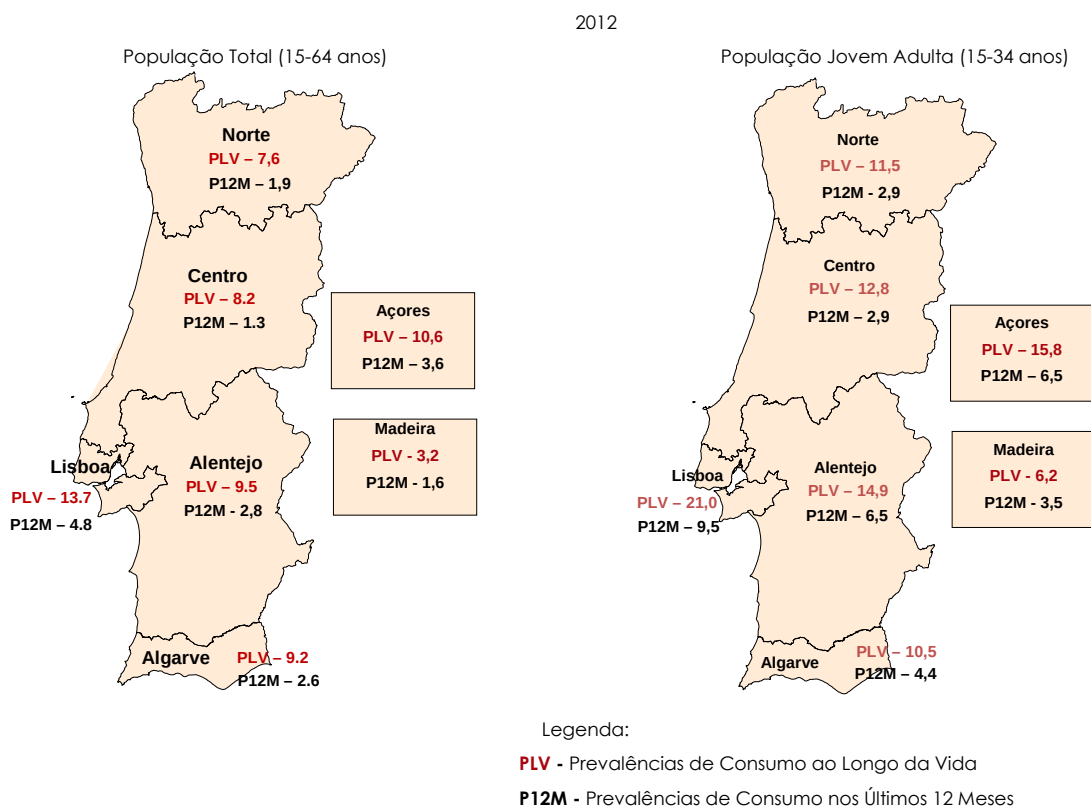
O padrão preferencial de consumo da população portuguesa – em primeiro lugar o consumo de cannabis, seguindo-se-lhe o de ecstasy e o de cocaína - manteve-se em ambos os sexos, na população total e na jovem adulta, salvo algumas variações nos consumos recentes da população jovem adulta, com as mulheres a preferirem o consumo de cogumelos alucinogénios ao de cocaína e os homens a apresentarem prevalências de consumo muito idênticas de cocaína, LSD e ecstasy. As mulheres apresentaram taxas de continuidade dos consumos de cannabis, de ecstasy e de cogumelos alucinogénios superiores às dos homens. Já o padrão geral de evolução das prevalências entre 2007 e 2012 não se manteve em ambos os sexos, sendo de referir entre as exceções, os aumentos das prevalências do consumo ao longo da vida de ecstasy, LSD e cogumelos alucinogénios e os aumentos dos consumos recentes de cannabis, entre as mulheres da população total e da jovem adulta.

Lisboa, a Região Autónoma dos Açores e o Alentejo, foram as **regiões** (NUTS II) que apresentaram prevalências de consumo de *qualquer droga* ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima das médias nacionais, na população total e na jovem adulta.

Apesar das prevalências de consumo de *qualquer droga* refletirem sobretudo as prevalências do consumo de cannabis, de um modo geral foram também estas regiões, e sobretudo Lisboa, que registaram as maiores prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses para a maioria das drogas, seja na população total seja na jovem adulta. São no entanto de destacar entre as exceções, e no que se reporta aos consumos recentes (últimos 12 meses), o Algarve, com a prevalência de consumo de cocaína na população jovem adulta mais elevada do país, e a Região Autónoma da Madeira que apresenta, a seguir aos Açores, as prevalências de consumo de heroína mais elevadas a nível nacional, na população total e na jovem adulta.

Em 2012, as regiões mantêm o padrão preferencial do consumo de cannabis, mas, com exceção de Lisboa que apresenta um padrão idêntico ao do país, as outras regiões apresentam uma grande heterogeneidade relativamente às outras substâncias ilícitas. Considerando os consumos recentes quer na população total quer na jovem adulta, são de destacar como as substâncias com as maiores prevalências de consumo a seguir à cannabis, as anfetaminas no Alentejo (as mais elevadas do país), a cocaína no Algarve e a heroína nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (as mais elevadas do país).

Figura 11 - População Geral, Portugal: Prevalências de Consumo de *Qualquer Droga* ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, por Região (NUTS II*) (%)



* Segundo a classificação por NUTS de 2002.

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

O padrão de evolução das prevalências de consumo recente entre 2007 e 2012 – descida das prevalências de consumo de todas as drogas na população total e na jovem adulta, com exceção de ligeiros aumentos no caso do LSD – manteve-se de um modo geral a nível das regiões (NUTS II) Norte, Centro, Algarve e Madeira (exceto a heroína nesta região, que registou aumentos dos consumos recentes na população total e na jovem adulta), mas não se manteve nas regiões que apresentaram prevalências de consumo de *qualquer droga* acima da média nacional, ou seja, Lisboa, Açores e Alentejo. Estas regiões registaram entre 2007 e 2012 aumentos das prevalências dos consumos recentes de várias drogas, na população total e na jovem adulta, que se refletiram em aumentos das prevalências dos consumos recentes de *qualquer droga*, particularmente no Alentejo e nos Açores, contrariamente ao ocorrido a nível nacional.

Comparativamente a outros países europeus com estudos realizados entre 2010 e 2012 e a mesma população de referência (15-64 anos), Portugal continua a apresentar prevalências de consumo de substâncias ilícitas abaixo dos valores médios registados nesses países.

Por último, e quanto às novas substâncias psicoativas, que à data da realização deste estudo ainda não estavam sob controlo, cerca de 0,4% da população portuguesa (15-64 anos) residente em Portugal já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida e 0,1% nos últimos 12 meses, sendo as prevalências correspondentes na população jovem adulta (15-34 anos) de 0,9% e de 0,3%. À semelhança das substâncias ilícitas, os consumidores eram maioritariamente homens, e Lisboa, Açores e o Alentejo apresentaram prevalências de consumo ao longo da vida acima da média nacional (apenas Lisboa e o Alentejo apresentaram prevalências de consumo recente).

Um outro estudo periódico que permite a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu é o das *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*⁷, o qual contribui para o conhecimento mais aproximado da verdadeira dimensão de uma população que é apenas parcialmente captada pelo sistema ou por inquéritos realizados junto da população geral.

As últimas **estimativas do consumo problemático/de alto risco** produzidas em Portugal dizem respeito ao ano 2012⁸, e as anteriores aos anos de 2005 e 2000⁹.

Em 2012 recorreu-se à aplicação de métodos indiretos de estimação para definições de caso distintas - consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas, consumidores recentes de opiáceos, consumidores recentes de cocaína, e consumidores recentes de drogas por via endovenosa -, e em relação aos consumidores de alto risco de cannabis, a estimação foi realizada através dos dados recolhidos a partir do *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 2012*.

Quadro 2 – Estimativas do Número de Consumidores Problemáticos/de Alto Risco e Taxas por Mil Habitantes, segundo a Definição de Caso e Método

2012				
			N.º de Consumidores	Taxas por mil habitantes (15-64 anos)
População 15-64 anos: Portugal Continental				
Consumidores de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/ metanfetaminas nos últimos 12 meses	Geral	Multiplicador Tratamento	42 327 - 50 467	6,5 - 7,7
		Captura - Recaptura	46 534	7,1
			41070 - 51940	6,3 - 7,9
	Opiáceos	Captura - Recaptura	31 858	4,9
			27 434 - 36 282	4,2 - 5,5
	Cocaína	Captura - Recaptura	40 303	6,2
33 760 - 46 846			5,2 - 7,2	
Consumidores de drogas por via endovenosa nos últimos 12 meses			14 426	2,2
			12 732 - 16 101	1,9 - 2,5
População 15-64 anos: Portugal				
Consumidores de alto risco de cannabis		Método Direto (INPG, 2012)	48 331	7,0
			27 618 - 69 045	4,0 - 10,0

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

As estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para taxas por mil habitantes de 15-64 anos de 7,1‰ (IC 6,3 – 7,9) para os consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas e de 2,2‰ (IC 1,9 – 2,5) para os consumidores recentes de drogas por via endovenosa.

A estimativa encontrada do número de consumidores recentes de cocaína foi superior à de consumidores recentes de opiáceos.

⁷ Com o intuito de apreciar a dimensão e as tendências deste fenómeno a nível europeu, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência identificou o consumo problemático/de alto risco como um dos indicadores chave.

⁸ Ribeiro *et al.*, 2014; Carapinha *et al.*, 2014.

⁹ Negreiros *et al.*, 2009.

Dada a prevalência do consumo de cannabis na população geral, entende-se que a prevalência do consumo de alto risco de cannabis é adequadamente estimada através dos inquéritos dirigidos à população geral. Tomando por referência o último inquérito representativo da população residente em Portugal, realizado em 2012, as estimativas apontam, a nível de Portugal, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos de 7,0‰ (IC 4,0 – 10,0) para os consumidores de alto risco de cannabis. É de notar que a frequência de consumo não é determinante da perceção da existência de problemas atribuídos ao consumo de cannabis, pois apenas uma parte dos consumidores de alto risco de cannabis identifica problemas associados ao consumo desta substância e muito poucos declaram ter procurado, na sua vida, ajuda especializada relativamente a este consumo.

A comparação das estimativas de 2012 com as dos anos anteriores, só é possível a nível de duas das anteriores definições de caso – consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas, e consumidores de drogas por via endovenosa –, dado que as restantes foram realizadas pela primeira vez em 2012. De qualquer forma, mesmo a comparação possível deve ser interpretada com precaução, nomeadamente porque não existe uma correspondência precisa nas definições de caso e métodos utilizados.

Apesar dessas limitações, verifica-se entre 2005 e 2012 uma tendência de decréscimo do número estimado de consumidores problemáticos de drogas para as duas definições consideradas, e isto apesar de alguns fatores contribuírem para o sobredimensionamento das estimativas de 2012 em relação às de 2005.

As estimativas obtidas em 2012 e a sua evolução estão em consonância com as tendências identificadas neste período temporal a nível de outros indicadores diretos e indiretos nos domínios da redução da procura e da oferta.

Na monitorização das tendências dos consumos de drogas ilícitas, são também de destacar os indicadores relativos à perceção do risco associado ao consumo dessas substâncias, por parte das populações.

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and Drugs* realizado em 2014¹⁰ –, as **perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas** variavam conforme as substâncias e a frequência do seu consumo.

Em 2014 e tal como sucedido em 2011, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional (uma ou duas vezes)* de substâncias ilícitas, era superior em relação à cocaína (67%), ao *ecstasy* (57%) e às novas substâncias psicoativas (55%)¹¹, do que em relação à cannabis (34%). A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o *consumo regular* de cocaína (98%) de *ecstasy* (93%) e de NSP (92%), assim como, embora em proporção significativamente inferior, o *consumo regular* de cannabis (74%).

Comparando com as médias europeias, constata-se que as perceções dos jovens portugueses de 15-24 anos, de um modo geral são próximas das médias europeias, com

¹⁰ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à perceção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

¹¹ Não existem dados para as novas substâncias psicoativas no estudo de 2011.

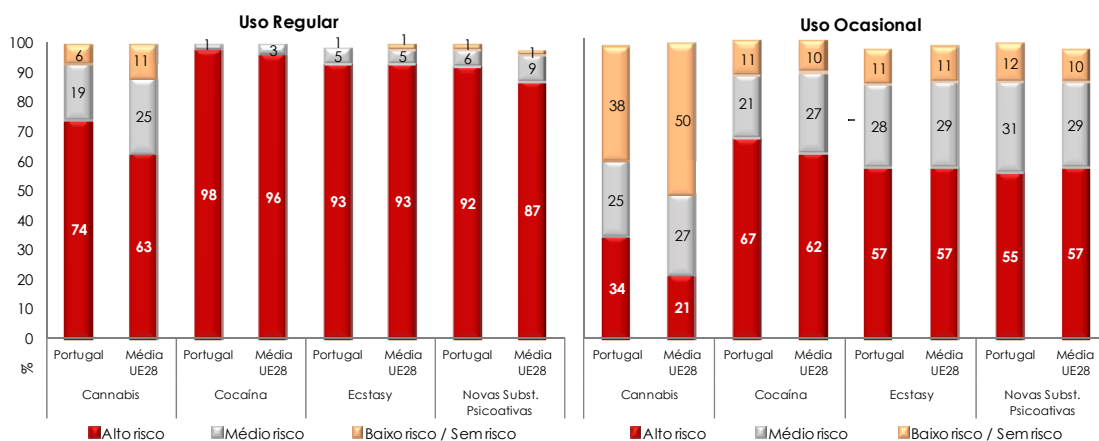
exceção para a cannabis, em que se verifica uma maior atribuição de *risco elevado* para a saúde por parte dos jovens portugueses, tanto em relação ao consumo ocasional como regular.

Figura 12 - População Jovem (15-24 anos)

Percepção do Risco para a Saúde associado ao Consumo de Drogas

Portugal e Média Europeia (%)

2014



Fonte: Flash Eurobarometer 401, Young People and drugs, Results per country 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

A evolução destas percepções entre 2011 e 2014 evidencia, por parte dos jovens portugueses, e contrariamente à tendência europeia, uma maior atribuição de *risco elevado* para a saúde em relação às várias substâncias e tipos de consumo, com especial relevo no caso da cannabis.

No estudo de 2011, no conjunto dos jovens europeus constataram-se diferenças entre as percepções dos não consumidores e consumidores de substâncias psicoativas, designadamente de cannabis e de novas substâncias psicoativas, no sentido dos consumidores percecionarem como menos gravoso o risco para a saúde associado a esse consumo, bem como diferenças entre as percepções dos consumidores, consoante tivessem ou não consumos recentes.

Também se constataram diferenças nestas percepções entre diferentes segmentos sociodemográficos, como por exemplo os mais velhos atribuírem mais *risco elevado* ao consumo ocasional de cocaína e de ecstasy, ou os de 15-18 anos, as mulheres e os estudantes a tempo inteiro atribuírem mais *risco elevado* ao consumo regular de cannabis.

Contexto Populações Escolares

Nas populações escolares, e considerando o período 2005-2014, foram realizados vários estudos nacionais: em 2006, o HBSC/OMS¹² (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹³ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁴ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁵ (alunos dos 13 aos 18 anos), em 2010 o HBSC/OMS, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD, e em 2014, o HBSC/OMS.

Os estudos realizados entre **1995 e 2003** - o **ESPAD** em 1995, 1999 e 2003, o **HBSC/OMS** em 1998 e 2002, o **INME** em 2001, e, o **ECATD** em 2003 -, evidenciaram, de um modo geral, um aumento generalizado dos consumos durante esse período. Todos estes estudos apresentaram **prevalências de consumo** de cannabis bem mais elevadas que as das outras drogas.

Após o aumento generalizado dos consumos no período entre 1995 e 2003, os estudos de **2006 e 2007** - **HBSC/OMS** e do **INME** em 2006 e o **ESPAD** e o **ECATD** em 2007 - evidenciaram, de forma consistente, descidas das prevalências dos consumos. Todos estes estudos apresentaram prevalências de consumo de cannabis bem mais elevadas que as das outras drogas.

Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2010 e 2011** nas populações escolares - o **HBSC/OMS** em 2010, e o **ESPAD**, o **ECATD** e o **INME** em 2011- evidenciaram aumentos dos consumos, em particular da cannabis, mas também de outras drogas como o LSD e as anfetaminas.

No **HBSC/OMS 2010**, a cannabis, os estimulantes e o LSD apresentaram as maiores prevalências de consumo ao longo da vida. Entre 2006 e 2010 houve subidas das prevalências de consumo ao longo da vida de várias drogas – de 8,2% para 8,8%, no caso da cannabis –, e da prevalência do consumo de drogas no último mês (4,5% em 2006 e 6,1% em 2010)¹⁶.

No **ESPAD 2011**, a cannabis apresentou a maior prevalência de consumo ao longo da vida (16%), com um valor próximo da prevalência de consumo de *qualquer droga* (19%). Entre 2007 e 2011, aumentou a prevalência de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* (de 14% para 19%), verificando-se acréscimos nas prevalências de consumo de todas as drogas, exceto da heroína. As prevalências do consumo de cannabis nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias também aumentaram entre 2007 e 2011 (respetivamente de 10% para 16% e de 6% para 9%).

Em 2011, Portugal registou prevalências de consumo muito próximas às médias europeias, sendo já nalguns casos superiores (nomeadamente as prevalências de consumo de cannabis nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias - médias europeias de 13% e 7% - e a de consumo de *outras drogas que não cannabis* ao longo da vida - 6% a média europeia e 8% em Portugal), contrariamente ao ocorrido em 2007, em que foram, na sua generalidade, inferiores.

¹² Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014, encontram-se publicados (Matos *et al.*, 2000; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015).

¹³ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

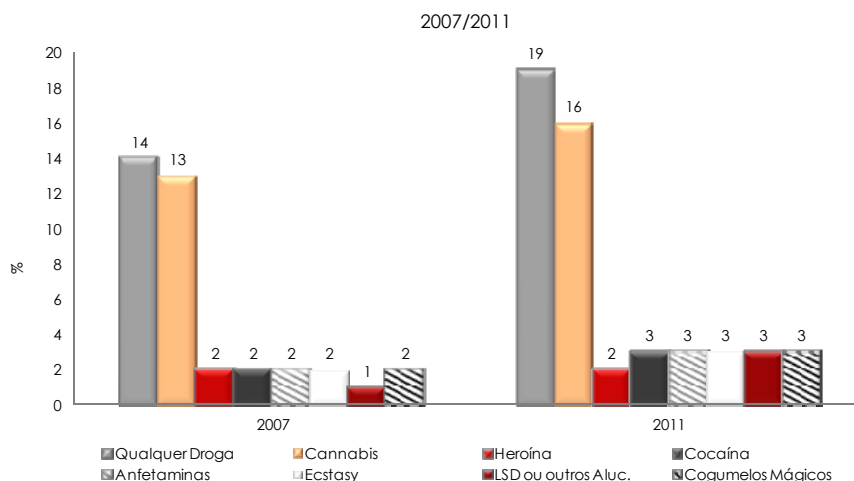
¹⁴ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003 e 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell *et al.*, 1997; Hibell *et al.*, 2000; Hibell *et al.*, 2004; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

¹⁵ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão *et al.*, 2012).

¹⁶ No estudo realizado em 2006 já tinha sido evidenciada a existência de subgrupos (nomeadamente os mais novos e os com estatuto socioeconómico mais baixo) em que não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis.

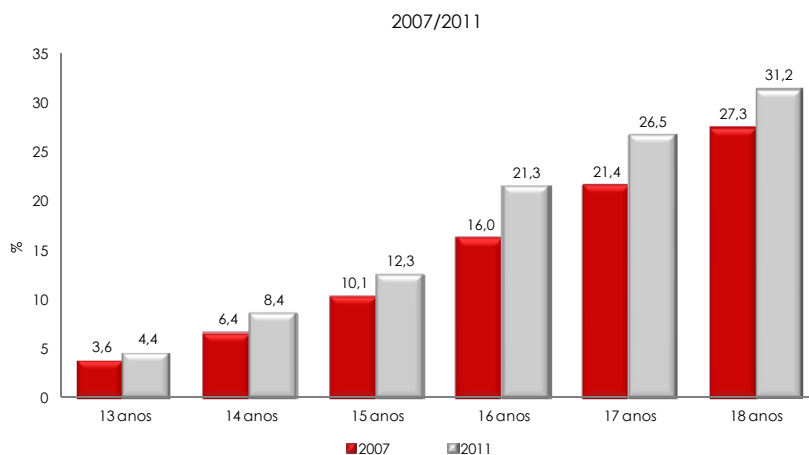
Figura 13 - População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos)

Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)



No **ECATD 2011**, as prevalências de consumo ao longo da vida de **qualquer droga** variaram entre 4,4% (13 anos) e 31,2% (18 anos). A cannabis destacou-se com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida em todas as idades (entre 2,3% nos 13 anos e 29,7% nos 18 anos), seguindo-se-lhe a cocaína nos mais novos e as anfetaminas nos mais velhos (a partir dos 16 anos inclusive). As prevalências de consumo ao longo da vida de **qualquer droga** e de cannabis variaram na razão direta das idades, não ocorrendo o mesmo com as outras drogas que não cannabis, devido à superioridade das prevalências nos 15 ou 16 anos consoante as drogas. As prevalências de consumo de cannabis nos últimos 12 meses variaram entre 1,5% (13 anos) e 24,9% (18 anos) e as nos últimos 30 dias variaram entre 0,7% (13 anos) e 15,7% (18 anos).

Entre 2007 e 2011 registou-se um aumento da prevalência de consumo ao longo da vida de **qualquer droga** em todas as idades¹⁷. Esta prevalência reflete sobretudo o consumo de cannabis, e a nível de outras substâncias nem sempre ocorreu este padrão de evolução em todas as idades, como é o caso da diminuição das prevalências de consumo ao longo da vida de heroína, cocaína e de ecstasy entre os alunos de 17 e de 18 anos.

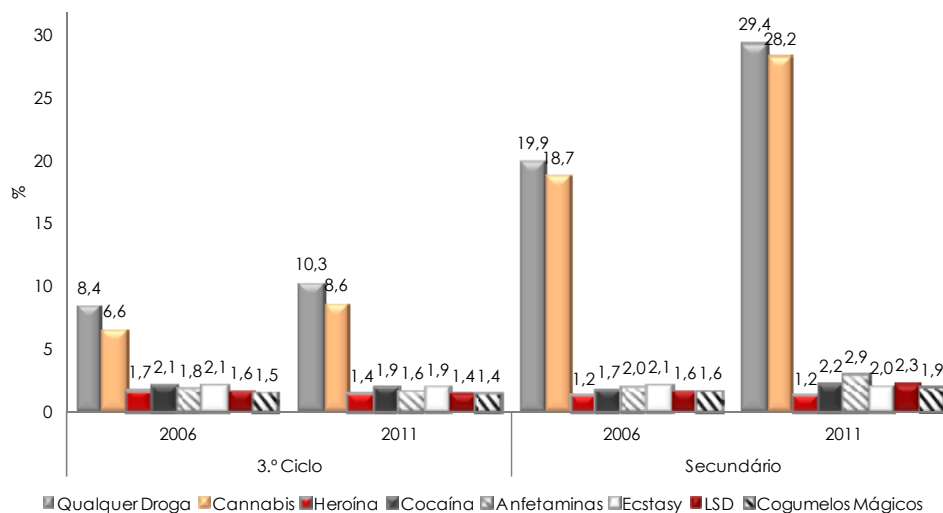
Figura 14 - População Escolar – ECATD (alunos de 13-18 anos)Prevalências de Consumo de **Qualquer Droga** ao Longo da Vida (%)

¹⁷ No ECATD 2007 já tinha sido evidenciado que entre os alunos mais novos (13 anos) não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis como nas restantes idades.

No **INME 2011**, as prevalências de consumo ao longo da vida de **qualquer droga** foram de 10,3% no 3.º Ciclo e de 29,4% no Secundário. As de cannabis foram de 8,6% no 3.º Ciclo e de 28,2% no Secundário, seguindo-se-lhes as de cocaína e de ecstasy no 3.º Ciclo (1,9%), e as de anfetaminas (2,9%) e de LSD (2,3%) no Secundário. As prevalências de consumo ao longo da vida de **outras drogas que não cannabis** foram de 3,9% no 3.º Ciclo e de 5,5% no Secundário. Nos últimos 12 meses e últimos 30 dias, as prevalências de consumo de **qualquer droga** foram respetivamente de 8,7% e 6,2% no 3.º Ciclo, e de 24,4% e 16,4% no Secundário.

Figura 15 - População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário)

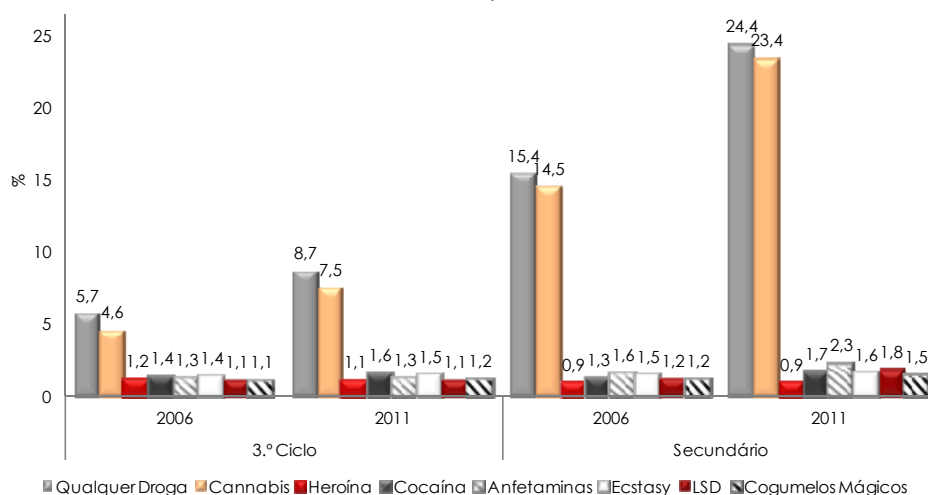
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)
2006/2011



Fonte: Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 16 - População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário)

Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)
2006/2011

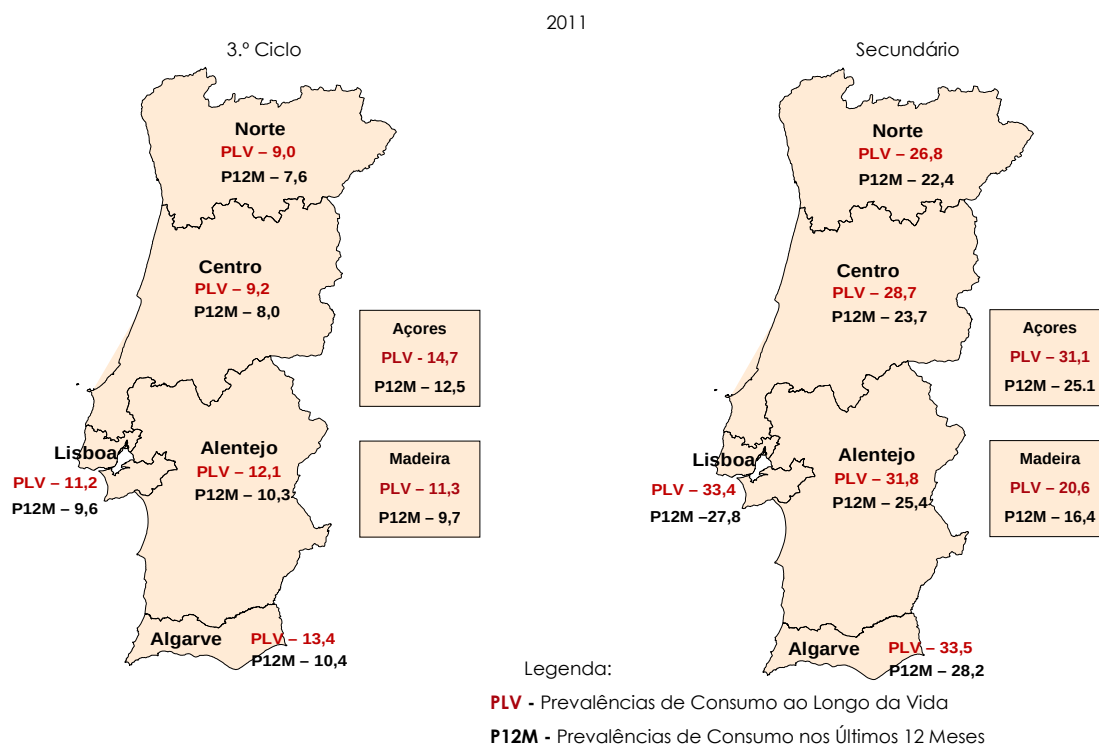


Fonte: Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Entre 2006 e 2011, no 3.º Ciclo, constatou-se um aumento das prevalências do consumo de cannabis e uma estabilidade e mesmo diminuições na maioria das outras drogas. No Secundário, a tendência foi de aumento na maioria das drogas, sendo de destacar para além da cannabis, o aumento das prevalências de consumo de anfetaminas e de LSD.

Quer no 3.º Ciclo, quer no Secundário, as **regiões** do Algarve, Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo apresentaram prevalências de consumo de *qualquer droga* superiores às médias nacionais.

Figura 17 - População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário): Prevalências de Consumo de *Qualquer Droga* ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, por Região (NUTS II) (%)



Fonte: Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em **2014**, os dados disponíveis sobre o consumo de drogas do **HBSC/OMS, 2014** são relativos apenas aos 8.º e 10.º anos de escolaridade, o que dificulta a comparabilidade com os resultados disponíveis dos estudos anteriores.

A cannabis continua a apresentar as maiores prevalências de consumo, com 8,8% dos alunos a declararem já ter experimentado. Uma vez mais as restantes substâncias¹⁸ apresentaram prevalências de consumo bastante inferiores, variando entre os 2,0% e os 2,5%.

São de assinalar as declarações de experimentação de *produtos usados como doping* (2,3%) e de *smart drugs* (2,1%), enquanto indicadores de tendências emergentes.

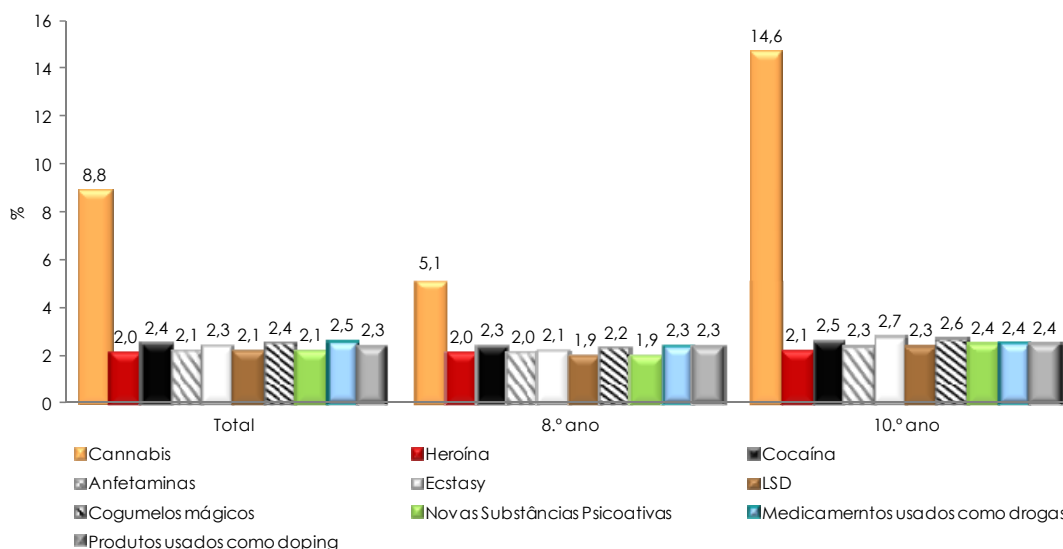
Como expectável, estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino e nos alunos do 10.º ano (neste caso, sobretudo ao nível da cannabis).

¹⁸ Exceto solventes (benzinas) ou colas.

Figura 18 - População Escolar – HBSC/OMS (alunos do 8.º / 10.º ano)

Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)

2014



Fonte: Matos *et al.* 2015 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Cerca de 3,3% destes alunos declararam ter consumido drogas nos últimos 30 dias à data da inquirição, e cerca de um quinto destes mencionou fazê-lo regularmente.

De um modo geral, entre 2010 e 2014 verificou-se, ao nível dos alunos do 8.º ano, uma estabilidade das prevalências de consumo para as substâncias contempladas nos dois estudos¹⁹, com exceção da diminuição do consumo de estimulantes/anfetaminas (de 4,2% para 2,0%). No caso dos alunos do 10.º ano registaram-se algumas variações, como as descidas ao nível da cannabis (de 17,1% para 14,6%) e dos estimulantes/anfetaminas (de 3,7% para 2,3%), e a subida da prevalência de consumo de cocaína (de 1,7% para 2,5%).

Os resultados do ESPAD evidenciaram um aumento do **risco percebido associado ao consumo regular de drogas** no ciclo estratégico 2005-2012. No que se refere à cannabis, a droga com maiores prevalências de consumo, respetivamente 79%, 82% e 71% dos alunos em 2011, 2007 e 2003 referiram ser de *grande risco* o seu consumo regular. No caso do ecstasy, estas percentagens foram de 78%, 74% e 72%, e, para as anfetaminas, de 78%, 74% e 64%, respetivamente em 2011, 2007 e 2003. Comparativamente às médias europeias, os alunos portugueses percecionam como de maior risco o consumo regular das várias drogas (em 2011, as correspondentes médias europeias foram de 72%, 73% e 73%, respetivamente para o consumo regular de cannabis, de ecstasy e de anfetaminas).

De um modo geral, os estudos realizados em populações escolares têm apresentado resultados consistentes a nível da amplitude das prevalências e das tendências de consumo. Assim, espera-se que os resultados do ESPAD 2015 e ECATD 2015 venham a confirmar os resultados do HBSC/OMS 2014, ou seja, a estabilidade e até decréscimo de alguns consumos, consideradas como tendências muito positivas face ao crescente dinamismo dos mercados de substâncias ilícitas à escala global.

¹⁹ Com resultados divulgados nos Relatórios dos estudos.

Contexto População Reclusa

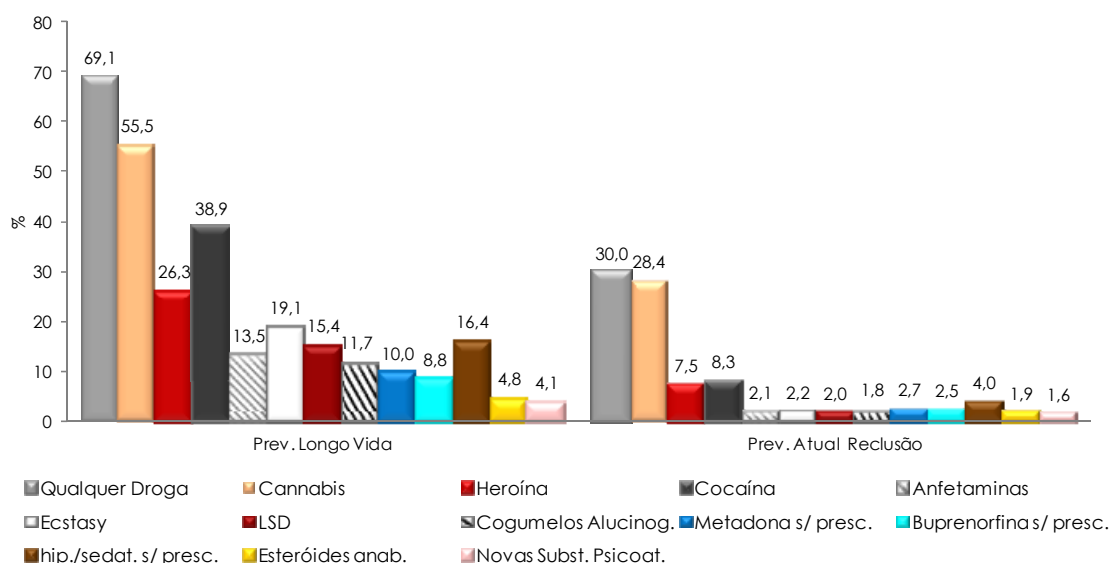
A nível da população reclusa, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*²⁰, um estudo periódico anteriormente limitado à área das drogas (estudos anteriores a nível nacional realizados em 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo.

Em 2014, cerca de 69% dos reclusos inquiridos declararam já ter consumido alguma vez na vida *qualquer droga*. Importa referir, no âmbito da comparação com os resultados dos estudos de 2007 e 2001, que em 2014 foi alargado o leque das substâncias psicoativas especificadas no questionário²¹. Com efeito, tal parece refletir-se no ligeiro aumento face às prevalências de consumo de *qualquer droga* registadas em 2007 (64%) e 2001 (66%), uma vez que em 2014, a diminuição ou estabilidade dos consumos é transversal às substâncias comparáveis entre 2001 e 2007.

Tal como nos estudos anteriores, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores **prevalências de consumo** em 2014, quer alguma vez na vida (56%), quer durante a atual reclusão (28%). Seguiu-se-lhe, o consumo de cocaínas (39% alguma vez na vida e 8,3% durante a atual reclusão) e de heroína (26% alguma vez na vida e 7,5% alguma vez na atual reclusão).

Figura 19 - População Reclusa, Portugal

Prevalências de Consumo ao Longo da Vida e na Atual Reclusão, por Tipo de Droga (%)
2014



Fonte: Torres *et al.*, 2015 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Todas as outras substâncias registaram prevalências de consumo inferiores. Com prevalências de consumo ao longo da vida entre os 10% e os 20%, surgiram o ecstasy, os hipnóticos/sedativos sem receita médica, o LSD, as anfetaminas e os cogumelos alucinogénios. Na atual reclusão, é de destacar, o consumo de hipnóticos/sedativos sem receita médica (4,0%).

²⁰ Torres *et al.*, 2015.

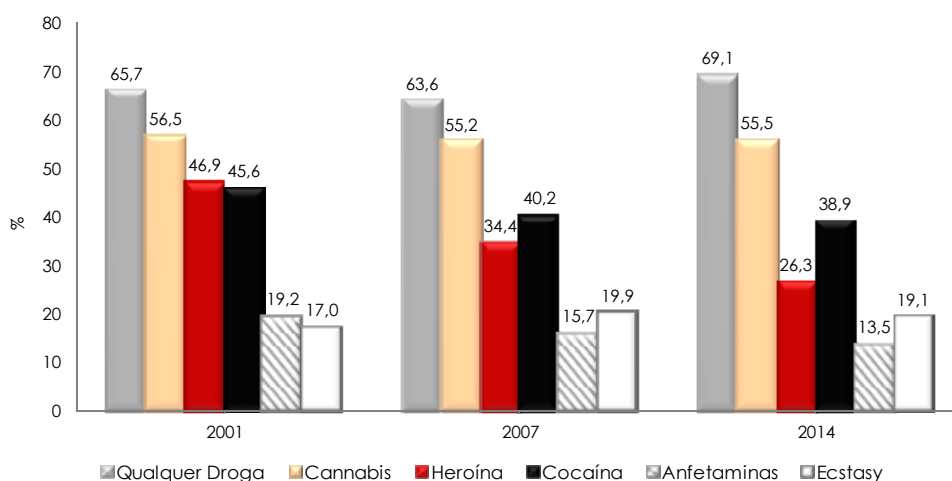
²¹ De 7 em 2007 e 2001, para 18 substâncias em 2014.

O consumo de NSP - *novas substâncias psicoativas* – registou prevalências de consumo (4,1% alguma vez na vida e 1,6% durante a atual reclusão) ligeiramente inferiores às de consumo de esteroides anabolizantes (4,8% alguma vez na vida e 1,9% durante a atual reclusão).

Entre 2007 e 2014 constata-se uma estabilidade e diminuição das prevalências de consumo para as substâncias comparáveis entre os dois estudos, sendo de notar a descida do consumo de heroína, quer ao nível das prevalências de consumo ao longo da vida, quer durante a atual reclusão.

Figura 20 - População Reclusa, Portugal

Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga* (%)
2001/2007/2014

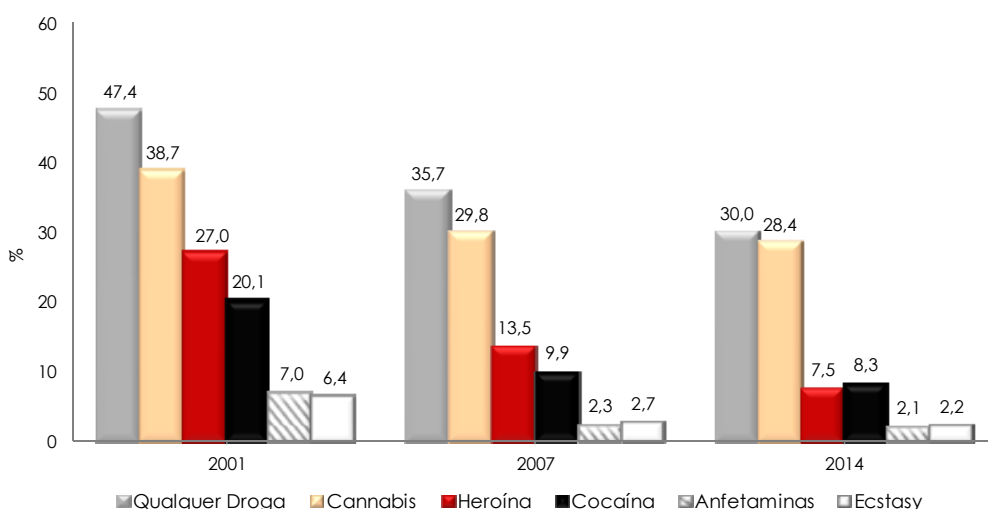


* São necessárias cautelas na comparação das prevalências de consumo de *qualquer droga* entre os anos, uma vez que em 2014 foi alargado o leque das substâncias psicoativas especificadas no questionário (de 7 em 2007 e 2001, para 18 em 2014).

Fonte: Torres et al., 2015 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 21 - População Reclusa, Portugal

Prevalências de Consumo na Atual Reclusão, por Tipo de Droga* (%)
2001/2007/2014



* São necessárias cautelas na comparação das prevalências de consumo de *qualquer droga* entre os anos, uma vez que em 2014 foi alargado o leque das substâncias psicoativas especificadas no questionário (de 7 em 2007 e 2001, para 18 em 2014).

Fonte: Torres et al., 2015 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Se se considerar apenas a situação nos últimos 12 meses na atual reclusão, em 2014, a prevalência de consumo de *qualquer droga* foi de 26%. Predominava o consumo de cannabis (24%), seguindo-se-lhe com prevalências muito inferiores o consumo de cocaínas (5,5%), o de heroína (4,6%) e o consumo de hipnóticos/sedativos sem receita médica (4,0%). Todas as outras substâncias registaram prevalências de consumo inferiores a 2,5%.

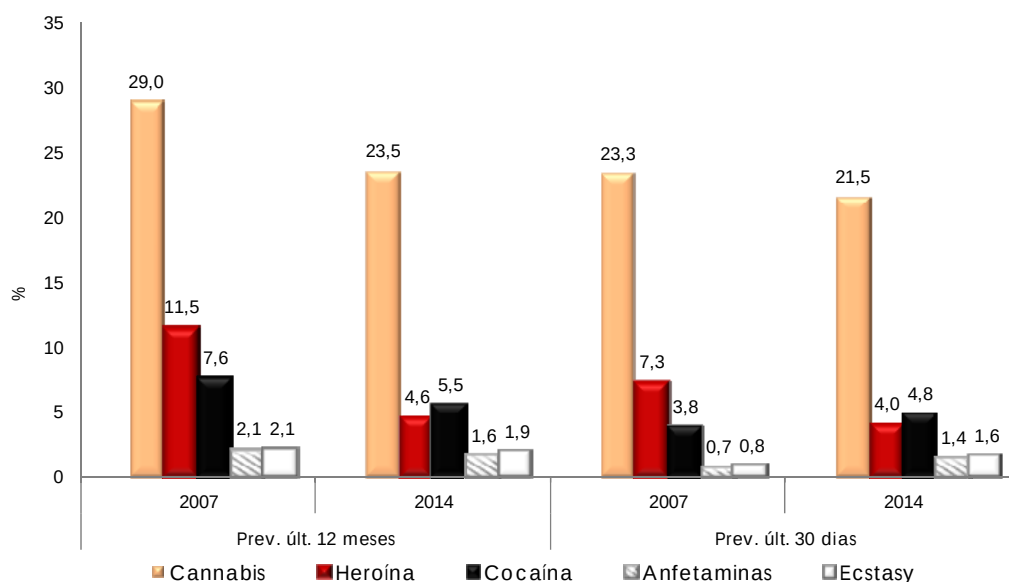
Como expectável, as prevalências de consumo nos últimos 30 dias foram ligeiramente inferiores às dos últimos 12 meses durante a atual reclusão, não se constatando no entanto diferenças relevantes, o que indicia uma certa continuidade/regularidade dos consumos. A este propósito, é de referir que, no contexto da atual reclusão, as substâncias com mais consumo regular nos últimos 30 dias²² foram a cannabis e os hipnóticos/sedativos sem receita médica (respetivamente 9,9% e 2,3% dos inquiridos).

Entre 2007 e 2014 constata-se uma diminuição das prevalências de consumo nos últimos 12 meses, para as substâncias comparáveis entre os dois estudos, sendo de destacar uma vez mais a descida do consumo de heroína.

Quanto às prevalências de consumo nos últimos 30 dias, é de notar o aumento registado entre 2007 e 2014 a nível do consumo de estimulantes (cocaínas, anfetaminas e ecstasy), contrariamente à tendência de diminuição a nível de *qualquer droga*, da cannabis e da heroína.

Figura 22 - População Reclusa, Portugal

Prevalências de Consumo na Atual Reclusão, por Tipo de Droga: Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias (%)
2007/2014



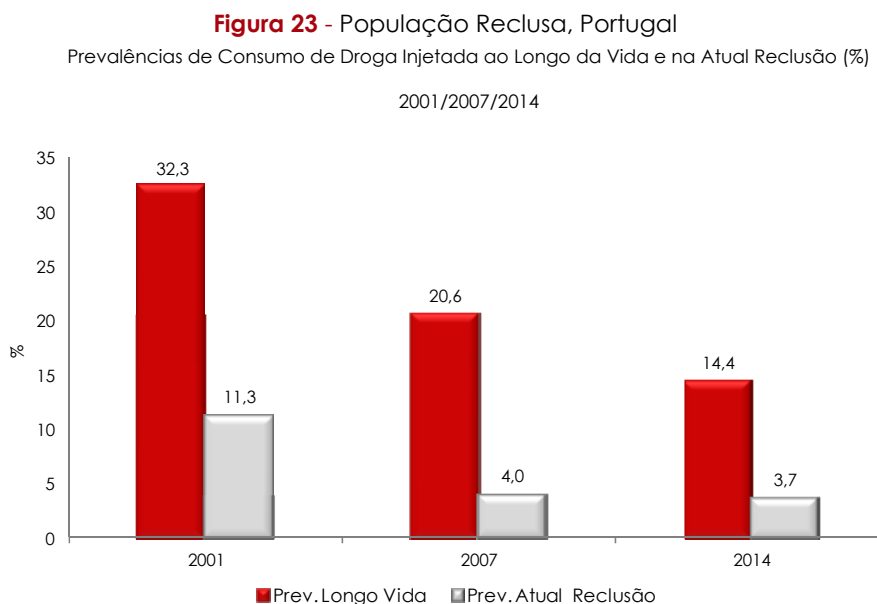
Fonte: Torres et al., 2015 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em relação ao consumo de droga injetada, em 2014, cerca de 14% dos reclusos inquiridos declararam já ter tido esta prática alguma vez ao longo da sua vida, 5,9% alguma vez em contexto de reclusão – nesta e/ou anteriores reclusões –, e 3,7% durante a atual reclusão. Menos de 1% declarou tê-lo feito nos últimos 30 dias na atual reclusão (0,7% dos inquiridos e 0,9% dos consumidores).

²² * Frequência de consumo no último mês na prisão: *diário ou quase diário*.

Entre as substâncias com mais consumo injetado durante a atual reclusão encontram-se as cocaínas, a heroína e os esteróides anabolizantes (10%, 11% e 18% dos consumidores de cada uma destas substâncias).

Verifica-se uma redução desta prática entre 2007 e 2014, com particular relevo a nível das prevalências de consumo ao longo da vida, consolidando assim a acentuada quebra registada entre 2001 e 2007.



Fonte: Torres *et al.*, 2015 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em 2014, cerca de 7% dos reclusos (11% dos consumidores) declararam ter tido alguma *overdose* fora da prisão e, 2,1% em contexto de reclusão (nesta e/ou anteriores reclusões). A maioria (66%) das *overdoses* declaradas ocorreram há 5 ou mais anos e 10% há menos de 1 ano.

De um modo geral, persiste a tendência de prevalências de consumo mais elevadas no grupo masculino e nas faixas etárias dos jovens e jovens adultos, no entanto, ao nível das proporções de consumidores que declararam consumo injetado as diferenças entre sexos esbatem-se um pouco mais, verificando-se em relação a 2007 um envelhecimento dos que praticam esta modalidade de consumo, com uma importante redução desta prática a nível dos mais jovens (grupos dos 16-25 anos e 26-35 anos).

Contexto População Condutora

No ciclo estratégico 2005-2012 foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a **prevalência de álcool, drogas e medicamentos** nos condutores em geral e nos condutores feridos ou mortos em acidentes de viação, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicine*)²³. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011²⁴.

Nos **condutores em geral**, o álcool ($\geq 0,1$ g/L) foi a substância que apresentou a maior prevalência de consumo a nível europeu, seguida dos canabinóides, das benzodiazepinas e da cocaína. Os países do sul apresentaram prevalências mais elevadas de álcool e de drogas ilícitas do que os do norte, e estes registaram uma maior prevalência de medicamentos. O uso de drogas ilícitas era mais comum entre homens jovens enquanto os medicamentos apresentaram maior prevalência entre mulheres em grupos etários mais velhos.

Outra das conclusões foi a de que o risco relativo de acidente e de lesão do condutor aumenta drasticamente com o aumento da TAS, sobretudo acima de 1,2 g/L.

Portugal apresentou a quarta maior prevalência de *qualquer substância psicoativa*²⁵ (10,0%), superior à média dos 13 países europeus incluídos no estudo (7,4%), mas inferior à média da Europa do Sul (14,5%). Também apresentou, em relação às médias europeias, prevalências superiores para o álcool e os medicamentos, mas inferior para as drogas ilícitas. Em relação às médias da Europa do Sul, registou prevalências inferiores de álcool e de drogas ilícitas e superior de medicamentos (a prevalência mais elevada da Europa, devido às benzodiazepinas).

Quanto às drogas ilícitas, apesar da prevalência portuguesa (1,6%) ter sido inferior à média europeia (1,9%) e à média da Europa do Sul (4,5%), era a quarta maior prevalência europeia.

A cannabis foi a droga ilícita mais prevalente (1,4%), sendo a terceira maior prevalência europeia, próxima da média europeia (1,3%) mas inferior à média da Europa do Sul (3,1%). A prevalência de opiáceos ilícitos foi de 0,2% - superior à média europeia (0,1%), e semelhante à média da Europa do Sul (0,2%) - e a prevalência de cocaína de 0,03% - muito inferior à média europeia (0,4%) e à da Europa do Sul (1,2%).

Em relação às associações das várias substâncias psicoativas, Portugal registou a terceira maior prevalência na combinação de álcool com outras substâncias (0,4%) – semelhante à média europeia (0,4%) e inferior à média da Europa do Sul (1,0%) -, e no caso das outras combinações de substâncias psicoativas sem álcool, apresentou a sexta maior prevalência (0,2%), aquém da média europeia (0,4%) e da Europa do Sul (0,9%).

²³ Na realidade tratam-se de 2 estudos em que Portugal participou no âmbito deste projeto coordenado pelo *Federal Highway Research Institute*: 1) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores em geral, em que participaram países da Europa do Norte (Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia), da Europa do Sul (Espanha, Itália e Portugal), da Europa de Leste (Hungria, Lituânia, Polónia e República Checa,) e da Europa Ocidental (Bélgica e Holanda); 2) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores feridos (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Itália e Lituânia) ou mortos (Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia) em acidentes de viação. Competiu ao INMLCF, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

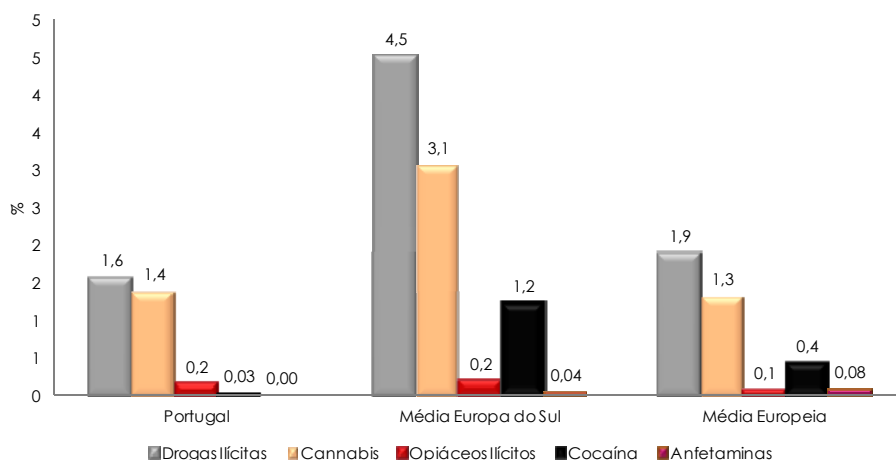
²⁴ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti, *et al.*, 2011.

²⁵ Álcool, drogas ilícitas (opiáceos, cocaína, cannabis, anfetaminas e derivados) e medicamentos, num total de 23 substâncias.

Figura 24 - População de Condutores em Geral

Prevalências de Consumo de Substâncias Psicoativas (%)

2008/2009



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

No caso dos **condutores feridos ou mortos** em acidentes de viação, a nível europeu constatou-se que as prevalências de consumo são, em geral, superiores às dos condutores em geral, mais que duplicando no caso do álcool.

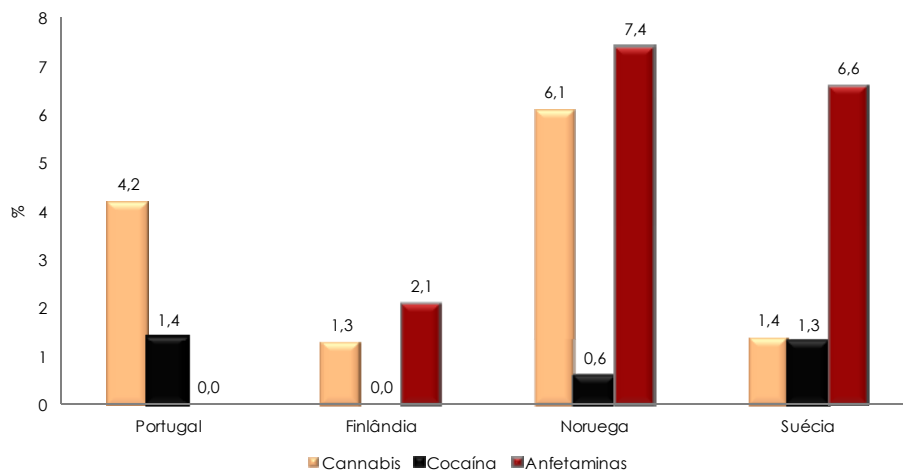
O álcool foi a substância mais detetada entre os condutores feridos ou mortos em acidentes de viação, seguido das benzodiazepinas e da cannabis, muitas vezes em associação com o álcool. As anfetaminas apresentaram maiores prevalências nos países da Europa do Norte e a cocaína nos países do Sul.

Entre os quatro países com estudo realizado sobre os condutores mortos em acidentes de viação²⁶, Portugal apresentou a maior prevalência de álcool e as menores prevalências de medicamentos e de drogas ilícitas (exceto a Finlândia, que teve prevalências inferiores de drogas ilícitas).

Figura 25 - População de Condutores Mortos em Acidentes de Viação

Prevalências de Consumo de Substâncias Psicoativas (%)

2008/2009



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

²⁶ Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia.

Em Portugal, as drogas ilícitas mais prevalentes nos condutores mortos em acidentes de viação foram a cannabis (4,2%) e a cocaína (1,4%), contrariamente aos outros países em que foram as anfetaminas.

Portugal apresentou uma prevalência de consumo de cannabis superior às da Finlândia e Suécia e inferior à da Noruega, e uma prevalência de consumo de cocaína muito próxima à da Suécia e superior às da Finlândia e Noruega. Em contrapartida, a prevalência de anfetaminas foi nula, contrariamente aos outros países em que estas foram a droga ilícita mais prevalente.

Quanto às associações destas substâncias, entre os quatro países deste estudo, Portugal registou a segunda menor prevalência de associações com álcool (6,0%) e a menor prevalência de associações sem álcool (0,4%).

Destes estudos resultaram diversas recomendações que foram consideradas no planeamento do atual ciclo estratégico, com vista à minimização do impacto do álcool, drogas e medicamentos no desempenho da condução.

2. Tratamento²⁷

Em 2014 deu-se continuidade à articulação dos vários recursos de saúde e socio sanitários, públicos e privados, de modo a melhorar as respostas às múltiplas necessidades dos utentes com problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas²⁸.

Antes de mais, importa fazer uma contextualização metodológica relativamente aos dados no âmbito deste capítulo do Relatório.

Sendo a elaboração deste Relatório uma resposta a um imperativo legal no contexto das drogas ilícitas, não estão aqui incluídos os dados relativos aos utentes que recorreram às estruturas de tratamento por problemas relacionados com o consumo de álcool.

Por outro lado, em 2010 entrou em funcionamento a nível nacional o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), implicando migrações de dados de diferentes sistemas, alterações dos critérios de registo e ajustes progressivos no sistema, o que impõe alguma cautela na leitura evolutiva dos dados. Também os critérios de análise de dados têm-se adaptado a estas alterações e às potencialidades do SIM (por exemplo, eliminação do duplo registo), implicando mudanças nos critérios utilizados em anos anteriores.

Em 2013 também se alteraram algumas nomenclaturas e definições de caso de indicadores, otimizando a normalização com os critérios europeus, tendo sido, no entanto, utilizados os mesmos critérios relativamente aos dados aqui apresentados para os anos anteriores.

A informação aqui disponibilizada sobre a rede licenciada inclui estruturas com camas convencionadas e não convencionadas.

Por último, quanto à apresentação da informação, é de referir que se privilegia a perspetiva epidemiológica nacional, sem prejuízo da apresentação de dados a nível regional, com o critério geográfico de residência dos utentes e não de local das estruturas de tratamento.

Em 2014, na rede pública de tratamento dos comportamentos aditivos e dependências (ambulatório) estiveram em tratamento no ano, 27 689 utentes, inscritos como utentes com problemas relacionados com o uso de drogas e com pelo menos um evento assistencial no ano. Dos que iniciaram tratamento em 2014, 1 803 eram utentes readmitidos e 1 950 eram novos utentes, ou seja, utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

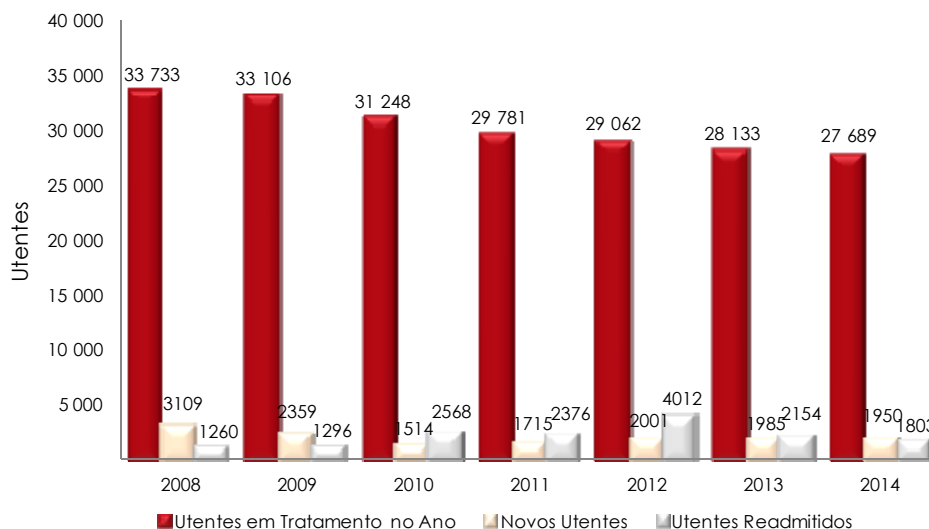
²⁷ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 39-58, disponível em <http://www.sicad.pt>. As fontes dos dados apresentados são o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) e a informação enviada ao SICAD pelas estruturas de internamento públicas e licenciadas, no âmbito das suas competências de proceder à recolha e tratamento dos dados reunidos nos serviços públicos e organizações privadas com intervenção nestas áreas.

²⁸ Ver Relatório Anual 2014 - Respostas e intervenções no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências.

Figura 26 - Utentes: em Tratamento no Ano*, Novos e Readmitidos**

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)

2008-2014



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2013 (dados até 2012), 2.º semestre de 2014 (dados 2013) e 1.º semestre de 2015 (dados 2014).

*Utentes inscritos *com problemas relacionados com o uso de drogas* e com pelo menos um evento assistencial no ano.

**Utentes inscritos *com problemas relacionados com o uso de drogas* que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

Em 2010 entrou em funcionamento a nível nacional o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), implicando migrações de dados de diferentes sistemas, alterações dos critérios de registo e ajustes progressivos no sistema, o que impõe cautelas na leitura evolutiva dos dados. Não obstante as consequentes alterações dos critérios de análise de dados face à informação publicada até 2012, foram utilizados os mesmos critérios relativamente aos dados aqui apresentados para os anos anteriores.

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Constata-se desde 2009 uma tendência para o decréscimo do número de utentes em tratamento em ambulatório.

Em relação aos novos utentes, após os acréscimos verificados entre 2010 e 2012, regista-se nos últimos três anos uma tendência para a estabilidade do número destes utentes.

Pelo segundo ano consecutivo que se constata uma diminuição do número de utentes readmitidos, representando os valores dos últimos dois anos os mais baixos desde 2010. Pela primeira vez desde 2010, o número de readmitidos foi inferior ao de novos utentes, à semelhança do ocorrido anteriormente a essa data, o que poderá refletir as alterações já referidas no sistema de registo de dados²⁹.

Em 2014, estiveram integrados nesta rede 16 587 utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos³⁰, 10 838 só em metadona, 5 475 só em buprenorfina, e 274 em metadona e buprenorfina em diferentes períodos no ano.

Os utentes em tratamento em 2014 no contexto desta rede eram, à data do início do tratamento, maioritariamente residentes nos distritos do Porto (22%), Lisboa (21%), Setúbal (10%) e

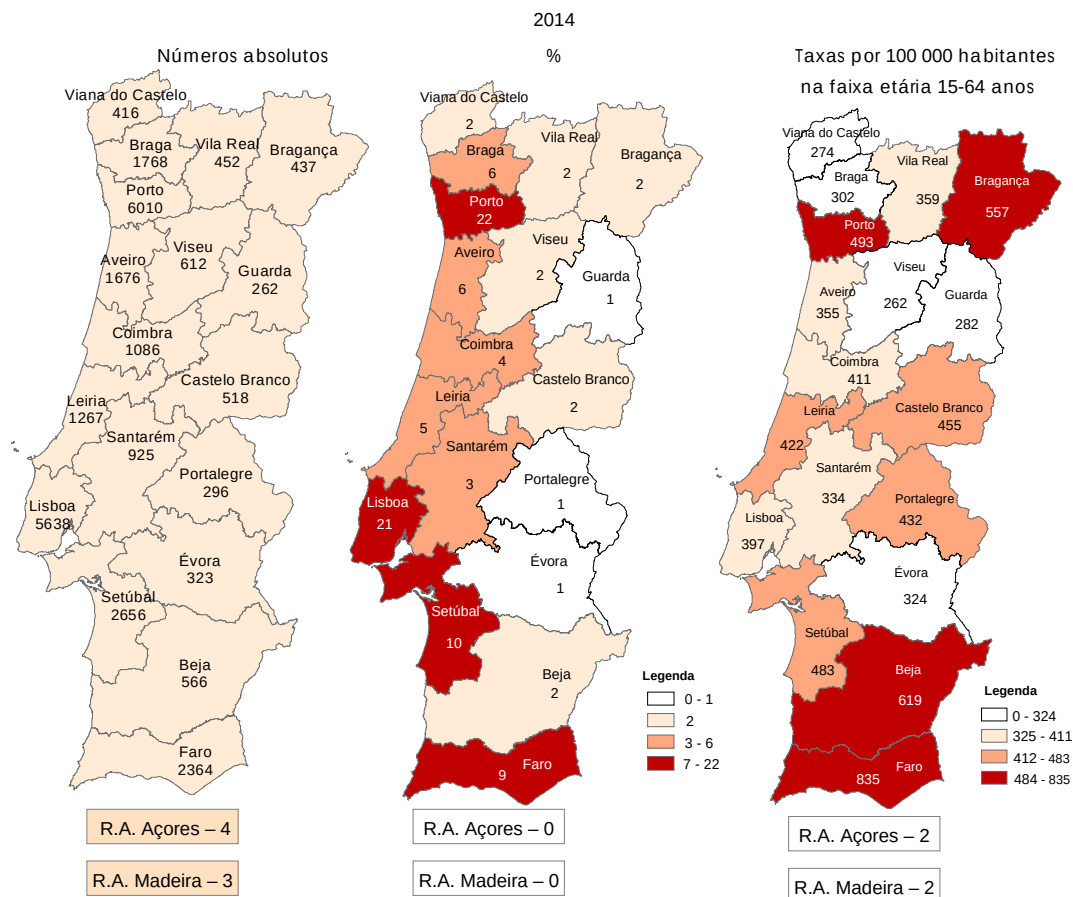
²⁹ 2010 foi o ano em que o SIM entrou em funcionamento a nível nacional e a inversão da tendência nesse ano e a sua continuidade nos três anos subsequentes poderá refletir os ajustamentos dos registos a nível nacional (por exemplo, as junções de processos, bem como outros procedimentos de registo de utentes que entretanto têm vindo a ser otimizados).

³⁰ Com pelo menos uma toma de metadona ou uma receita de buprenorfina no ano. Continua a existir um subregisto dos utentes em programa de metadona no SIM por parte de algumas Equipas de Tratamento. Em 2014, cerca de 5% dos utentes integrados em programas de buprenorfina, estiveram com tomas de associação de buprenorfina e naloxona.

Faro (9%), verificando-se também proporções relevantes na maioria dos distritos do norte litoral. As taxas mais elevadas de utentes por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Faro, Beja, Bragança e Porto.

Figura 27 - Utentes em Tratamento no Ano*, segundo a Residência**

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)



Data da recolha de informação: 1.º semestre de 2015.

*Utentes inscritos com problemas relacionados com o uso de drogas e com pelo menos um evento assistencial no ano.

**Desconhece-se o local de residência de 410 indivíduos.

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

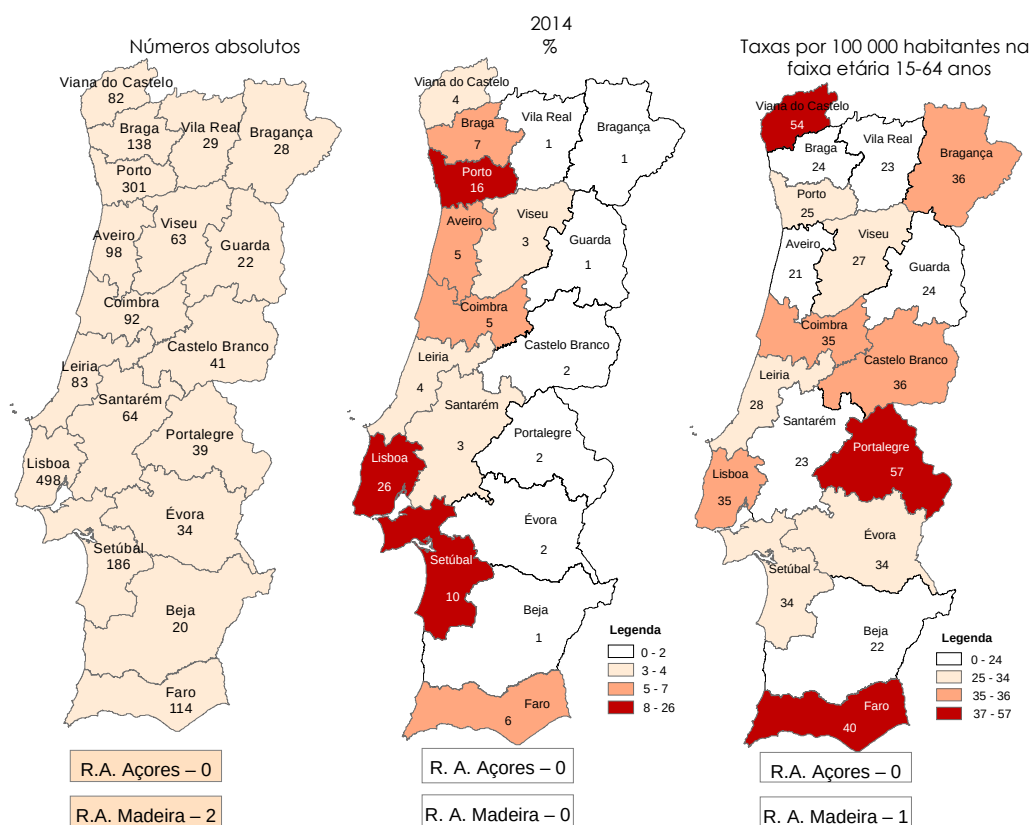
Em relação aos que iniciaram tratamento em 2014, os novos utentes eram predominantemente residentes nos distritos de Lisboa (26%), Porto (18%) e Setúbal (10%). As taxas mais elevadas de novos utentes por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Portalegre, Viana do Castelo e Faro.

Por outro lado, os utentes readmitidos em 2014, residiam sobretudo nos distritos de Lisboa (23%), Porto (16%) e Braga (13%), e as taxas mais elevadas por habitantes de 15-64 anos registaram-se nos distritos de Vila Real, Braga e Beja.

Figura 28 - Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo a Residência*

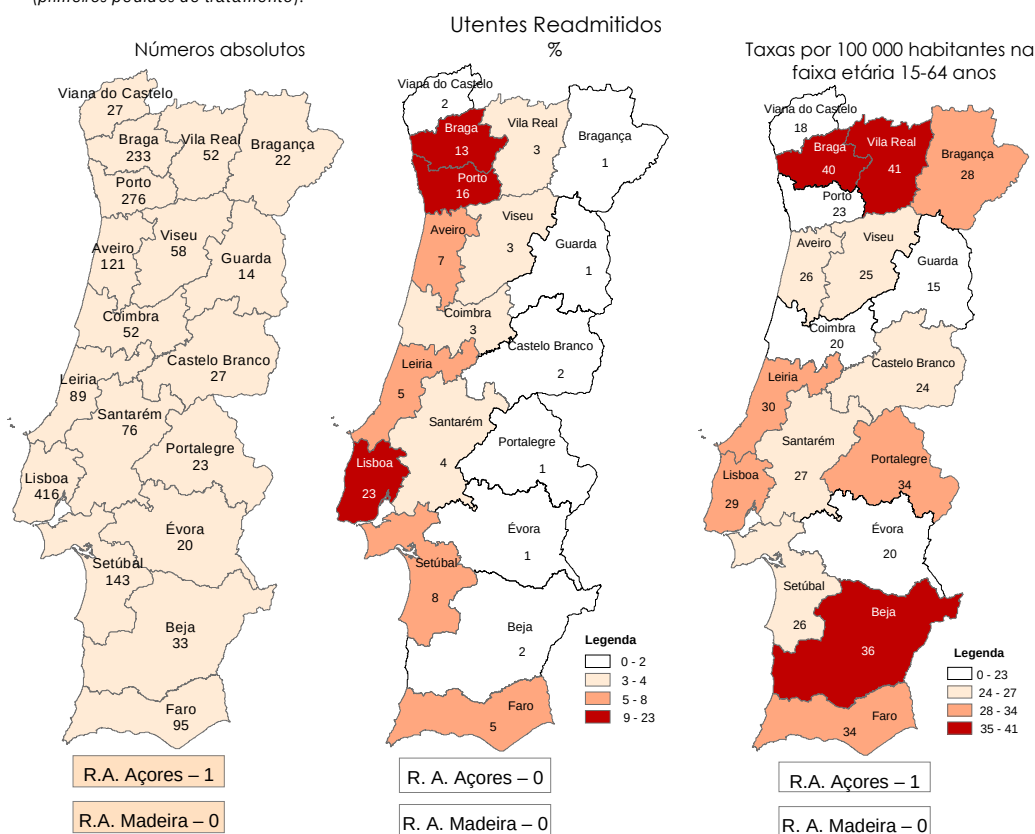
Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)

Novos Utentes**



*Desconhece-se o local de residência de 16 indivíduos.

** Utentes inscritos com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).



*Desconhece-se o local de residência de 25 indivíduos.

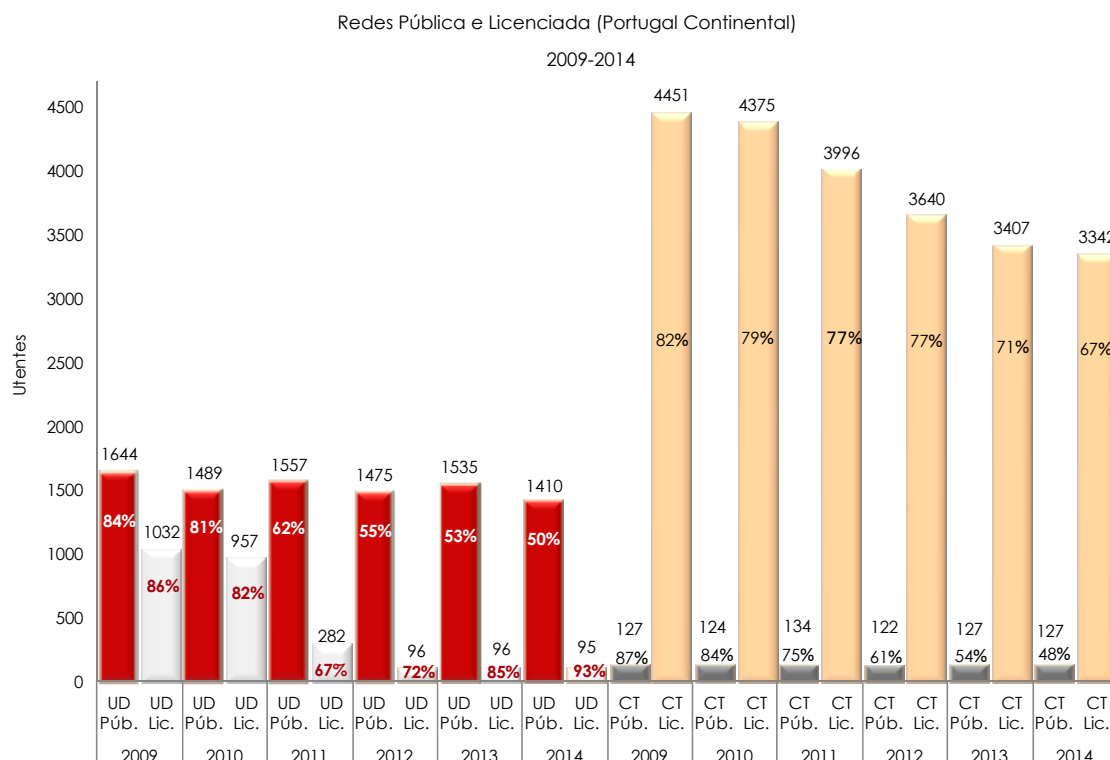
Data da recolha de informação: 1.º semestre de 2015.

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; DMI – DEI

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Em 2014, nas redes pública e licenciada³¹, registaram-se 793 internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabilitação (706 em UD públicas e 87 em UD licenciadas), representando 53% do total de internamentos nestas estruturas³². O número de internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas em Comunidades Terapêuticas foi de 2 256 (61 em CT públicas e 2195 em CT licenciadas), correspondendo a 66% do total de internamentos nestas estruturas³³.

Figura 29 - Utentes em Tratamento em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica, segundo o Ano: Total e % por problemas de uso de drogas*



* Os valores absolutos referem-se ao total de internamentos nestas estruturas e os percentuais aos internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas (base %: casos com informação sobre as dependências/patologias).

Dados das estruturas licenciadas: os dados de 2013 foram atualizados com a informação recebida até 31/03/2015; os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2016.

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

De um modo geral, o número de internamentos em UD e CT por problemas relacionados com o uso de drogas tem vindo a diminuir desde 2009, em ambas as redes.

Relativamente à caracterização dos consumos dos utentes que recorreram em 2014 às estruturas de tratamento³⁴ por problemas relacionados com o uso de drogas, constata-se que, no ambulatório, a heroína continua a ser a substância principal mais referida pelos utentes em tratamento no ano (80%). A nível dos que iniciaram tratamento em 2014, tal ocorreu também com os utentes readmitidos (77%), mas não com os novos utentes, em que, pelo terceiro ano consecutivo, a cannabis surgiu como a substância principal mais referida (51%).

³¹ Os dados de 2014 das estruturas licenciadas são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2016. Base %: casos com informação sobre as dependências/patologias.

³² 47% por problemas relacionados com o consumo de álcool e 0,1 % relacionados com outras dependências/patologias.

³³ 31% por problemas relacionados com o consumo de álcool e 2% relacionados com outras dependências/patologias.

³⁴ Estruturas de ambulatório da rede pública - Centros de Respostas Integradas (CRI) - em que se diferenciam os utentes em tratamento no ano, os novos utentes e os utentes readmitidos, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas das redes pública e licenciada.

Também entre os utentes das Unidades de Desabilitação a heroína foi a droga principal mais referida (66% nas públicas e 60% nas licenciadas), mas, nas Comunidades Terapêuticas tal ocorreu a nível das licenciadas (35%) mas não das públicas, em que, à semelhança dos dois anos anteriores, a droga principal mais referida foi a cocaína (46%)³⁵.

Quadro 3 - Consumos dos Utes em Tratamento da Toxicodependência*, por Tipo de Estrutura

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2014

Estrutura / Rede		Utes em Ambulatório na Rede Pública			Utes Unidades Desab.		Utes Comunidades Terap.	
		Em Tratamento	Ano Novos	Readmitidos	Públicas	Licenciadas ^{b)}	Públicas	Licenciadas ^{b)}
Consumos ^{a)}	Substância Principal							
	Heroína	80,4%	24,4%	76,8%	65,6%	59,8%	36,1%	35,2%
	Cocaína ^{c)}	7,6%	17,6%	9,8%	23,1%	29,9%	45,9%	29,7%
Consumo de Droga por Via Injetada	Cannabis	7,9%	51,2%	8,2%	2,8%	9,2%	13,1%	28,5%
	Ao Longo da Vida	40,0%	10,1%	40,3%	57,1%	46,4%	32,2%	35,6%
	Nos Últimos 12 Meses	— ^{e)}	3,2%	21,4%	20,8%	15,5%	22,0%	20,0%
Partilha de Qualquer Material de Consumo de Droga Injetada ^{d)}	Ao Longo da Vida	74,6%	52,9%	62,1%	50,5%	22,9%	58,8%	62,9%
	Nos Últimos 12 Meses	— ^{e)}	26,5%	32,4%	13,1%	0,0%	33,3%	35,2%

Data da recolha de informação: 1.º semestre de 2015.

* Utes que recorreram a tratamento por *problemas relacionados com o uso de drogas*. No caso das estruturas de internamento, este critério foi aplicado pela primeira vez em 2013, exigindo cautelas na leitura comparativa com os dados publicados em anos anteriores (que se reportavam a todos os utentes internados nestas estruturas, incluindo outras dependências/patologias).

a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem às categorias com maior relevância percentual.

b) Os dados são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2016.

c) Inclui cocaína e base de cocaína.

d) Os valores reportam-se aos subgrupos de injetores nos períodos em referência.

e) Uma vez que os utentes em tratamento no ano incluem aqueles que iniciaram tratamento em anos anteriores, a informação registada à data de início do tratamento sobre os últimos 12 meses não corresponde necessariamente a consumos recentes.

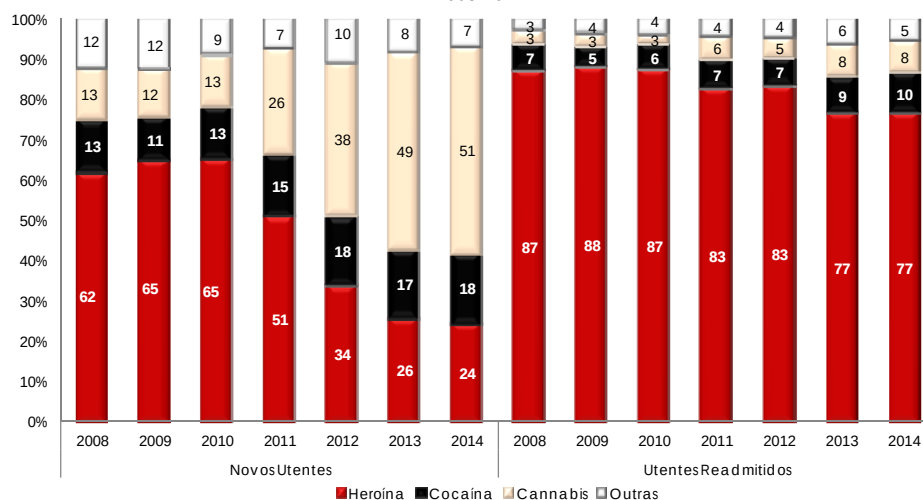
Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 30 – Utes que Iniciaram Tratamento no Ano: Substância Principal, segundo o Ano

Novos Utes* e Utes Readmitidos

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)

2008-2014



*Utes inscritos com *problemas relacionados com o uso de drogas* que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

³⁵ Inclui cocaína e base de cocaína.

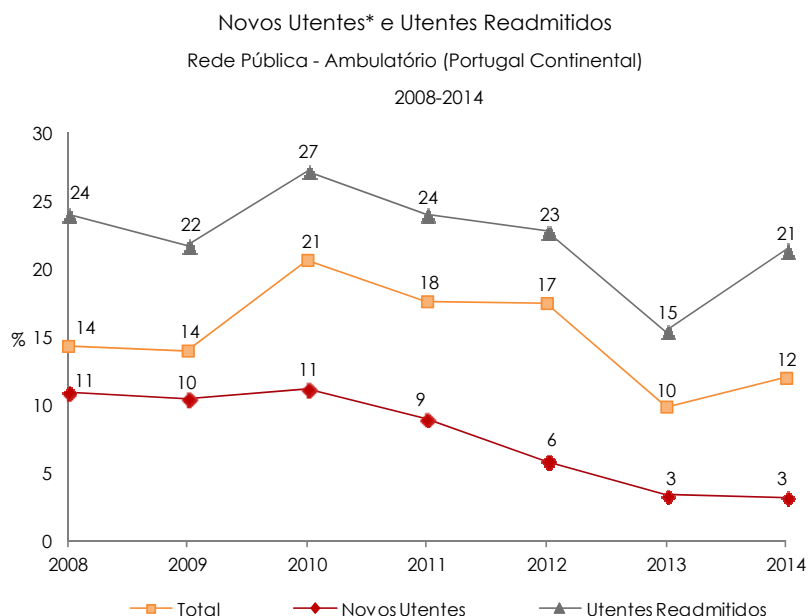
A análise da evolução das substâncias principais dos utentes que iniciaram tratamento no ano evidencia, nos últimos quatro anos por comparação com os anos anteriores, uma tendência de aumento nas proporções de novos utentes que referem a cannabis e a cocaína como substâncias principais. Entre os utentes readmitidos a heroína mantém-se com proporções elevadas, registando-se no entanto, nos últimos quatro anos, uma tendência para o decréscimo, a favor da cocaína e da cannabis.

Quanto ao consumo de droga injetada, com exceção dos novos utentes em ambulatório, as prevalências ao longo da vida variaram entre os 32% e 57% e as prevalências nos últimos 12 meses entre os 16% e 22%. Entre os novos utentes em ambulatório, em que a substância predominante é a cannabis, as prevalências de consumo de droga injetada foram bastante inferiores e semelhantes às registadas no ano anterior, na ordem dos 10% ao longo da vida e 3% nos últimos 12 meses.

De um modo geral, as proporções de utentes com consumos recentes (últimos 12 meses) de droga injetada diminuem de forma significativa quando comparadas com as de utentes com consumos ao longo da vida, indiciando uma tendência de alterações relevantes nos comportamentos de consumo.

No caso dos que iniciam tratamento no ano, constata-se descidas relevantes das prevalências dos consumos recentes de droga injetada entre os novos utentes ao longo dos últimos anos. Entre os utentes readmitidos, apesar das oscilações anuais, verifica-se também uma tendência de diminuição, registando-se em 2013 e 2014 os valores mais baixos dos últimos dez anos, apesar do aumento entre 2013 e 2014, da prevalência do consumo recente de droga injetada.

Figura 31 – Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano:
Consumo de Droga Injetada nos Últimos 12 Meses, segundo o Ano



*Utentes inscritos com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

De um modo geral, esta tendência de diminuição dos consumos recentes de droga injetada é também evidente entre os utentes das UD e CT.

Relativamente às proporções de partilha de material de consumo de droga injetada³⁶ nos subgrupos de injetores nas temporalidades consideradas, entre 23% e 75% de injetores partilharam este tipo de material ao longo da vida. Nos últimos 12 meses, estas proporções variaram entre os 0% e 35%, surgindo a mais elevada entre os injetores das CT licenciadas.

Como se pode constatar, as proporções de injetores que partilharam recentemente este tipo de material de consumo diminuem bastante quando comparadas às de injetores com essas práticas ao longo da vida, indiciando alterações relevantes nestes comportamentos.

A análise das características sociodemográficas dos utentes que em 2014 estiveram em tratamento da toxicodependência nas diferentes estruturas, evidencia que, continuam a ser na sua maioria do sexo masculino (71% a 89%), com idades entre os 35-44 anos (22% a 51%), variando as idades médias entre os 31 e 41 anos.

**Quadro 4 – Socio demografia dos Utes em Tratamento da Toxicodependência*,
por Tipo de Estrutura**

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2014

Estrutura / Rede Caract. Sociodemográfica ^{a)}		Utentes em Ambulatório na Rede Pública			Utentes Unidades Desabilitação		Utentes Comunidades Terap.	
		Em Tratamento no Ano	Novos	Readmitidos	Públicas	Licenciadas ^{b)}	Públicas	Licenciadas ^{b)}
Sexo	Masculino	83,9%	84,5%	89,4%	81,2%	83,9%	70,5%	82,9%
Grupo Etário	25-34 anos	16,3%	34,1%	18,9%	23,4%	31,0%	29,5%	21,3%
	35-44 anos	43,6%	21,8%	47,0%	48,2%	33,3%	50,8%	35,3%
	45-54 anos	30,0%	9,3%	26,9%	22,1%	33,3%	8,2%	16,5%
	Idade Média	41	31	40	39	40	35	34
Nacionalidade	Portuguesa	96,4%	92,9%	98,2%	96,9%	90,7%	100,0%	96,0%
Estado Civil	Solteiro	59,2%	69,0%	58,7%	50,8%	50,0%	65,6%	72,0%
	Casado / União de Facto	27,1%	21,0%	25,1%	25,9%	26,2%	8,2%	12,8%
Situação Coabitação	Só c/ família de origem	45,8%	50,8%	43,5%	39,9%	43,8%	60,7%	44,3%
	Sozinho	14,2%	13,4%	17,7%	22,1%	17,5%	14,8%	23,1%
	Só c/ companheiro	11,9%	9,3%	10,2%	7,5%	6,3%	4,9%	6,5%
	Só c/ companheiro e filhos	13,1%	10,7%	11,9%	12,3%	11,3%	1,6%	3,8%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	56,6%	39,3%	54,4%	25,4%	46,9%	18,0%	32,6%
	3.º Ciclo	26,6%	31,4%	28,5%	40,8%	29,6%	45,9%	35,2%
Situação Profissional	Empregado	40,1%	36,0%	35,8%	28,4%	29,6%	13,1%	18,4%
	Desempregado	48,5%	42,1%	54,3%	64,1%	63,0%	78,7%	53,2%
	Estudante / F. Profissional	4,5%	15,3%	3,9%	1,6%	2,5%	3,3%	21,0%

Data da recolha de informação dos utentes em ambulatório: 1.º semestre de 2015.

* Utentes que recorreram a tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas. No caso das estruturas de internamento, este critério foi aplicado pela primeira vez em 2013, exigindo cautelas na leitura comparativa com os dados publicados em anos anteriores (que se reportavam a todos os utentes internados nestas estruturas, incluindo outras dependências/patologias).

a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem as categorias com maior relevância percentual.

b) Os dados são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2016.

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

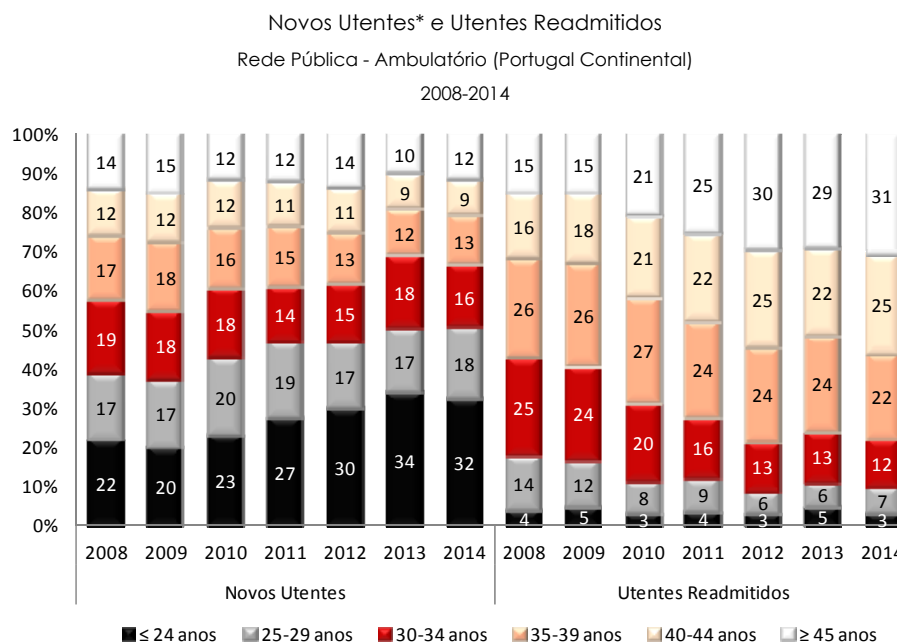
Continuam a ser predominantemente indivíduos de nacionalidade portuguesa (91% a 100%) e solteiros (50% a 72%). A maioria vive com familiares, predominando uma vez mais a coabitação só com a família de origem (40% a 61%).

³⁶ É de referir, a nível dos utentes em ambulatório, que continua a persistir um importante subregisto desta informação.
Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

De um modo geral, continuam a ser populações com baixas habilitações literárias (64% a 83% com habilitações iguais ou inferiores ao 3.º ciclo do ensino básico) e situações laborais precárias (42% a 79% estavam desempregados).

A análise da evolução da distribuição por grupo etário dos utentes que iniciaram tratamento ao longo dos últimos anos evidencia, sobretudo nos cinco últimos anos, um aumento das proporções de novos utentes em idades jovens, verificando-se em contrapartida, um progressivo envelhecimento dos utentes readmitidos.

Figura 32 - Uteses que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo o Ano, por Grupo Etário



*Uteses inscritos com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Esta heterogeneidade dos perfis demográficos e de consumo dos utentes em tratamento, poderá refletir a maior articulação dos vários serviços interventores com vista a adequar as respostas às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população, importando continuar a reforçar a diversificação das respostas e a investir nas intervenções preventivas de comportamentos de consumo de risco.

Contexto Prisional³⁷

Em 2014, no contexto das estruturas de tratamento da toxicodependência da responsabilidade do sistema prisional, persiste a tendência de decréscimo verificada nos últimos anos na capacidade dos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência, tendência que reflete a procura destes Programas por parte da população reclusa.

Em 2014 estiveram integrados 137 reclusos nos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência, representando o valor mais baixo desde a década anterior e reforçando a tendência de decréscimo verificada no anterior ciclo estratégico 2005-2012.

Quadro 5 - Utentes em Programas de Tratamento nos Estabelecimentos Prisionais*

2014 e variações relativas a 2013/2011/2008

Programas de Tratamento	2014	%	Δ 13-14	Δ 11-14	Δ 08-14
Responsabilidade dos Estabelecimentos Prisionais**					
Programas de Tratamento Orientados para Abstinência					
Unidades Livres de Drogas	137	100	-25,9	-38,6	-53,9
	31 Dez. 2014	%	Δ 31 Dez. 13-14	Δ 31 Dez. 11-14	Δ 31 Dez. 08-14
Programas Farmacológicos	458	100,0	-1,7	-8,9	19,9
Programas Terapêuticos c/ Agonistas Opiáceos	436	95,2	0,2	-4,0	52,4
Programas Terapêuticos c/ Antagonistas Opiáceos	22	4,8	-29,0	-55,1	-77,1
Responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde (ARS) / Centros de Respostas Integradas (CRI) - ET**					
Programas Farmacológicos	551	100,0	-10,1	-19,1	-15,5
Programas Terapêuticos c/ Agonistas Opiáceos	536	97,3	-12,6	-20,2	-
Programas Terapêuticos c/ Antagonistas Opiáceos	15	2,7	-	66,7	-
Responsabilidade das Estruturas de Saúde das Regiões Autónomas**					
Programas Farmacológicos	143	100,0	-7,7	28,8	-
Programas Terapêuticos c/ Agonistas Opiáceos	143	100,0	-7,1	28,8	-
Programas Terapêuticos c/ Antagonistas Opiáceos	..	-	-100,0	0,0	-

* A 31/12/2014, existiam ainda 185 reclusos em outras unidades / programas de tratamento da toxicodependência.

** Prescrição e acompanhamento da responsabilidade dos profissionais de saúde dos Serviços mencionados.

Fonte: Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; DMI – DEI

A 31/12/2014 estavam integrados 1 152 reclusos em Programas Farmacológicos, 1 115 dos quais com agonistas opiáceos e 37 com antagonistas opiáceos, valores um pouco inferiores aos registados em 2013.

Verifica-se nos últimos três anos uma ligeira descida contínua do número de reclusos integrados nestes Programas – seja da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais, seja em articulação com outras estruturas de tratamento em meio livre –, o que poderá estar relacionada com a eventual diminuição da procura de tratamento para o uso de opiáceos³⁸.

Por último, é ainda de mencionar que a 31/12/2014, para além dos reclusos inseridos em programas farmacológicos ou orientados para a abstinência, existiam 185 reclusos em outras unidades / programas de tratamento da toxicodependência, que têm vindo a surgir face às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população reclusa.

³⁷ A fonte dos dados apresentados é a informação enviada pela Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais ao SICAD, no âmbito das suas competências de *proceder à recolha e tratamento dos dados reunidos nos serviços públicos e organizações privadas com intervenção nestas áreas*.

³⁸ De acordo com os resultados do *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional 2014*, verifica-se entre 2007 e 2014, tal como na população geral, uma diminuição do consumo recente de heroína na população reclusa (ver capítulo 1. *Alguns Resultados de Estudos*). Por outro lado, segundo este estudo, cerca de três quartos dos reclusos declararam ter acesso a tratamento de substituição opiácea dentro da prisão.

3. Doenças Infecciosas³⁹

3.1. Notificações da Infecção por VIH/SIDA⁴⁰

De acordo com os dados do INSA, I.P., à data da recolha da informação⁴¹ encontravam-se notificados 52 694 casos de infeção por VIH diagnosticados até 31/12/2014 em Portugal, 20 856 (40%) dos quais com diagnóstico de SIDA.

Quadro 6 - Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA,
Associados ou não à Toxicodependência

01/01/1983 - 31/12/2014

Ano Diagnóstico ^{a)}	Casos de Infecção por VIH							
	Total Casos de VIH				Casos de SIDA			
	Total	Associados à Toxicodependência	Não Associados à Toxicodependência	Não referido	Total	Associados à Toxicodependência	Não Associados à Toxicodependência	Não referido
Total	52 694	18 539	33 170	985	20 856	9 126	11 344	386
2014 ^{b)}	920	40	861	19	249	42	203	4

Data da recolha de informação 30 de junho de 2015.

a) Nos casos de infeção por VIH, o ano de diagnóstico refere-se ao diagnóstico inicial de infeção por VIH independentemente do estadio clínico. Nos casos de SIDA, refere-se ao ano de diagnóstico do estadio SIDA, podendo ser posterior ao ano de diagnóstico inicial de VIH.

b) A atualização posterior das notificações de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

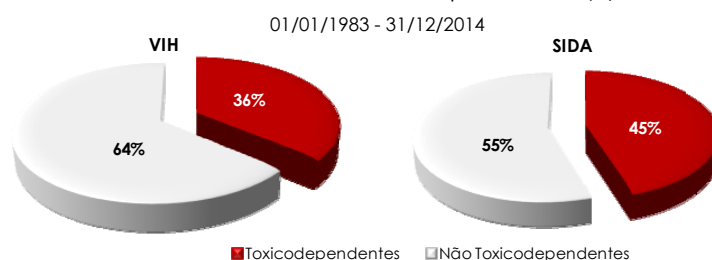
Nas categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência encontravam-se notificados 18 539 casos de infeção por VIH, 9 126 (49%) dos quais com diagnóstico de SIDA. Os casos associados à toxicodependência representavam 36% do total das notificações de casos de infeção por VIH e 45% das notificações de casos de SIDA.

³⁹ Ver o Anexo ao *Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, p. 59-70, disponível em <http://www.sicad.pt>

⁴⁰ Em 2012, foram atualizadas a nível europeu, as definições de caso para a notificação de doenças transmissíveis (J.O. L 262/1 de 27.9.2012), contribuindo para uma melhor uniformização da informação epidemiológica nos diferentes países do espaço comunitário. Face aos requisitos atuais da vigilância epidemiológica da infeção por VIH, a informação apresentada reporta-se aos dados da vigilância dos "casos de infeção por VIH" e dos "casos de SIDA", de acordo com as definições europeias. A partir de 2013, é de assinalar a melhoria da fiabilidade e celeridade da informação da epidemia de VIH em Portugal, na sequência da implementação do programa SI.VIDA nos hospitais nacionais onde são seguidos os indivíduos infetados por VIH.

Desde 2013 foram também alterados no âmbito deste Relatório, os critérios de análise dos dados relativos às datas do diagnóstico (em relação à SIDA, passou a considerar-se a data de diagnóstico deste estadio, que pode ser posterior à data inicial de diagnóstico do VIH) e os relativos às categorias de transmissão (os casos sem informação deixaram de ser considerados no cálculo das proporções dos grupos *toxicodependentes/não toxicodependentes*). À semelhança do efetuado nos anos anteriores, na categoria de transmissão relacionada com a toxicodependência, consideram-se os casos "toxicodependente" e "homo / toxicodependente", tendo em atenção o foco da abordagem no contexto deste Relatório.

⁴¹ 30 de junho de 2015.

Figura 33 - Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA, Associados ou não à Toxicodependência (%)

Data da recolha de informação 30 de junho de 2015.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

À data da recolha de informação, tinham sido notificados 920 casos de infeção por VIH diagnosticados em 2014, 4% dos quais em categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência, e 249 casos de SIDA diagnosticados em 2014, 17% dos quais associados à toxicodependência.

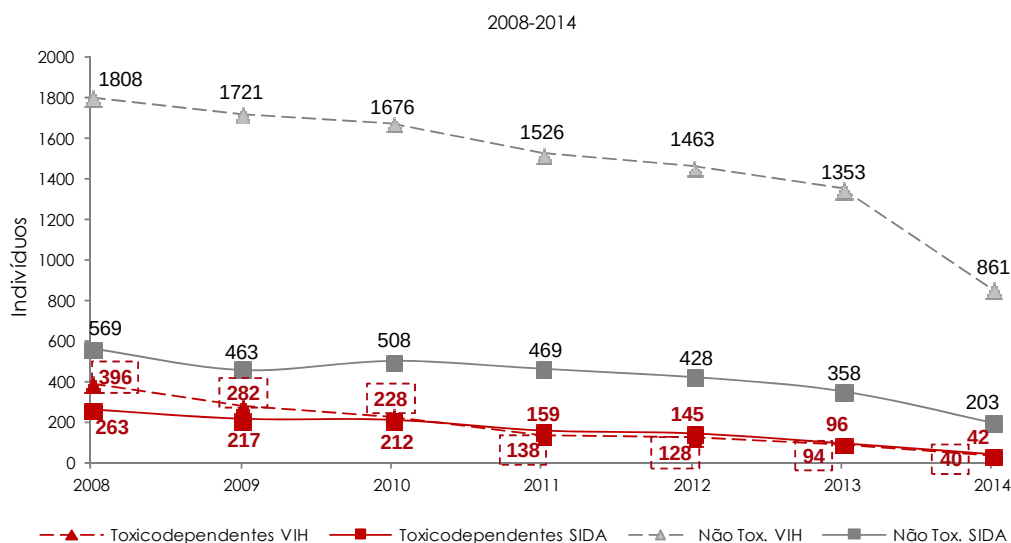
É de salientar que os novos casos de infeção por VIH notificados não são uma medida real de incidência, uma vez que incluem quer casos com infeção adquirida recentemente como casos em que a infeção ocorreu há vários anos. A este propósito, e apesar das limitações dos dados devido à escassez de informação sobre a data provável de infeção, é de referir que continua a verificar-se nos novos casos de infeção por VIH uma maior proporção de infeções presumivelmente adquiridas há mais de cinco anos nos casos associados à toxicodependência, o que evidencia a necessidade de se continuar a investir no diagnóstico precoce junto da população toxicodependente⁴².

A análise da evolução das notificações em Portugal, ou seja, a distribuição dos casos notificados por ano de diagnóstico, evidencia uma tendência decrescente a partir de 2000 no número de casos diagnosticados com a infeção por VIH, ocorrendo a um ritmo mais acentuado nos relacionados com a toxicodependência por comparação com os restantes casos.

Nos anos mais recentes continua a registar-se a tendência de decréscimo no número total de notificações de casos de infeção por VIH e de casos de SIDA diagnosticados anualmente, e a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência (40 casos diagnosticados com VIH em 2014, 94 em 2013, 128 em 2012, 138 em 2011, 228 em 2010, 282 em 2009 e 396 em 2008), salvaguardadas as atualizações futuras dos dados.

⁴² Dos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2014, apenas 13% dos associados à toxicodependência e 19% dos relacionados com outras categorias de transmissão tinham informação sobre o ano provável de infeção: cerca de 20% dos primeiros e 7% dos segundos tinham a data provável de infeção anterior a 2010. Em relação ao diagnóstico precoce na população toxicodependente, é de referir que, após o término do Programa KLOTHO (2007-2008), continuou a ser aplicada a metodologia ADR - *Aconselhamento, Detecção e Referenciação* - a nível dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência e dos utentes das equipas de rua.

Figura 34 - Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA: Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Diagnóstico*



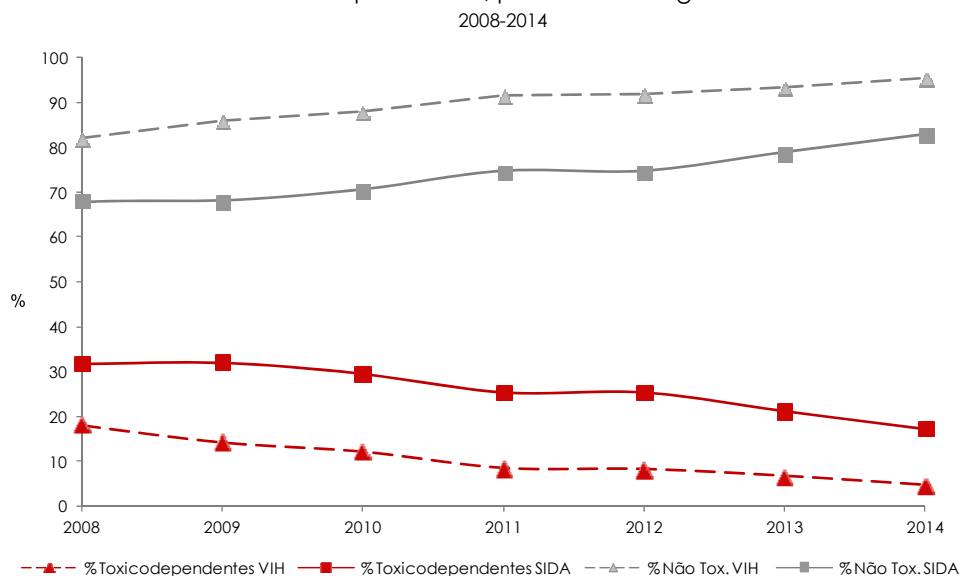
Data da recolha de informação 30 de junho de 2015.

* A atualização posterior das notificações de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios. Nos casos de infeção por VIH, o ano de diagnóstico refere-se ao diagnóstico inicial de infeção por VIH independentemente do estadio clínico. Nos casos de SIDA, refere-se ao ano de diagnóstico do estadio SIDA, podendo ser posterior ao ano de diagnóstico inicial de VIH.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Como se pode verificar, mantém-se a tendência decrescente do peso das categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência, quer nos diagnósticos de VIH (4%, 7%, 8%, 8%, 12%, 14% e 18% dos casos diagnosticados em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008), quer nos diagnósticos de SIDA (17%, 21%, 25%, 25%, 29%, 32% e 32% dos casos diagnosticados em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008).

Figura 35 - Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA: % Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Diagnóstico*



Data da recolha de informação 30 de junho de 2015.

* A atualização posterior das notificações de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios. Nos casos de infeção por VIH, o ano de diagnóstico refere-se ao diagnóstico inicial de infeção por VIH independentemente do estadio clínico. Nos casos de SIDA, refere-se ao ano de diagnóstico do estadio SIDA, podendo ser posterior ao ano de diagnóstico inicial de VIH.

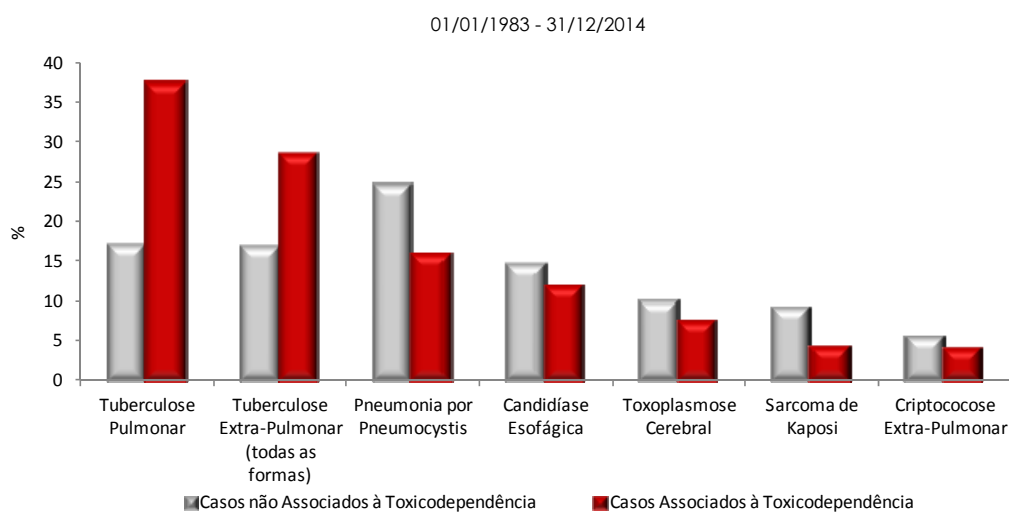
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Esta tendência de decréscimo de novos casos de infeção por VIH associados à toxicodependência, reforçada com o atrás referido sobre a proporção de infeções antigas em casos recentemente diagnosticados apesar das melhorias na cobertura do rastreio e do acesso a cuidados de saúde nesta população, indiciam uma diminuição de “infeções recentes” no grupo de risco associado à toxicodependência, refletindo os resultados das políticas implementadas, designadamente na mudança de comportamentos no consumo de drogas, como é evidenciado pela diminuição do consumo injetado de drogas e da partilha de material deste tipo de consumo⁴³.

Quanto às doenças definidoras de SIDA mais comuns observadas à data do diagnóstico, destacam-se, no total de casos acumulados relacionados com a toxicodependência, a tuberculose em qualquer das suas formas clínicas - pulmonar (38%) e extra-pulmonar (29%) -, sendo estas patologias bastante menos expressivas nos restantes casos de SIDA (17% para cada uma delas).

É de notar que se forem considerados os diagnósticos de SIDA nos casos relacionados com a toxicodependência em anos mais recentes, como por exemplo nos últimos sete anos, verifica-se uma diminuição das proporções da tuberculose em qualquer das suas formas clínicas - pulmonar (27%) e extra-pulmonar (20%).

Figura 36 – Notificações de Casos de SIDA: Frequência das Doenças Definidoras de SIDA*, em Casos Associados ou não à Toxicodependência (%)



Data da recolha de informação 30 de junho de 2015.

* Apenas se reportam as doenças definidoras de SIDA mais comuns. Pode ser referida mais do que uma doença definidora de SIDA por caso.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.); DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

No que se refere aos óbitos notificados ao INSA, I.P., em casos de infeção por VIH e casos de SIDA, a informação mais detalhada consta mais adiante no Capítulo Mortalidade. A distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia uma tendência decrescente no número de mortes ocorridas a partir de 2002, e a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência. No entanto, nos casos diagnosticados mais recentemente, a mortalidade observada continua a ser superior nas categorias de transmissão associadas à toxicodependência comparativamente aos restantes casos.

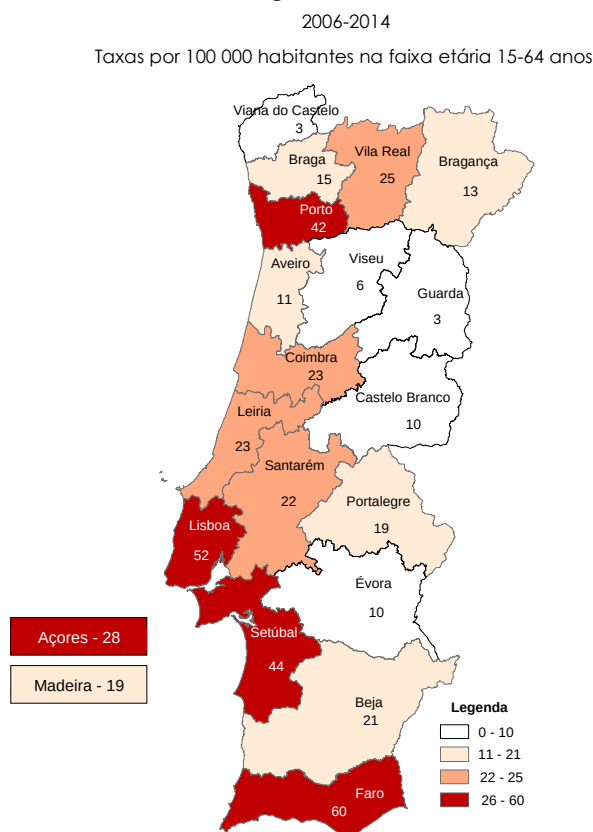
⁴³ Ver capítulos *Alguns Resultados de Estudos e Tratamento* deste Relatório.

A análise das características demográficas dos casos de infeção por VIH evidencia que, em relação à residência à data da notificação, continuam a ser Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, os distritos com maior número de casos acumulados de infeção por VIH associados à toxicodependência (37%, 28%, 13% e 5% destes casos respetivamente) e não associados à toxicodependência (respetivamente 47%, 15%, 11% e 5% destes casos).

Nos casos associados à toxicodependência, a análise da distribuição geográfica dos casos por ano de diagnóstico evidencia, em particular desde 2009, uma tendência de diminuição das proporções de notificações no distrito do Porto, constatando-se em contrapartida, uma tendência de acréscimo das proporções de notificações no distrito de Lisboa.

Considerando os casos diagnosticados entre 2006 e 2014 com infeção por VIH associados à toxicodependência, verifica-se que são os distritos de Faro, Lisboa, Setúbal, Porto e Região Autónoma dos Açores, que apresentam as maiores taxas de casos por 100 000 habitantes da faixa etária 15-64 anos.

Figura 37 - Notificações de Casos de Infeção por VIH Associados à Toxicodependência, por Zona Geográfica de Residência*



Data da recolha de informação: 30 de junho de 2015.

* Residência à data de notificação.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.); DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; DMI - DEI

Relativamente à distribuição por sexo e idade, a maioria dos casos acumulados de infeção por VIH associados à toxicodependência pertenciam ao grupo masculino (83%), e à data do diagnóstico, 86% tinham idades compreendidas entre os 20-39 anos, existindo um peso relevante de jovens adultos (70% entre 20-34 anos).

É de notar que se forem considerados os diagnósticos de infeção por VIH de casos relacionados com a toxicodependência em anos mais recentes, como por exemplo nos últimos sete anos, mantém-se idêntica a proporção do grupo masculino (83%), mas verifica-se um envelhecimento dos casos diagnosticados, com uma diminuição relevante da proporção de casos com idades compreendidas entre os 20-39 anos (62%) e em particular de jovens adultos (36% entre 20-34 anos).

3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência⁴⁴

As alterações metodológicas atrás referidas sobre os indicadores do tratamento da toxicodependência são extensivas aos das doenças infecciosas, sendo de destacar também, a otimização dos procedimentos na perspetiva de normalização com os critérios europeus.

As taxas apresentadas foram calculadas sobre o total dos utentes em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas nas diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência⁴⁵, bem como nos respetivos subgrupos de consumidores de droga injetada alguma vez ao longo da vida.

Quadro 7 – VIH nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência*
(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2014

Estrutura / Rede	VIH						
	Total Utentes				Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (VIH+)	Novas Infeções ^{a)} (VIH+)	Tratamento	Cobertura	Prevalências (VIH+)	Novas Infeções ^{a)} (VIH+)
Ambulatório/Rede Pública							
Utentes Tratamento no Ano ^{b)}	77%	14%	6%	54%	85%	22%	8%
Novos Utentes ^{c)}	31%	2%	2%	8%	37%	10%	10%
Utentes Readmitidos	69%	9%	4%	43%	75%	15%	5%
Unidades de Desabituação							
Públicas	95%	12%	–	42%	94%	19%	–
Licenciadas	79%	10%	–	43%	82%	22%	–
Comunidades Terapêuticas							
Públicas	97%	8%	–	100%	95%	11%	–
Licenciadas	87%	13%	–	73%	92%	28%	–

Data da recolha de informação: 1.º semestre de 2015.

* Utentes que recorreram a tratamento por *problemas relacionados com o uso de drogas*. No caso das estruturas de internamento, este critério foi aplicado pela primeira vez em 2013, exigindo cautelas na leitura comparativa com os dados publicados em anos anteriores (que se reportavam a todos os utentes internados nestas estruturas, incluindo outras dependências/patologias).

a) Resultados positivos nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

b) Utentes inscritos com *problemas relacionados com o uso de drogas* e com pelo menos um evento assistencial no ano.

c) Utentes inscritos com *problemas relacionados com o uso de drogas* que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

⁴⁴ Ver contextualização metodológica relativa aos dados utilizados no capítulo anterior 2. *Tratamento*.

⁴⁵ Estruturas de ambulatório da rede pública (em que se diferencia os utentes em tratamento no ano, os novos utentes e os utentes readmitidos), Unidades de Desabituação (UD) e Comunidades Terapêuticas (CT) das redes pública e licenciada.

De acordo com a informação registada sobre a cobertura dos rastreios de VIH nos utentes em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas nas estruturas do ambulatório, em 2014, eram conhecidos os resultados dos rastreios para 77% dos utentes em tratamento no ano, 31% dos novos utentes e 69% dos utentes readmitidos, sendo estas taxas superiores nos subgrupos de injetores. De um modo geral, as taxas de cobertura dos rastreios de VIH foram mais elevadas nas UD e nas CT, situando-se acima dos 90% nos respetivos subgrupos de injetores (exceto no caso das UD licenciadas).

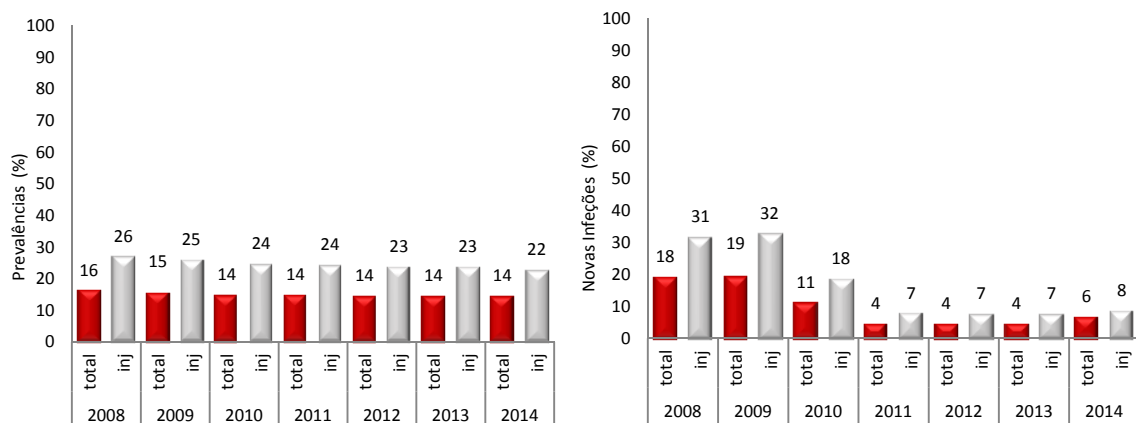
Em 2014, as prevalências de VIH+ variaram entre os 2% e os 14% consoante o grupo de utentes, correspondendo o valor mínimo aos novos utentes e o valor máximo aos utentes em tratamento no ano (ambulatório). Como expectável, as prevalências foram superiores nos subgrupos dos que consumiram droga injetada alguma vez na vida, variando entre os 10% e os 28%, com o valor máximo registado entre os utentes das CT licenciadas.

A proporção de novas infeções⁴⁶ nos utentes em ambulatório foi de 6%, e, de 8% no subgrupo dos injetores. Entre os que iniciaram tratamento em ambulatório em 2014, as proporções variaram entre os 2% (novos utentes) e os 4% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de injetores entre os 10% e os 5%.

Entre os utentes em ambulatório com consumos de droga injetada ao longo da vida, mantém-se a tendência de descida das prevalências de VIH+, embora a um ritmo mais lento a partir de 2010.

Figura 38 – Prevalências de VIH+ e Novas Infeções* nos Utentes em Tratamento no Ano**
(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)
2008-2014



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2013 (dados até 2012), 2.º semestre de 2014 (dados 2013) e 1.º semestre de 2015 (dados 2014).

* Resultados positivos nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

** Utentes inscritos com problemas relacionados com o uso de drogas e com pelo menos um evento assistencial no ano

Em 2010 entrou em funcionamento a nível nacional o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), implicando migrações de dados de diferentes sistemas, alterações dos critérios de registo e ajustes progressivos no sistema, o que impõe cautelas na leitura evolutiva dos dados. Não obstante as consequentes alterações dos critérios de análise de dados face à informação publicada até 2012, foram utilizados os mesmos critérios relativamente aos dados aqui apresentados para os anos anteriores.

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em 2014 verificou-se, tanto no total de utentes em ambulatório como nos respetivos subgrupos de injetores ao longo da vida, uma ligeira subida nas proporções de novas infeções

⁴⁶ Resultados positivos (VIH+) nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

face aos três anos anteriores, em que aquelas se mantiveram idênticas, após a tendência de descida registada até 2011.

De um modo geral, a evolução das prevalências de VIH+ entre os utentes internados por problemas relacionados com o uso de drogas em UD e em CT, bem como nos respetivos subgrupos de injetores, enquadram-se no padrão do total de utentes em ambulatório, embora com maiores flutuações anuais⁴⁷.

Em 2014, as proporções de seropositivos com terapêutica antirretroviral variaram entre os 8% e os 100% consoante o grupo de utentes, correspondendo o valor mais baixo aos novos utentes em ambulatório e o mais alto aos utentes das CT públicas, persistindo a necessidade de reforço das políticas promotoras do acesso à terapêutica antirretroviral por parte destas populações.

A hepatite viral e, em particular, a Hepatite C (VHC+), continua a surgir com prevalências elevadas nos utentes em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

Em 2014, as taxas de cobertura dos rastreios do vírus da Hepatite C variaram entre os 12% e os 95%, consoante o grupo de utentes, sendo estas taxas, de um modo geral, um pouco superiores nos respetivos subgrupos de injetores.

Quadro 8 – Hepatite C nos Utes em Tratamento da Toxicodependência*
(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2014

Estrutura / Rede	Hepatite C					
	Total Utes			Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infecções ^{a)} (VHC+)	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infecções ^{a)} (VHC+)
Ambulatório/Rede Pública						
Utes Tratamento no Ano ^{b)}	66%	61%	51%	76%	88%	86%
Novos Utes ^{c)}	12%	18%	17%	16%	83%	83%
Utes Readmitidos	56%	57%	49%	62%	85%	84%
Unidades de Desabituação						
Públicas	95%	52%	–	95%	79%	–
Licenciadas	87%	49%	–	82%	88%	–
Comunidades Terapêuticas						
Públicas	95%	34%	–	100%	63%	–
Licenciadas	86%	30%	–	89%	66%	–

Data da recolha de informação: 1.º semestre de 2015.

* Utes que recorreram a tratamento por *problemas relacionados com o uso de drogas*. No caso das estruturas de internamento, este critério foi aplicado pela primeira vez em 2013, exigindo cautelas na leitura comparativa com os dados publicados em anos anteriores (que se reportavam a todos os utentes internados nestas estruturas, incluindo outras dependências/patologias).

a) Resultados positivos nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

b) Utes inscritos com *problemas relacionados com o uso de drogas* e com pelo menos um evento assistencial no ano.

c) Utes inscritos com *problemas relacionados com o uso de drogas* que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

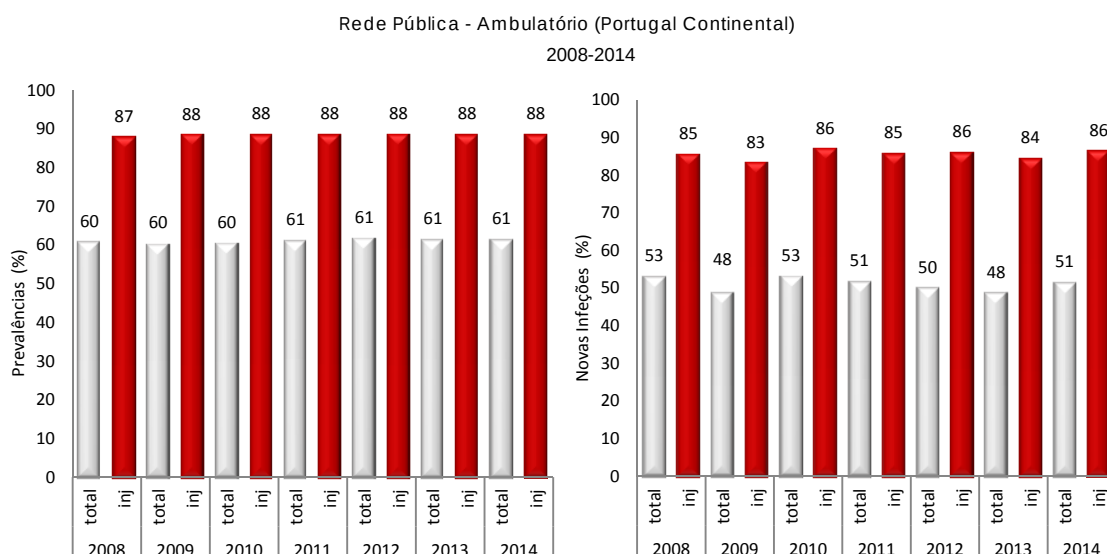
⁴⁷ Ver Quadro 53, no Anexo deste Relatório.

As prevalências de VHC+ variaram entre os 18% e os 61% nos diferentes grupos de utentes, sendo bastante superiores nos subgrupos com consumos endovenosos (entre os 63% e os 88%).

A proporção de novas infeções⁴⁸ nos utentes em ambulatório foi de 51%, sendo de 86% no subgrupo dos que consumiram droga injetada alguma vez na vida. Entre os que iniciaram tratamento em ambulatório em 2014, as proporções variaram entre os 17% (novos utentes) e os 49% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de injetores entre os 83% e os 84%.

De um modo geral, entre os utentes em ambulatório e respetivo subgrupo de injetores ao longo da vida, as prevalências de VHC+ e as proporções de novas infeções não têm apresentado variações relevantes nos últimos anos.

Figura 39 – Prevalências de VHC+ e Novas Infeções* nos Utentes em Tratamento no Ano**
(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2013 (dados até 2012), 2.º semestre de 2014 (dados 2013) e 1.º semestre de 2015 (dados 2014).

*Resultados positivos nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

** Utentes inscritos com problemas relacionados com o uso de drogas e com pelo menos um evento assistencial no ano

Em 2010 entrou em funcionamento a nível nacional o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), implicando migrações de dados de diferentes sistemas, alterações dos critérios de registo e ajustes progressivos no sistema, o que impõe cautelas na leitura evolutiva dos dados. Não obstante as consequentes alterações dos critérios de análise de dados face à informação publicada até 2012, foram utilizados os mesmos critérios relativamente aos dados aqui apresentados para os anos anteriores.

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

As prevalências de VHC+ entre os utentes internados por problemas relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabilitação e em Comunidades Terapêuticas⁴⁹, assim como nos respetivos subgrupos de injetores, têm registado ao longo dos anos sempre valores mais baixos do que as dos utentes em ambulatório, sobretudo no caso dos utentes das CT. Apesar das oscilações anuais dessas prevalências (maior mobilidade dos utentes), de um modo geral, estas não têm apresentado variações relevantes que indiciem alterações de tendências nos últimos anos.

Em 2014, as taxas de cobertura dos rastreios do vírus da Hepatite B variaram entre os 12% e os 94% consoante o grupo de utentes.

⁴⁸ Resultados positivos (VHC+) nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

⁴⁹ Ver Quadro 57 no Anexo deste Relatório.

À semelhança do ano anterior, em 2014 as prevalências de AgHBs+ variaram entre os 1% e os 5%, consoante os grupos de utentes, sendo ligeiramente superiores nos subgrupos de injetores.

A proporção de novas infeções⁵⁰ nos utentes em ambulatório foi de 2%, sendo que entre os que iniciaram tratamento em 2014, as proporções variaram entre 2% (novos utentes) e 1% (utentes readmitidos).

Quadro 9 – Hepatite B nos Utes em Tratamento da Toxicodependência*
(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2014

Estrutura / Rede	Hepatite B					
	Total Utes			Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções ^{a)} (AgHBs+)	Cobertura	Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções ^{a)} (AgHBs+)
Ambulatório/Rede Pública						
Utes Tratamento no Ano ^{b)}	65%	5%	2%	73%	6%	3%
Novos Utes ^{c)}	12%	2%	2%	15%	..	..
Utes Readmitidos	55%	4%	1%	59%	5%	..
Unidades de Desabituação						
Públicas	94%	1%	–	93%	1%	–
Licenciadas	78%	1%	–	77%	3%	–
Comunidades Terapêuticas						
Públicas	84%	..	–	95%	..	–
Licenciadas	85%	2%	–	88%	3%	–

Data da recolha de informação: 1.º semestre de 2015.

* Utes que recorreram a tratamento por *problemas relacionados com o uso de drogas*. No caso das estruturas de internamento, este critério foi aplicado pela primeira vez em 2013, exigindo cautelas na leitura comparativa com os dados publicados em anos anteriores (que se reportavam a todos os utentes internados nestas estruturas, incluindo outras dependências/patologias).

a) Resultados positivos nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

b) Utes inscritos com *problemas relacionados com o uso de drogas* e com pelo menos um evento assistencial no ano.

c) Utes inscritos com *problemas relacionados com o uso de drogas* que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

De um modo geral, a evolução das prevalências de Hepatite B (AgHBs+) e as proporções de novas infeções têm-se mantido estáveis nos últimos cinco anos, embora com valores ligeiramente inferiores aos dos anos anteriores.

Persiste uma elevada comorbilidade de VIH+ e VHC+ nos subgrupos de injetores, sendo que a maioria dos infetados pelo VIH são também positivos para o VHC.

Importa pois, continuar a investir na melhoria do registo dos rastreios das doenças infecciosas junto destes utentes com vista à monitorização e avaliação das intervenções, assim como no reforço da cobertura do rastreio e das políticas promotoras do acesso ao tratamento destas doenças (designadamente à terapêutica antirretroviral) por parte destas populações, com vista a potenciar os ganhos em saúde entretanto obtidos.

⁵⁰ Resultados positivos (AgHBs+) nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

Contexto Prisional

A DGRSP procedeu a alterações metodológicas no registo de dados relativos a doenças infecciosas na população reclusa, o que permitiu que em 2013 fossem disponibilizados pela primeira vez, dados desagregados relativos aos reclusos em tratamento da toxicod dependência.

Relativamente à cobertura dos rastreios, de acordo com a informação da DGRSP, todos os reclusos são rastreados à entrada do Estabelecimento Prisional e depois, pelo menos uma vez por ano, pelo que esta cobertura é muito próxima dos 100%.

Quadro 10 – Doenças Infecciosas nos Reclusos em Tratamento da Toxicod dependência

31/12 de cada ano			
Prev. Doenças Infecciosas		2013	2014
Prevalências	VIH (VIH+)	15%	15%
	Hepatite C (VHC+)	42%	56%
	Hepatite B (AgHBs+)	2%	3%

Fonte: Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Entre a população reclusa em tratamento da toxicod dependência a 31/12/2014⁵¹, a prevalência de VIH+ era de 15%, ligeiramente superior às prevalências encontradas em diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre.

A proporção de seropositivos com terapêutica antirretroviral era de 82% a 31/12/2014 (76% em 2013), valor acima das encontradas na maioria dos diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre.

A prevalência de Hepatite C (VHC+) era de 56%, e a de Hepatite B (AgHBs+) de 3%, estando enquadradas no padrão das prevalências registadas entre os diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre. É de notar no entanto, o aumento destas prevalências em relação a 2013, em particular da Hepatite C (VHC+).

A 31/12/2014, cerca de 11% da população reclusa em tratamento da toxicod dependência apresentava comorbidade de VIH+ e VHC+ (72% dos infetados pelo VIH eram também positivos para o VHC).

É de notar que a população reclusa em tratamento da toxicod dependência apresenta prevalências de positividade para o VIH e Hepatite C bastante superiores às registadas no total da população reclusa⁵².

Tal como em meio livre, importa continuar a investir na melhoria do registo dos rastreios das doenças infecciosas, nomeadamente com vista à disponibilização de informação sobre as novas infeções, bem como no reforço das políticas promotoras do acesso ao tratamento destas doenças por parte destas populações, com vista a potenciar os ganhos em saúde.

⁵¹ Segundo informação da DGRSP, a 31/12/2014 estavam 1430 reclusos em tratamento da toxicod dependência.

⁵² No total da população reclusa (sem os inimputáveis), a 31/12/2014, as prevalências de VIH+, VHC+ e AgHBs+ eram, respetivamente, cerca de 5%, 15% e de 2%.

4. Mortalidade⁵³

Antes de mais, importa fazer uma breve referência metodológica relativamente aos dados utilizados no contexto destes indicadores e no âmbito deste Relatório.

Até 2007, os dados apresentados respeitavam aos resultados toxicológicos (substâncias ilícitas) positivos *post-mortem* efetuados no INMLCF, I.P., os quais, apesar da ausência de informação sobre a causa de morte, tinham a vantagem da riqueza e qualidade da informação toxicológica e grande potencialidade em termos de análise de tendências⁵⁴.

Na sequência de uma das recomendações estratégicas para o ciclo 2009-2012⁵⁵, assim como da implementação de vários procedimentos com vista à melhoria da qualidade das estatísticas nacionais da mortalidade⁵⁶, optou-se, desde 2009, por apresentar os dados das estatísticas nacionais da mortalidade disponibilizados pelo INE, I.P., e, reflexo dos trabalhos de otimização da informação do INMLCF, I.P., foi possível passar a obter informação sobre as causas de morte direta e etiologia médico-legal dos casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas e, assim, distinguir entre estes, os casos de *overdose*.

Tal permitiu também evidenciar alguma disparidade de informação entre estas duas fontes de informação, importando por isso continuar a otimizar os fluxos de informação entre o INMLCF, I.P. e a DGS.

Por outro lado, o consumo de drogas, para além de ser uma causa direta de mortalidade (caso das *overdoses*), é também muitas vezes uma causa indireta, nomeadamente por via de doenças, acidentes, homicídio e suicídio. Assim, para além das *overdoses*, apresentam-se também neste capítulo os dados provenientes do INMLCF, I.P. sobre as outras causas de morte dos casos com a presença de substâncias ilícitas ou seus metabolitos, bem como as notificações de óbitos (INSA) em casos de infeção por VIH/SIDA associados à toxicodependência.

No que respeita às mortes relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2014 não estavam disponíveis à data da conclusão deste Relatório. Após o aumento contínuo registado entre 2006 e 2009⁵⁷ que inverteu a tendência de decréscimo nos anos anteriores, verificam-se nos últimos anos oscilações anuais que dificultam a leitura de tendências, registando-se em 2013 variações díspares em relação a 2012, consoante o critério considerado - Lista Sucinta Europeia e Protocolo do OEDT.

⁵³ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 71 à pág. 83, disponível em <http://www.sicad.pt>

⁵⁴ Portugal possui dados sobre os resultados toxicológicos *post-mortem* efetuados no INMLCF, I.P. há cerca de 30 anos.

⁵⁵ Recomendação feita pela Comissão Técnica do Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência no âmbito dos trabalhos da Avaliação Interna do Plano de Ação - Horizonte 2008.

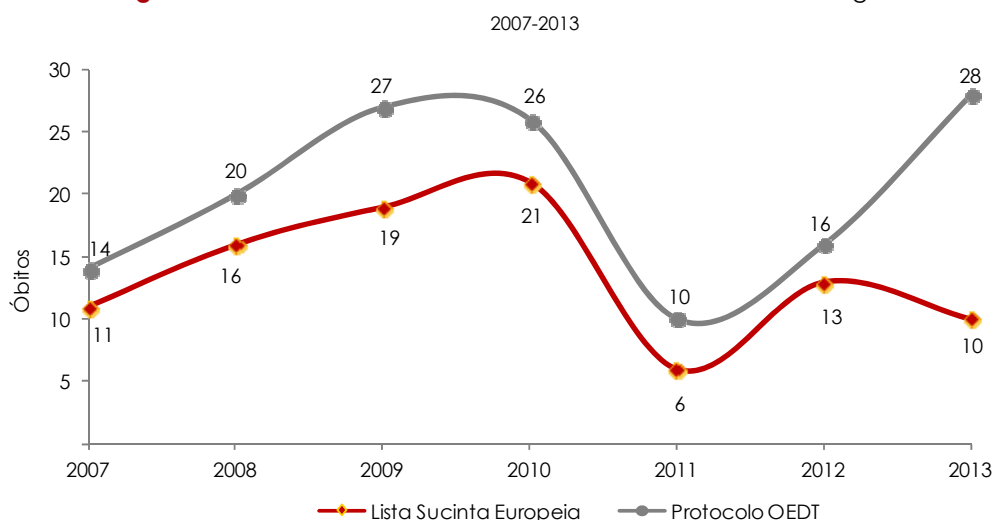
⁵⁶ Entre outros, a transição para a CID 10 em 2002, e mais recentemente, as medidas que permitiram a implementação do certificado médico *online* em 2013.

⁵⁷ No caso do critério da Lista Sucinta Europeia esse aumento prolongou-se até 2010.

Segundo o critério da Lista Sucinta Europeia, em 2013 ocorreram 10 mortes causadas por *dependência de drogas, toxicomania*, representando um decréscimo de - 23% em relação a 2012. Os valores dos últimos três anos foram inferiores aos registados entre 2008 e 2010. Em 2013, estes óbitos traduziram-se num número médio de anos potenciais de vida perdidos de 27,5 anos e numa taxa de anos potenciais de vida perdidos de 3,1 anos por 1000 000 habitantes (6,3 nos homens).

De acordo com o critério do OEDT, em 2013 registaram-se 28 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas, representando um acréscimo de +75% em relação a 2012 e o valor mais elevado nos últimos dez anos, embora próximo aos registados em 2009 e 2010.

Figura 40 – Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas*



* A causa de morte *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, inclui todos os códigos F11 a F16 e F18 a F19 a quatro dígitos. O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência utiliza para a sua definição de *mortes relacionadas com drogas (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso)*, os seguintes códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, e, X42, X62, Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9) e X41, X61 e Y11 Y12 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6).

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

A amplitude dos valores registados em 2013 segundo os dois critérios considerados – a mais elevada nos últimos dez anos e que se traduz numa evolução em sentidos contrários face a 2012 –, pode estar eventualmente relacionada com a implementação do certificado médico *online* em 2013, que, ao permitir a melhoria da qualidade dos dados⁵⁸, otimiza a combinação dos códigos incluídos no critério do OEDT e não na Lista Sucinta Europeia.

Em 2013, e apesar dos constrangimentos na disponibilização de informação desagregada⁵⁹ verificou-se que a causa de morte predominante foi *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (código F19.2 CID10), causa que inclui os policonsumos (100% no caso do critério da Lista Sucinta Europeia e 36% no do OEDT).

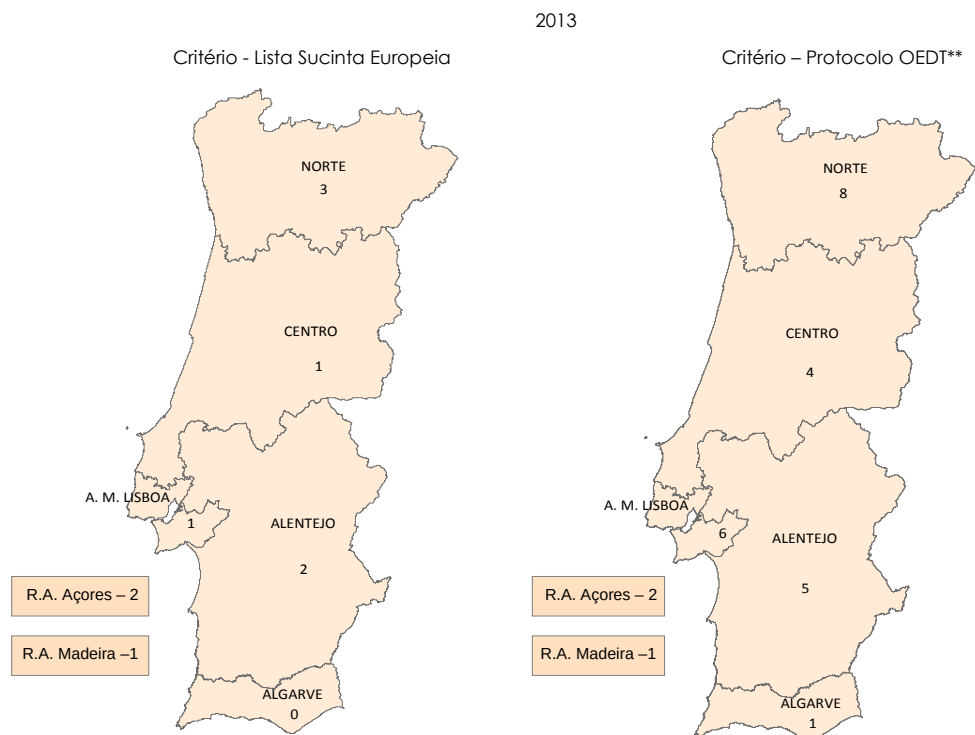
Em relação às características sociodemográficas dos casos, continuam a ser maioritariamente do sexo masculino (100% no critério da Lista Sucinta Europeia e 86% no do OEDT) e com idades compreendidas entre os 40-54 anos (70% do total de casos segundo o critério da Lista Sucinta Europeia e 57% segundo o do OEDT).

⁵⁸ Maior possibilidade de explicitação dos fatores e causas de morte.

⁵⁹ Por razões de "segredo estatístico" (Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio), existem alguns constrangimentos na disponibilização da informação desagregada relativa às causas de morte e sócio demografia destes óbitos.

A maioria residia em Portugal Continental (70% no critério da Lista Sucinta Europeia e 86% no do OEDT), destacando-se a região Norte do país.

Figura 41 – Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas*,
por Região de Residência (NUTS II)



* A causa de morte *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, inclui todos os códigos F11 a F16 e F18 a F19 a quatro dígitos. O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência utiliza para a sua definição de *mortes relacionadas com drogas (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso)*, os seguintes códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, e, X42, X62, Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9) e X41, X61 e Y11 Y12 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6).

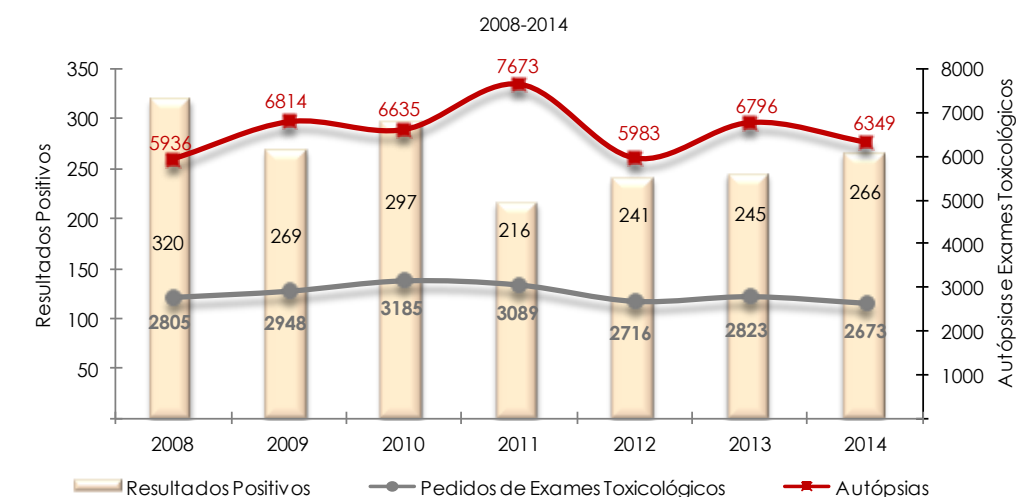
** Óbito com residência no estrangeiro.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências:
DMI - DEI

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., importa contextualizá-la no âmbito de alguns indicadores relativos à atividade deste Instituto.

Em 2014, foram realizadas no INMLCF, I.P. 6 349 autópsias, sendo que em 2 673 dos casos (42%) foram solicitados exames toxicológicos, uma percentagem que se enquadra nas registadas nos últimos anos.

O número de casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas (266) foi ligeiramente superior aos registados nos três anos anteriores, mantendo-se a proporção de positividade no conjunto dos exames efetuados dentro dos valores registados nos últimos anos (10%, 9%, 9%, 7%, 9%, 9% e 11%, respetivamente em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008).

Figura 42 – Autópsias, Exames Toxicológicos* e Resultados Positivos Post-mortem, segundo o Ano

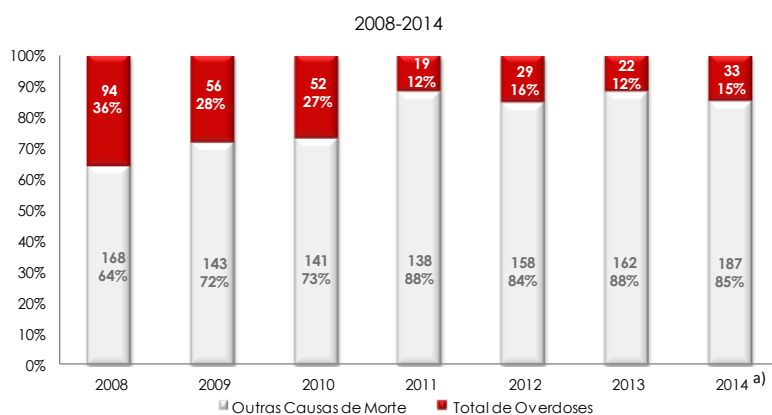
* Pedidos de exames toxicológicos de substâncias psicotrópicas ou estupefacientes, efetuados no INMLCF, I.P..

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

Quanto à informação sobre as causas de morte direta e etiologia médico-legal dos casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas, dado tratar-se de óbitos que exigem investigação médico-legal e consequentemente com dificuldades na celeridade da recolha dessa informação⁶⁰, optou-se pela atualização posterior (a dois anos) dos dados de determinado ano, facto que pode condicionar a leitura comparativa dos dados.

Em 2014, dos 266 óbitos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas, em 220 foi possível obter informação sobre a causa de morte (83% dos casos)⁶¹. Destes, 15% foram considerados overdoses com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

Constata-se em relação a 2013 um aumento de overdoses em valores absolutos (33 casos em 2014 e 22 em 2013) e proporcionais (a proporção de overdoses nestes óbitos com causa de morte conhecida foi de 15% em 2014 e de 12% em 2013), mantendo-se os valores registados nos últimos quatro anos aquém dos registados entre 2008 e 2010.

Figura 43 – Causas de Morte* dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano

* Casos com informação sobre a causa de morte à data da recolha de informação.

a) Data da recolha de informação: julho de 2015; os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

⁶⁰ Seja pelo atraso na conclusão do relatório final, seja por dificuldades de acesso a este.

⁶¹ Em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008 estas percentagens foram respetivamente de 75%, 78%, 73%, 65%, 74% e de 82%.

Em relação às substâncias detetadas nestas *overdoses*, é de destacar a presença de cocaína em 64% dos casos (36%, 52%, 26%, 50%, 43% e 54%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008), a de opiáceos⁶² em 45% dos casos (46%, 48%, 42%, 73%, 88% e 82%, em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008) e a de metadona em 42% dos casos (27%, 31%, 53%, 15%, 4% e 9%, em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). A presença de cannabis foi detetada em 24% destas *overdoses* (18%, 3% e 16%, respetivamente em 2013, 2012 e 2011). É de destacar, enquanto tendência emergente, a ocorrência de 2 casos de *overdose* com a presença de drogas sintéticas (MDMA/MDA) em 2014 (nos anos anteriores tinham surgido 3 casos em 2013, 1 em 2012 e 1 em 2011), ambos com a presença de várias outras substâncias.

Tal como ocorrido nos anos anteriores, na maioria destas *overdoses* (85%) foram detetadas mais do que uma substância (91%, 76%, 79%, 87%, 84% e 87%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Neste contexto, importa referir, em combinação com as substâncias ilícitas, os casos de *overdose* com a presença de álcool (21%, 36%, 38%, 37%, 44%, 57% e 47% das *overdoses* em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008), bem como com a presença de benzodiazepinas (46%, 50%, 28%, 42%, 35%, 38% e 39% das *overdoses* em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008).

Quadro 11 – Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Substância
2008-2014

Substância \ Ano	2008-2014													
	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014 ^{a)}	%
Total	94	100	56	100	52	100	19	100	29	100	22	100	33	100
Opiáceos^{b)}	77	81,9	49	87,5	38	73,1	8	42,1	14	48,3	10	45,5	15	45,4
Só	4	4,3	5	8,9	4	7,7	1	5,3	1	3,4	1	4,5	1	3,0
Associada apenas com álcool	18	19,1	16	28,6	7	13,5	2	10,5	2	6,9	2	9,1	..	..
C/ outras substâncias	55	58,5	28	50,0	27	51,9	5	26,3	11	37,9	7	31,8	14	42,4
Cocaína	51	54,3	24	42,8	26	50,0	5	26,3	15	51,7	8	36,4	21	63,6
Só	8	8,5	4	7,1	3	5,8	2	10,5	3	10,3	..	..	1	3,0
Associada apenas com álcool	1	1,1	..	..	2	3,8	..	..	3	10,3	..	..	..	..
Associada apenas com opiáceos ^{b)}	9	9,6	6	10,7	5	9,6	1	5,3	1	3,4	..	..	5	15,2
C/ outras substâncias não opiáceas	6	6,4	2	3,6	3	5,8	..	..	3	10,3	6	27,3	8	24,2
C/ opiáceos ^{b)} e outras substâncias	27	28,7	12	21,4	13	25,0	2	10,5	5	17,3	2	9,1	7	21,2
Metadona	8	8,5	2	3,6	8	15,4	10	52,6	9	31,0	6	27,3	14	42,4
Só	..	..	..	..	..	..	1	5,3	2	6,9	..	..	2	6,1
Associada apenas com álcool	..	..	..	..	..	..	1	5,3	..	..	..	..	1	3,0
Associada apenas com opiáceos ^{b)}	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
C/ outras substâncias não opiáceas	3	3,2	1	1,8	8	15,4	7	36,8	3	10,3	6	27,3	10	30,3
C/ opiáceos ^{b)} e outras substâncias	5	5,3	1	1,8	..	..	1	5,3	4	13,8	..	..	1	3,0
Buprenorfina	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	4,5	..	..
C/ opiáceos ^{b)} e outras substâncias	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	4,5	..	..
Anfetaminas	1	1,1	..	..	..	..	1	5,3	..	..	..	..	1	3,0
C/ outras substâncias não opiáceas	1	1,1	..	..	..	..	1	5,3	..	..	..	..	..	..
C/ opiáceos ^{b)} e outras substâncias	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0
Drogas Sintéticas	..	..	..	..	..	..	1	5,3	1	3,4	3	13,6	2	6,1
Só	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,4	1	4,5	..	..
C/ outras substâncias não opiáceas	..	..	..	..	..	..	1	5,3	..	..	2	9,1	1	3,0
C/ opiáceos ^{b)} e outras substâncias	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0
Cannabis	..	..	..	..	..	..	3	15,8	1	3,4	4	18,2	8	24,2
Só	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0
Associada apenas com álcool	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0
Associada apenas com opiáceos ^{b)}	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0
C/ outras substâncias não opiáceas	..	..	..	..	..	..	3	15,8	1	3,4	1	4,5	4	12,1
C/ opiáceos ^{b)} e outras substâncias	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	13,7	1	3,0

a) Data da recolha de informação: julho de 2015; os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

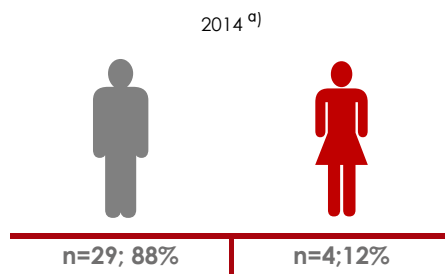
b) Inclui heroína, morfina e codeína.

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

⁶² Inclui heroína, morfina e codeína.

Em 2014, uma vez mais a grande maioria dos casos de *overdose* (88%) pertenciam ao sexo masculino (82%, 97%, 84%, 88%, 96% e 92%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008).

Figura 44 – Mortes por *Overdose*, segundo o Sexo

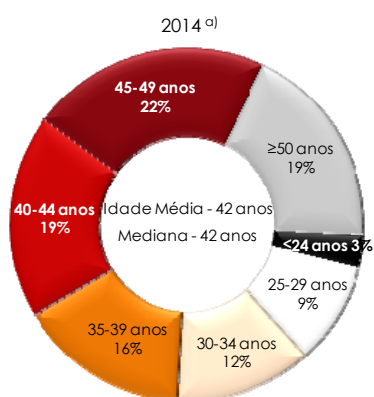


a) Data da recolha de informação: julho de 2015; os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

Estas *overdoses* ocorreram na sua maioria em indivíduos acima dos 34 anos (76%), sendo a idade média e a mediana de 42 anos.

Figura 45 – Mortes por *Overdose*, segundo o Grupo Etário



a) Data da recolha de informação: julho de 2015; os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

Em relação às outras causas das mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito em 2014 (187 casos), é de referir que foram predominantemente atribuídas⁶³ a acidentes (40%) tal como nos anos anteriores, seguindo-se-lhes a morte natural (35%), suicídio (17%) e homicídio (4%).

⁶³ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

Quadro 12 – Outras Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos*,
segundo o Ano, por Causa de Morte
2008-2014

Outras Causa de Morte*	Ano		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014 ^{a)}	
				%		%		%		%		%		%		%
Total			168	100	143	100	141	100	138	100	158	100	162	100	187	100
Acidente ^{b)}			72	42,8	56	39,1	67	47,5	66	47,8	71	44,9	71	43,8	75	40,1
Homicídio			7	4,2	11	7,7	10	7,1	8	5,8	17	10,8	12	7,4	8	4,3
Natural			39	23,2	41	28,7	30	21,3	35	25,4	39	24,7	53	32,7	66	35,3
Suicídio			28	16,7	24	16,8	20	14,2	19	13,8	23	14,5	20	12,4	32	17,1
Causa Indeterminada			22	13,1	11	7,7	14	9,9	10	7,2	8	5,1	6	3,7	6	3,2

* Casos com informação sobre a causa de morte direta e etiologia médico-legal (que não *overdose*).

a) Data da recolha de informação: julho de 2015; os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

b) Inclui acidentes de viação, de trabalho e outros.

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

Nestas mortes, as substâncias ilícitas mais presentes foram a cannabis (56%) e os opiáceos (31%)⁶⁴, seguindo-se-lhes a metadona (15%) e a cocaína (9%). Foram também detetadas drogas sintéticas em 6 casos (3%). Na maioria destas mortes (60%) foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar também em associação com as substâncias ilícitas, a presença de álcool (21%) e/ou de benzodiazepinas (26%).

No que se refere à mortalidade relacionada com o VIH/SIDA, os dados apresentados referem-se às notificações de óbitos recebidas no INSA, uma vez que nas estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P. não existe informação desagregada sobre os óbitos por doença pelo VIH (CID10) por categorias de transmissão. É de referir que se verifica uma subnotificação nos registos do INSA face ao número total de óbitos por doença pelo VIH (CID10) disponibilizados pelo INE⁶⁵, apesar das tendências observadas serem similares nas duas fontes de registos.

À data da recolha da informação⁶⁶ tinham sido notificados 10 377 óbitos ocorridos até 31/12/2014 em casos de infeção por VIH, 52% em casos relacionados com a toxicodependência. Dos óbitos notificados, 8 538 ocorreram em casos classificados como SIDA, 52% dos quais associados à toxicodependência.

A mortalidade observada nos casos de infeção por VIH era de 28% (sobrevida 72%) na categoria de transmissão associada à toxicodependência e de 14% (sobrevida 86%) nas restantes categorias de transmissão. A mortalidade observada nos casos de SIDA era de 47% (sobrevida 53%) na categoria da toxicodependência e de 35% (sobrevida 65%) nas restantes categorias de transmissão.

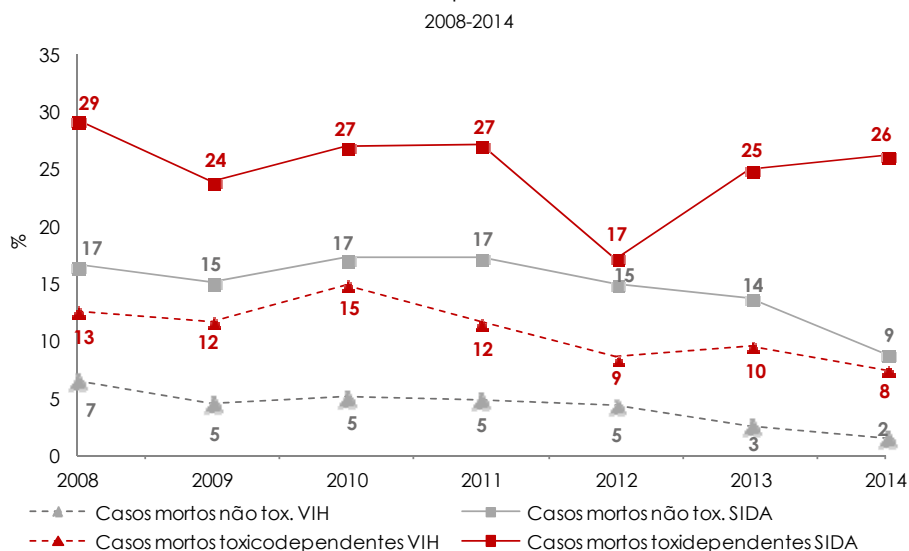
⁶⁴ Inclui heroína, morfina e codeína.

⁶⁵ Estão a ser realizados esforços no sentido da melhoria da informação relativa às notificações de óbitos. Devido à subnotificação, a informação sobre a mortalidade não reflete totalmente a sobrevivência dos casos. (Departamento de Doenças Infecciosas *et al.*, 2013). Ver nota 40 no capítulo *Doenças Infecciosas* deste Relatório.

⁶⁶ 30 de junho de 2015.

Os dados relativos à distribuição das mortes segundo o ano do diagnóstico evidenciam, tanto para os casos de infeção por VIH como para os casos de SIDA diagnosticados nos últimos sete anos, que a mortalidade observada continua a ser superior nas categorias de transmissão associadas à toxicodependência comparativamente aos restantes casos.

Figura 46 – Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA: % de Casos Mortos segundo o Ano do Diagnóstico, em Casos Associados ou não à Toxicodependência*

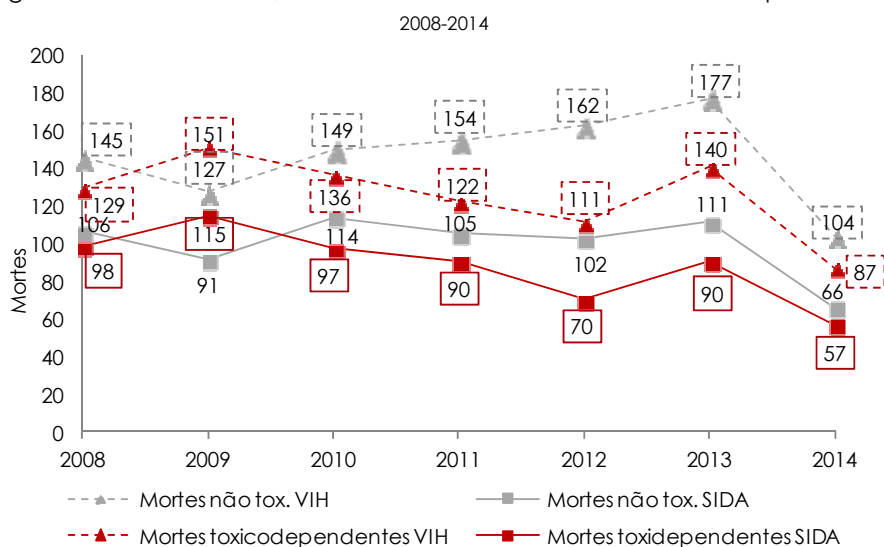


Data da recolha da informação 30 de junho de 2015.

* A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios. Nos casos de infeção por VIH, o ano de diagnóstico refere-se ao diagnóstico inicial de infeção pelo VIH independentemente do estadiu clínico. Nos casos de SIDA, refere-se ao ano de diagnóstico do estadiu SIDA, podendo ser posterior ao ano de diagnóstico inicial de VIH.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; DMI - DEI

Figura 47 - Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA: Mortes segundo o Ano do Óbito, em Casos Associados ou não à Toxicodependência*



Data da recolha da informação 30 de junho de 2015.

* A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios.

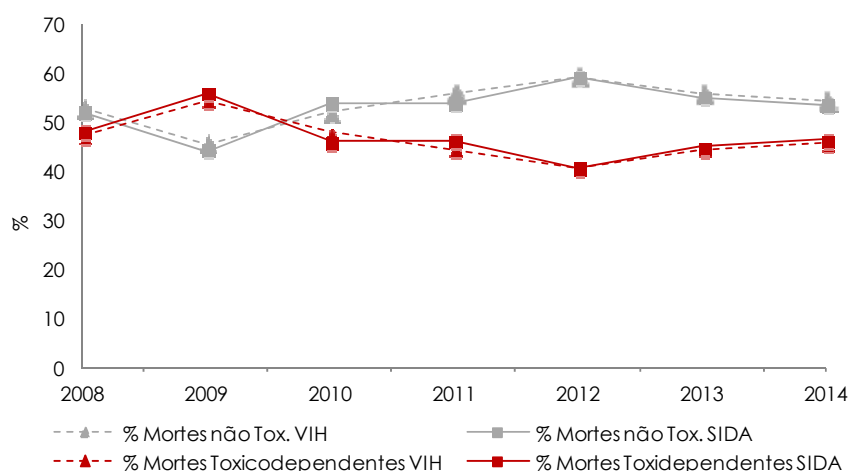
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; DMI - DEI

Foram notificados 196 óbitos ocorridos em 2014 em casos de infeção por VIH, 46% associados à toxicodependência. 126 destes óbitos ocorreram em casos de SIDA, 46% associados à toxicodependência. É de notar que, para os óbitos ocorridos em 2014, a análise do tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e o óbito revela que 70% dos óbitos registados em casos associados à toxicodependência ocorreram mais de 10 anos após o diagnóstico inicial da infeção, enquanto nos restantes óbitos só 42% apresentaram intervalos de tempo equivalentes, o que evidencia o investimento no diagnóstico e tratamento da infeção por VIH na população toxicodependente⁶⁷.

A distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia, para os casos de infeção por VIH e para os casos de SIDA, uma tendência decrescente no número de mortes ocorridas a partir de 2002, quer nos casos associados à toxicodependência quer nos restantes casos, e a um ritmo mais acentuado nos primeiros, apesar de alguns picos anuais.

Desde 2007 e contrariamente ao ocorrido entre 1995 e 2006, que se observa, com exceção em 2009, uma menor proporção de casos associados à toxicodependência do que outras formas de transmissão nos óbitos ocorridos anualmente e notificados ao INSA.

Figura 48 - Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA: % das Mortes segundo os Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano do Óbito*
2008-2014



Data da recolha da informação 30 de junho de 2015.

* A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

A maioria dos óbitos notificados associados à toxicodependência – seja em casos de infeção por VIH, seja em casos de SIDA –, residiam, à data de notificação, nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, ou seja, naqueles que apresentavam o maior número de notificações de casos de infeção por VIH e de casos de SIDA associados à toxicodependência.

Quanto à distribuição por sexo e idade, a maioria dos óbitos notificados em casos acumulados de infeção por VIH associados à toxicodependência pertenciam ao grupo masculino (86%), e no ano do óbito⁶⁸, 69% tinham idades compreendidas entre 25-39 anos, sendo relevante a proporção de jovens e jovens adultos (56% entre os 15-34 anos). Estas

⁶⁷ INSA, 2015.

⁶⁸ Cálculos efetuados com base na relação entre a idade à data do ano de diagnóstico e o ano de óbito.

proporções não diferem muito das registadas nos óbitos em casos de SIDA associados à toxicodependência.

É de notar que se forem considerados os óbitos em casos de infeção por VIH relacionados com a toxicodependência ocorridos em anos mais recentes, como por exemplo nos últimos sete anos, mantém-se próxima a proporção do grupo masculino (84%), mas verifica-se um envelhecimento, com uma diminuição relevante da proporção de casos com idades compreendidas entre os 25-39 anos (38%) e em particular da proporção de jovens e jovens adultos (15% entre os 15-34 anos). Todavia, mantém-se a ocorrência de óbitos em idades mais jovens nos casos associados à toxicodependência do que nos restantes casos de infeção por VIH.

5. Contraordenações⁶⁹

5.1. Processos e Decisões

No âmbito das contraordenações por consumo de drogas⁷⁰, nas 18 Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência com sede em cada capital de distrito de Portugal Continental, foram instaurados 9 059 processos⁷¹ relativos às ocorrências de 2014, representando o valor mais elevado desde 2001 e um ligeiro aumento (+4%) em relação a 2013.

Quadro 13 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito

2014 e variações relativas a 2013/2011/2008

Distrito	2014	%	Δ 13-14	Δ 11-14	Δ 08-14
Total	9 059	100,0	3,8	31,3	38,5
Aveiro	666	7,3	12,9	34,0	11,2
Beja	206	2,3	82,3	30,4	5,1
Braga	746	8,2	-3,1	23,1	24,5
Bragança	120	1,3	57,9	39,5	166,7
Castelo Branco	118	1,3	45,7	87,3	107,0
Coimbra	246	2,7	19,4	7,0	34,4
Évora	82	0,9	28,1	1,2	-31,7
Faro	687	7,6	3,8	38,2	33,9
Guarda	217	2,4	110,7	228,8	557,6
Leiria	387	4,3	16,2	61,9	219,8
Lisboa	1 489	16,4	16,2	32,9	15,1
Portalegre	106	1,2	-13,8	16,5	5,0
Porto	2 180	24,1	-18,9	12,1	48,6
Santarém	295	3,3	11,3	18,5	183,7
Setúbal	971	10,7	17,3	74,0	57,4
Viana do Castelo	183	2,0	-19,7	22,8	4,6
Vila Real	89	1,0	9,9	2,3	-27,6
Viseu	271	3,0	13,9	54,0	38,3

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

O distrito do Porto, seguido dos de Lisboa, Setúbal, Braga, Faro e Aveiro, registaram o maior número de processos, destacando-se os distritos de Faro, Guarda, Beja e Porto, com as taxas mais altas destas ocorrências por habitantes dos 15-64 anos.

Relativamente a 2013, verificaram-se acréscimos do número de processos na grande maioria dos distritos, registando-se os mais elevados, em valores absolutos, nos distritos de Lisboa,

⁶⁹ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências, p. 85-108, disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados apresentados neste capítulo é o Registo Central dos processos de contraordenação (Portaria n.º 604/2001, de 12 de junho), com informação recolhida a 31 de março do ano seguinte a que se reportam os dados.

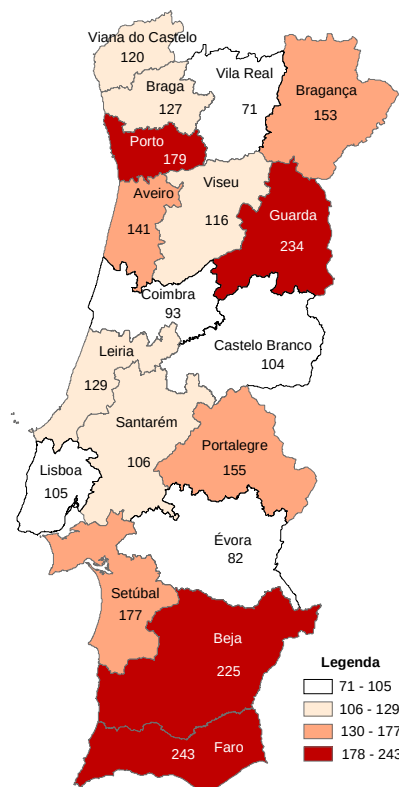
⁷⁰ Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de abril e pela Portaria n.º 604/2001, de 12 de junho.

⁷¹ Cada processo corresponde a uma ocorrência e a um indivíduo.

Setúbal e Guarda, e em valores percentuais, nos distritos de Guarda, Beja, Bragança e Castelo Branco.

Figura 49 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito

2014
Taxas por 100 000 habitantes na faixa etária 15-64 anos



Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

Pela primeira vez registou-se um maior número de ocorrências remetidas pela GNR (46% das ocorrências de 2014) do que pela PSP (43%), seguindo-se-lhes, com uma proporção inferior às dos anos anteriores, os Tribunais (11%).

74

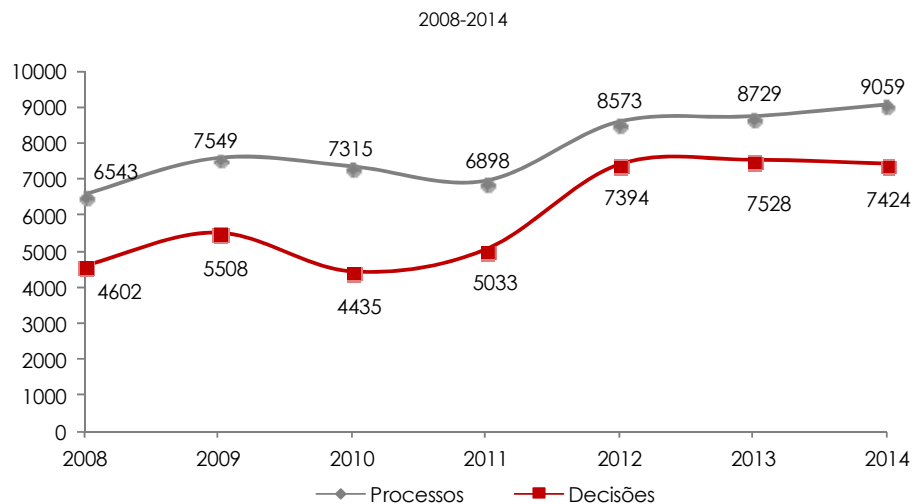
À data da recolha de informação cerca de 82% dos processos relativos às ocorrências de 2014 tinham decisão proferida (38% estavam suspensos e 44% arquivados), constatando-se nos últimos três anos, um aumento da capacidade decisória em relação aos anos anteriores⁷², tanto mais relevante quanto, os números de processos registados nestes anos foram os mais elevados desde 2001.

Das 7 424 decisões proferidas⁷³ sobre estas ocorrências, cerca de 84% foram suspensivas, 14% punitivas e 2% absolutórias.

⁷² A diminuição da pendência esteve relacionada com o investimento feito na eficácia e eficiência processual (ver informação no *Relatório de Atividades SICAD, 2014*.

⁷³ A informação sobre as diligências e encaminhamentos realizados para as respostas preventivas, de tratamento ou outras, consta no *Relatório de Atividades SICAD, 2014*.

Figura 50 - Processos de Contraordenação e Decisões*, segundo o Ano**

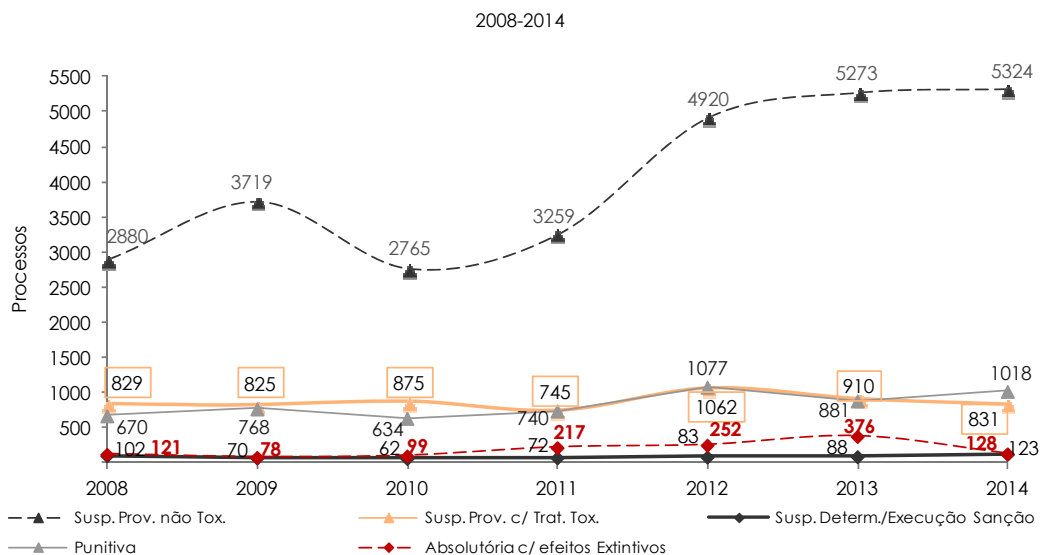


* Na leitura dos dados sobre as decisões proferidas deve ser considerado que algumas CDT estiveram em determinados períodos a funcionar sem *quórum*, o que condicionou a capacidade decisória na aplicação da Lei n.º 30/2000 e as consequentes diligências processuais. Entre 2003 e 2009: desde 2003 as CDT de Viseu e da Guarda; desde o último trimestre de 2004 as CDT de Faro e Bragança; desde 2005 a CDT de Lisboa; desde junho de 2007 a CDT de Coimbra, e, desde junho de 2008 a CDT de Vila Real; a reposição de *quórum* nestas CDT ocorreu durante o primeiro semestre de 2008, exceto na de Vila Real que ocorreu em fevereiro de 2009. Entre 2010 e 2013: as CDT do Porto e Faro ficaram sem *quórum* em setembro de 2010 até, respetivamente, agosto e novembro de 2011; em novembro de 2012, a CDT de Leiria ficou sem *quórum*, tendo sido reposto em março 2013. Por outro lado, continuam a persistir lacunas relacionadas com o número insuficiente de profissionais, existindo algumas CDT a funcionar sem equipa técnica.

** Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. Informação recolhida a 31 de março do ano seguinte ao da ocorrência do facto punível como contraordenação.

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

Figura 51 - Processos de Contraordenação, segundo o Ano*, por Tipo de Decisão**



* Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. Informação recolhida a 31 de março do ano seguinte ao da ocorrência do facto punível como contraordenação.

** Na leitura dos dados sobre as decisões proferidas deve ser considerado que algumas CDT estiveram em determinados períodos a funcionar sem *quórum*, o que condicionou a capacidade decisória na aplicação da Lei n.º 30/2000 e as consequentes diligências processuais. Entre 2003 e 2009: desde 2003 as CDT de Viseu e da Guarda; desde o último trimestre de 2004 as CDT de Faro e Bragança; desde 2005 a CDT de Lisboa; desde junho de 2007 a CDT de Coimbra, e, desde junho de 2008 a CDT de Vila Real; a reposição de *quórum* nestas CDT ocorreu durante o primeiro semestre de 2008, exceto na de Vila Real que ocorreu em fevereiro de 2009. Entre 2010 e 2013: as CDT do Porto e Faro ficaram sem *quórum* em setembro de 2010 até, respetivamente, agosto e novembro de 2011; em novembro de 2012, a CDT de Leiria ficou sem *quórum*, tendo sido reposto em março 2013. Por outro lado, continuam a persistir lacunas relacionadas com o número insuficiente de profissionais, existindo algumas CDT a funcionar sem equipa técnica.

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

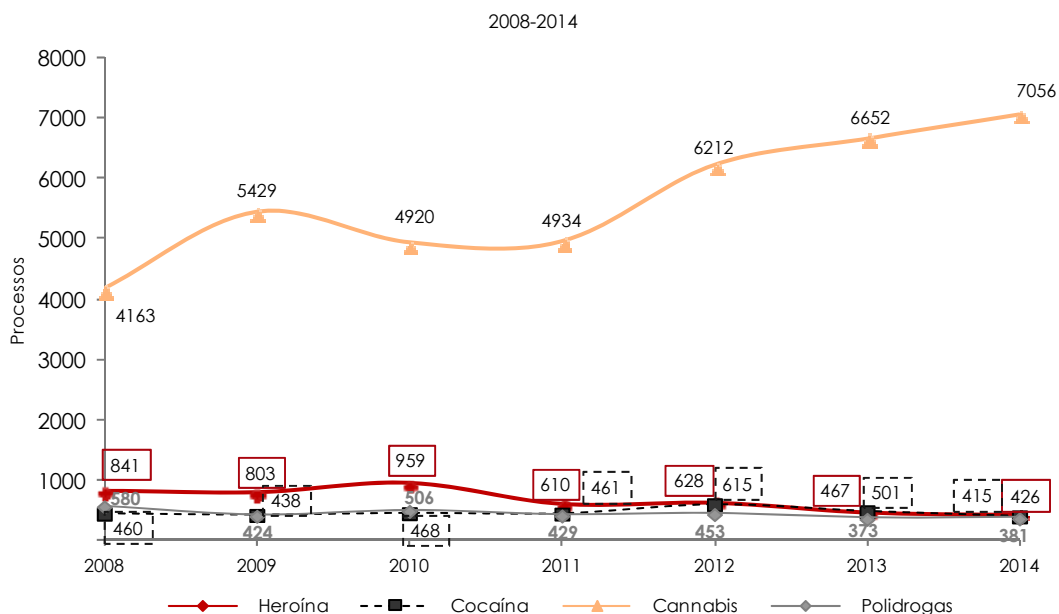
Uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (72%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (11%). É de referir que nos últimos três anos se registaram os valores mais elevados de sempre do primeiro tipo de processos, muito provavelmente reflexo da mobilização e investimento das forças policiais e de segurança nas estratégias de sinalização de consumidores de baixo/moderado risco com vista a intervenções precoces.

Em 2014, a proporção das sanções punitivas foi semelhante ao verificado nos últimos anos, continuando a predominar as sanções não pecuniárias (8%), particularmente as relacionadas com a apresentação periódica em local designado pela CDT. É de notar o aumento significativo nos últimos três anos por comparação com os anos anteriores, da aplicação de medidas sancionatórias que apelam à responsabilização do indiciado, como a prestação de serviços gratuitos e/ ou entrega de contribuições monetárias a favor da comunidade.

Cerca de 95% das ocorrências de 2014 envolveram apenas uma droga: 84% só cannabis, 5% apenas heroína e 5% só cocaína. À semelhança do ocorrido nos últimos anos, o predomínio de ocorrências relacionadas só com cannabis verificou-se em todas as CDT.

Nos processos relacionados com a posse de várias drogas (5%), uma vez mais se destacou a posse de heroína com cocaína. Tal como já sucedido nos últimos nove anos, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis, e pelo terceiro ano consecutivo a associação de ecstasy com cannabis foi preponderante à de heroína com cannabis.

Figura 52 - Processos de Contraordenação, segundo o Ano*, por Tipo de Droga



* Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. Informação recolhida a 31 de março do ano seguinte ao da ocorrência do facto punível como contraordenação.

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

Comparativamente a 2013, e tal como no ano anterior, constatarem-se aumentos no número de processos relacionados só com ecstasy (+19%) e só com cannabis (+6%), mantendo-se relativamente estável o número dos relacionados com várias drogas (+2%). Em contrapartida, verificaram-se decréscimos no número de processos relacionados só com heroína (-9%) e só com cocaína (-17%).

É também de notar, pelo terceiro ano consecutivo, o aumento no número de processos relacionados com *outras drogas* (+108% do que em 2013). Estes, bem como os processos relacionados só com cannabis, registaram nos últimos três anos os valores mais elevados de sempre.

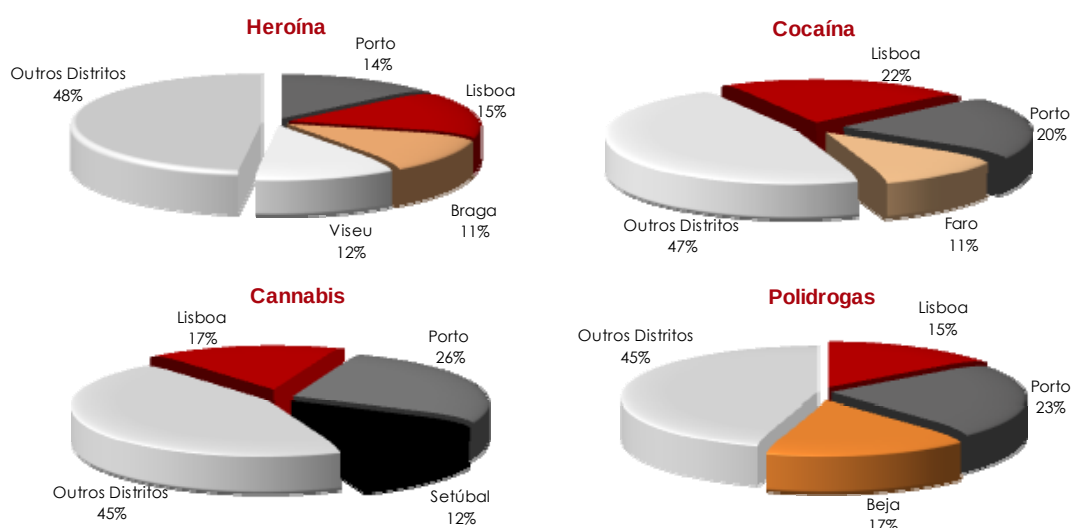
Tendencialmente, a distribuição geográfica dos processos segundo o tipo de droga evidencia serem os distritos com o maior número total de processos, aqueles onde se concentram também o maior número de processos de cada uma das drogas consideradas.

No entanto, verificam-se, algumas exceções, como por exemplo, Viseu em relação à heroína e Beja no caso das polidrogas, assim como existe, a nível dos distritos com os maiores números de processos, uma distribuição diferenciada destes consoante o tipo de droga.

Figura 53 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, segundo a Droga Envolvida, por Distrito (%)

(distritos com mais de 10% do total de processos de cada tipo de droga)

2014



Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

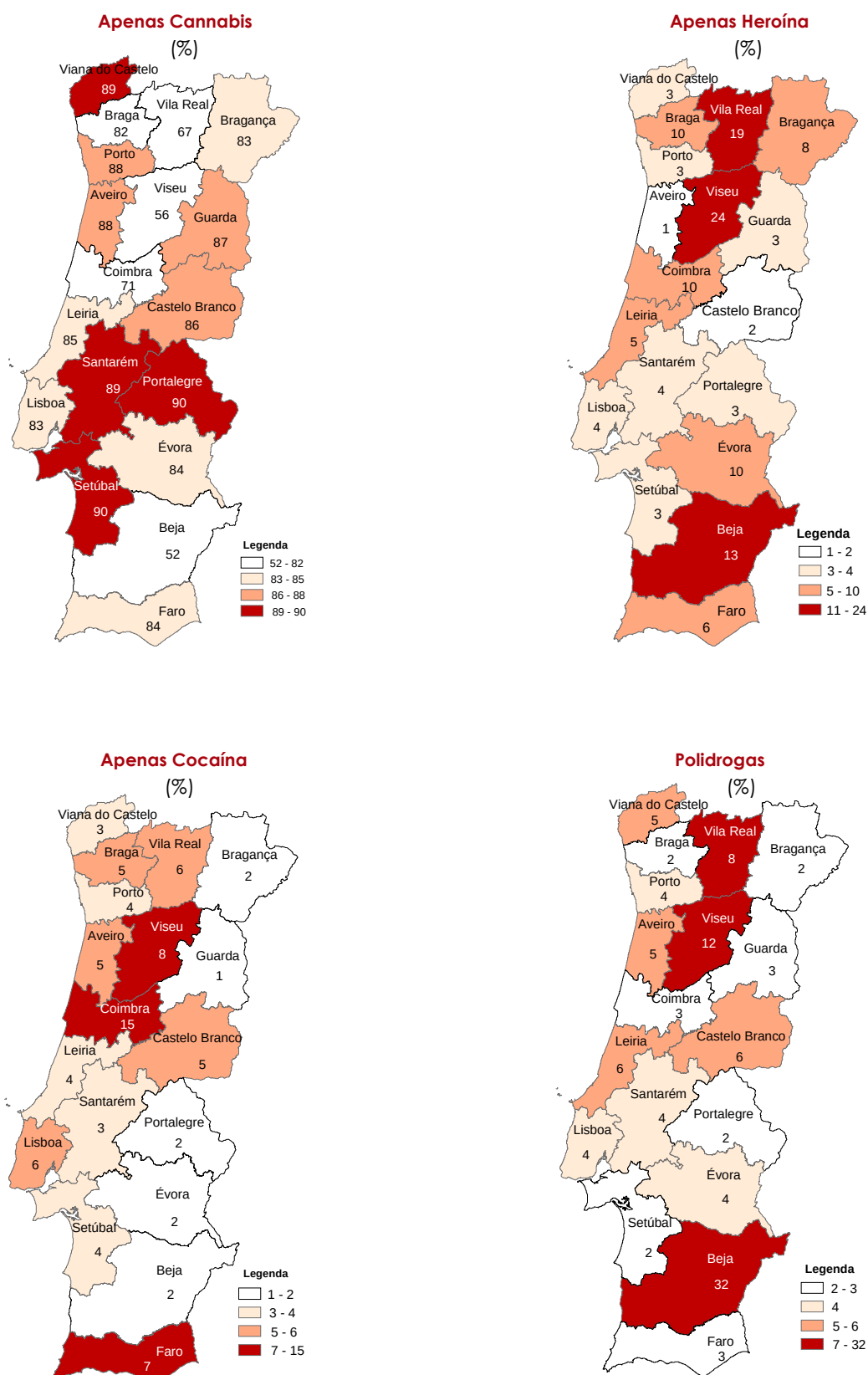
Também a leitura das percentagens intradistritais por tipo de droga⁷⁴ permite evidenciar algumas heterogeneidades:

- os processos envolvendo só cannabis variaram a nível distrital entre os 52% (Beja) e os 90% (Portalegre e Setúbal);
- os só de heroína entre os 1% (Aveiro) e os 24% (Viseu);
- os só de cocaína entre os 1% (Guarda) e os 15% (Coimbra);
- e, os processos envolvendo várias drogas variaram entre os 2% (Braga, Bragança, Portalegre e Setúbal) e os 32% (Beja).

⁷⁴ Considerando como base percentual os processos abertos em cada distrito.

Figura 54 - Percentagens Intradistritais de Processos de Contraordenação por Tipo de Droga

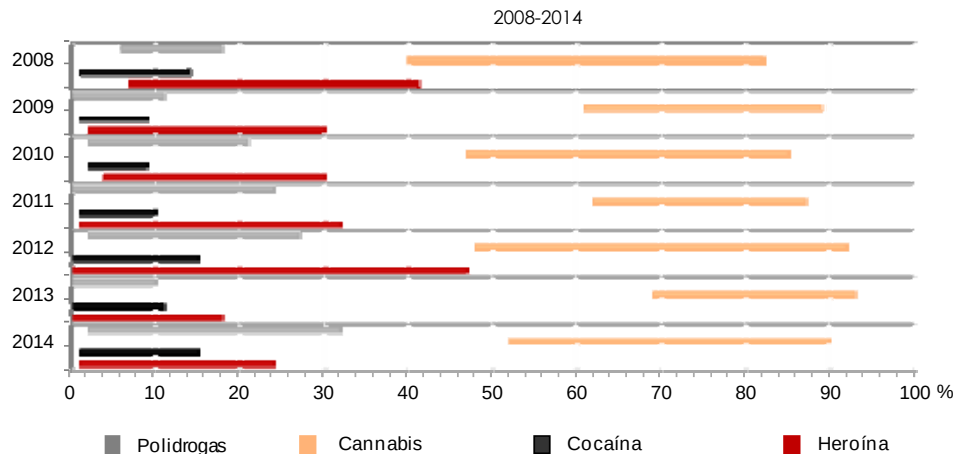
2014



Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

De um modo geral, as variações entre os valores mínimos e máximos das percentagens intradistritais por tipo de droga envolvida nos processos, têm mantido um padrão ao longo dos anos, com os maiores intervalos daqueles valores a registarem-se ao nível da heroína e da cannabis. Em 2014, no entanto, constatou-se uma maior variação das percentagens intradistritais dos processos relacionados com várias drogas do que a das de heroína.

Figura 55 - Processos de Contraordenação por Tipo de Droga
Intervalos das Percentagens Intradistritais, segundo o Ano

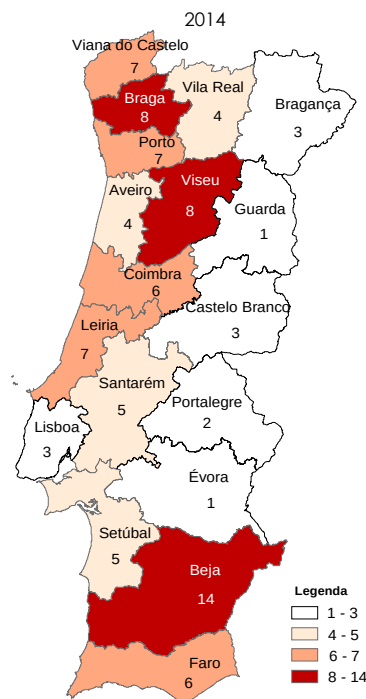


Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

5.2 Indivíduos

Dos 8 389 indivíduos⁷⁵ envolvidos nos processos abertos relativos às ocorrências de 2014 e sem decisão absolutória, cerca de 6% reincidiram ao longo do ano, percentagem que se enquadra nas registadas nos anos anteriores. A maioria destes reincidentes (88%) teve apenas uma reincidência no ano.

Figura 56 – Percentagens Intradistritais de Indivíduos Reincidentes no ano



Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

⁷⁵ Para efeitos de caracterização dos indivíduos, os reincidentes no ano, ou seja, que originam a abertura de mais do que um processo num determinado ano, são contabilizados apenas uma vez nesse ano.

O distrito do Porto, com o maior número de indiciados relativos às ocorrências de 2014, foi o que registou também o maior número de indivíduos reincidentes no ano, destacando-se com as mais elevadas percentagens intradistritais de reincidentes no ano, o distrito de Beja.

Cerca de 92% daqueles 8 389 indivíduos eram do sexo masculino e na sua maioria (82%) jovens e jovens adultos. É de notar que, apesar da idade média ser os 26 anos, cerca de 56% tinham idades entre os 16-24 anos.

Quadro 14 – Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação

2014

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Indivíduos em Processos de Contraordenação
Sexo	Masculino	92,3%
Grupo Etário	16-24 anos	56,4%
	25-34 anos	26,0%
	Idade Média / Mediana	26 / 23
Nacionalidade	Portuguesa	92,7%
Estado Civil	Solteiro	90,9%
	Casado / União de Facto	6,2%
Situação Coabitância	Só c/ família de origem	66,9%
	Sozinho	7,4%
	Só c/ companheiro e filhos	4,2%
	Só c/ companheiro	5,2%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	19,1%
	3.º Ciclo	41,8%
	Secundário	34,6%
Situação Profissional	Empregado	37,7%
	Desempregado	26,6%
	Estudante	31,5%

a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem as categorias com maior relevância percentual.

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

Tal como nos anos anteriores, eram na sua maioria de nacionalidade portuguesa (93%). Entre os estrangeiros predominavam os europeus (4%) e os africanos (2%), destacando-se a França, Cabo Verde e o Brasil, como os países de nacionalidade estrangeira predominantes.

Uma vez mais, eram na sua maioria solteiros (91%) e viviam só com a família de origem (67%). À semelhança dos anos anteriores, predominavam os indivíduos com a frequência do 3.º Ciclo do Ensino Básico ou habilitações superiores (81%) e cerca de 38% estavam empregados, sendo cada vez mais expressivo o peso de estudantes (32%).

Os perfis de consumo e demográficos predominantes desta população e a sua evolução nos últimos anos – nomeadamente mais consumidores não toxicodependentes, mais jovens e mais estudantes -, são indiciadores das estratégias e abordagens específicas de sinalização e intervenção precoce, preconizadas no planeamento estratégico na área da dissuasão

Oferta

As tendências de evolução dos indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, apesar de influenciadas pelos níveis de atividade de aplicação da lei e a eficácia das medidas de combate ao tráfico (OEDT, 2013), constituem uma componente fundamental na monitorização das tendências dos mercados de drogas.

A aplicação da legislação nacional em matéria de drogas ilícitas tem como finalidade reduzir a sua disponibilidade e acessibilidade nos mercados, sendo por isso também da maior importância no âmbito da monitorização das tendências dos mercados de drogas, os indicadores relativos à perceção das populações sobre a facilidade de acesso a drogas ilícitas.

Os estudos mais recentes evidenciam que a cannabis continua a ser a droga ilícita percecionada como de maior acessibilidade, refletindo as prevalências de consumo na população portuguesa. Segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer* realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos, os jovens portugueses tinham uma perceção de menor facilidade de acesso à cannabis, mas de maior facilidade de acesso à heroína e às novas substâncias psicoativas. A evolução das perceções dos jovens portugueses entre 2011 e 2014 evidencia que aumentou ligeiramente a facilidade percebida de acesso à heroína, à cocaína e ao ecstasy.

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

Uma vez mais foi consolidado o predomínio crescente da cannabis a nível dos vários indicadores da oferta, refletindo a prevalência do seu consumo no país. A cocaína continua a ser a segunda droga com maior visibilidade no mercado nacional, tendência iniciada na segunda metade da década anterior, apesar da estabilidade constatada nos anos mais recentes a nível da maioria dos indicadores. Em 2014 constatou-se novamente uma diminuição da visibilidade da heroína, reforçando assim a quebra registada em 2011, após o pico pontual em 2009 e 2010 com alguns indicadores a registarem os valores mais elevados da década. Em relação a *outras drogas*, apesar dos aumentos verificados nos últimos 3 anos em alguns indicadores, continuam a apresentar valores relativos residuais.

Em 2014, uma vez mais o haxixe foi a substância com o maior número de apreensões (3 472). Reforçando a tendência iniciada em 2005, seguiu-se-lhe a cocaína (1 042) e, pela primeira vez o número de apreensões de cannabis herbácea (771) foi superior ao de heroína (690). As apreensões de ecstasy continuam a registar números bastante inferiores (138). Como habitualmente, foram confiscadas várias outras substâncias, nomeadamente benzodiazepinas, anfetaminas e algumas substâncias alucinogénias.

Em relação a 2013, registaram-se decréscimos no número de apreensões de heroína e de cocaína, aumentos nas de ecstasy e de haxixe, mantendo-se estável o número de apreensões de cannabis herbácea. No caso do haxixe e da cannabis herbácea, verificaram-se nos últimos seis anos os valores mais elevados desde 2002, mantendo-se a tendência de aumento do número de apreensões. Em contrapartida, os números de apreensões de heroína e de cocaína têm vindo a diminuir nos últimos anos, registando-se em 2014 os valores mais baixos respetivamente desde 2002 e 2005.

A nível das quantidades apreendidas em 2014, verificaram-se aumentos em relação a 2013 a nível da cannabis – haxixe e liamba – e da cocaína, registando-se em contrapartida, diminuições das quantidades confiscadas de heroína e de ecstasy.

Relativamente aos principais países de proveniência das drogas apreendidas em Portugal em 2014, destacaram-se no âmbito do tráfico internacional com as maiores quantidades apreendidas, a Holanda a nível da heroína, o Brasil no caso da cocaína, Marrocos no caso do haxixe, Espanha a nível da liamba e Alemanha e Israel no caso do ecstasy.

Mantém-se a relevância do posicionamento geoestratégico de Portugal em matéria de tráfico internacional - sobretudo de cocaína, apesar dos indícios recentes de uma maior diversificação destas rotas -, embora o país não funcione como sede das organizações criminosas ligadas ao tráfico de droga.

Quanto aos mercados de tráfico e de tráfico-consumo, os preços médios das drogas confiscadas em 2014 não apresentaram alterações relevantes face a 2013, com exceção da heroína que registou uma subida, embora se mantenha com um valor inferior aos registados entre 2002 e 2011.

No que respeita ao grau de pureza das drogas apreendidas, a potência (% THC) média da cannabis, e em particular da cannabis resina, tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo em 2014 os valores médios mais elevados desde 2005. Em relação às "amostras de rua" de heroína constata-se que o seu grau de pureza médio mantém-se estável nos últimos quatro anos, embora com valores inferiores comparativamente aos anos anteriores. O grau de pureza médio das "amostras de rua" da cocaína apreendida em 2014 registou um aumento relativamente aos cinco anos anteriores, apesar de se manter inferior aos verificados entre 2006 e 2008.

A aplicação da legislação nacional em matéria de drogas ilícitas pelas entidades com atribuições em matéria do controlo, fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico ilícito de estupefacientes, resultou em 2014 na identificação de 5 674 presumíveis infratores - 38% como traficantes e 62% como traficantes-consumidores -, 4 631 (82%) dos quais foram detidos. O número de presumíveis infratores manteve-se estável face ao ano anterior (+2%), embora inferior aos valores registados entre 2009 e 2012.

No âmbito das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga, em 2014 registaram-se 1 187 processos-crime findos, envolvendo 1 706 indivíduos, 1 483 (87%) dos quais foram condenados. Destes, cerca de 79% foram condenados por tráfico, 20% por consumo e 1% por tráfico-consumo. É de notar o aumento da proporção de indivíduos condenados por consumo sobretudo desde 2009, relacionado com a fixação de jurisprudência sobre as situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias. Tal como ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, uma vez mais predominou nestas condenações ao abrigo da Lei da Droga a aplicação da pena de prisão suspensa (48%) em vez de prisão efetiva (30%), sendo de referir o aumento sobretudo desde 2009, de condenados só com pena de multa efetiva, predominantemente aplicada a condenados por consumo. À semelhança dos anos anteriores, a maioria destas condenações estavam relacionadas só com uma droga, persistindo o predomínio da cannabis e a superioridade numérica das condenações pela posse de cocaína em relação às de heroína, consolidando assim a tendência dos últimos anos de aumento da visibilidade da cocaína nestas condenações.

A 31/12/2014 estavam em situação de reclusão 2 217 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, número ligeiramente inferior (-3%) ao registado a 31/12/2013. Após a descida contínua do número destes reclusos entre 2002 e 2008, verifica-se uma tendência para o acréscimo, apesar dos valores se manterem aquém dos registados até 2007. Estes reclusos representavam a 31/12/2014 cerca de 19% do universo da população reclusa condenada, proporção que se enquadra no padrão registado nos últimos anos. A maioria (82%) estava condenada por tráfico, 17% por tráfico de menor gravidade, 0,3% por tráfico-consumo e 0,9% por outros crimes ao abrigo da Lei da Droga.

Para além da criminalidade diretamente relacionada com a Lei da Droga, há a considerar todo um leque de criminalidade indiretamente relacionada com o consumo de drogas, designadamente a praticada para obter dinheiro para a aquisição das drogas e a cometida sob o efeito destas. De acordo com os resultados do *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, 2014*, cerca de 22% dos reclusos declararam como motivo do/s crime/s que levaram à atual reclusão, a obtenção de dinheiro para o consumo de drogas (24% em 2007 e 23% em 2001), e 42% declararam estar sob o efeito de drogas quando cometeram o/os crime/s que motivaram a atual reclusão. Em relação aos crimes cometidos sob o efeito de drogas, destacaram-se o furto, o roubo, o tráfico e o tráfico para consumo, seguidos das ofensas à integridade física e dos crimes de condução sem habilitação legal.

1. Alguns Resultados de Estudos⁷⁶

No âmbito da monitorização das tendências dos mercados de drogas ilícitas, são muito relevantes os indicadores relativos à **perceção sobre a facilidade de acesso** a essas substâncias, por parte das populações.

É importante referir, como conclusão transversal aos vários estudos, que existem diferenças significativas entre as perceções dos consumidores e não consumidores destas substâncias, no sentido dos primeiros percecionarem como mais fácil o acesso a essas substâncias.

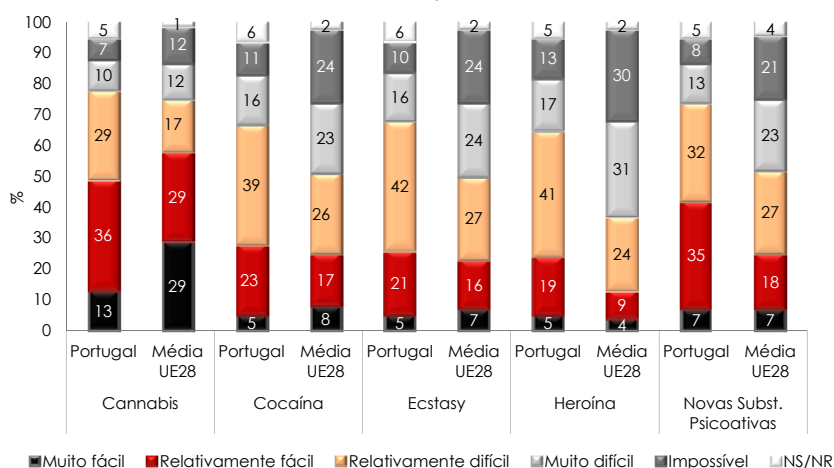
Tal vem reforçar que estas perceções, enquanto indicadores das tendências dos mercados, refletem não só o lado da oferta como também o da procura, o que importa considerar, nomeadamente quando se fazem comparações entre países.

De acordo com vários estudos, em Portugal, tal como no resto da Europa, a cannabis é percecionada como a droga de maior acessibilidade.

Segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Young People and drugs*⁷⁷, realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos, 49% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a cannabis num período de 24 horas (se desejado), sendo as percentagens correspondentes à cocaína, ecstasy e heroína, de 28%, 26% e 24%. Cerca de 42% dos jovens consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a novas substâncias psicoativas.

Figura 57 - População Jovem (15-24 anos)

Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado)
Portugal e Média Europeia (%)
2014



Fonte: *Flash Eurobarometer 401, Young people and drugs, Results per country 2014* / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Comparando com as médias europeias (*relativamente fácil ou muito fácil*), constata-se que os jovens portugueses tinham uma perceção de menor facilidade de acesso à cannabis (média

⁷⁶ Ver o volume Anexo ao *Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, p. 109-111, disponível em <http://www.sicad.pt>

⁷⁷ DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

UE de 58%), mas de maior facilidade de acesso à heroína e às novas substâncias psicoativas (médias UE de 13% e 25%).

A evolução destas perceções entre 2011 e 2014 evidencia que, com exceção da cannabis, aumentou a facilidade percebida de acesso a todas as substâncias⁷⁸ (*relativamente fácil ou muito fácil*) entre os jovens portugueses, mantendo-se mais estáveis as perceções do conjunto dos jovens europeus.

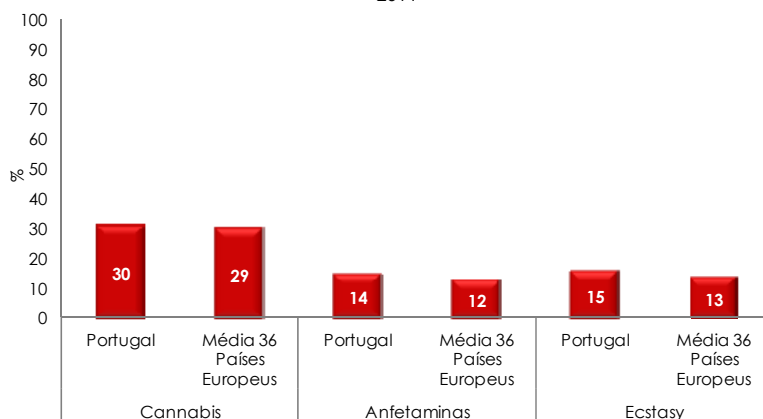
À data, não é possível saber se os resultados de outros estudos em populações jovens – nomeadamente o *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* - ou na população geral residente em Portugal - *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal* - apontam para uma evolução semelhante destas perceções, porquanto os mais recentes se reportam respetivamente a 2011 e 2012.

Segundo os resultados do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*⁷⁹, em 2003, 2007 e 2011, também a cannabis foi considerada pelos alunos de 16 anos como a droga de maior acessibilidade, mantendo-se muito idêntica essa perceção entre 2003 e 2011 (30% em 2011 e 29% em 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil* ou *muito fácil* obter cannabis).

O ecstasy e as anfetaminas foram consideradas pelos alunos de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis, diminuindo a facilidade percebida de acesso entre 2003 e 2011 para o ecstasy (15%, 16% e 21%, em 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil* ou *muito fácil* obter ecstasy) mas não para as anfetaminas (14%, 15% e 12%, em 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil* ou *muito fácil* obter anfetaminas).

Figura 58 - População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos)

Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado)
Portugal e Média Europeia (% dos que responderam relativamente fácil / muito fácil)
2011



Fonte: Hibell *et al.*, 2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

As médias europeias (*relativamente fácil* ou *muito fácil obter*) em 2011, 2007 e 2003, foram respetivamente de 29%, 33% e 35% para a cannabis, de 13%, 18% e 17% para o ecstasy, e de 12%, 15% e 13% para as anfetaminas, sendo importante referir que há variabilidade dos países incluídos em cada um dos anos considerados.

⁷⁸ No estudo de 2011 - *Youth attitudes on drugs* (The Gallup Organization, 2011) - não existem dados para as novas substâncias psicoativas.

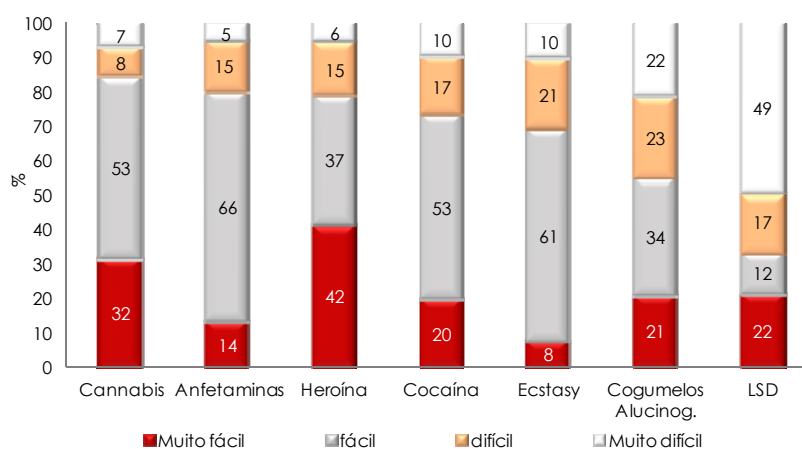
⁷⁹ Portugal integra o ESPAD - *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003 e 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell *et al.*, 1997; Hibell *et al.*, 2000; Hibell *et al.*, 2004; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

Comparativamente às médias europeias de 2011, constata-se que os alunos portugueses de 16 anos tinham uma perceção de facilidade de acesso (*relativamente fácil ou muito fácil*) semelhante relativamente à cannabis e ligeiramente superior em relação ao ecstasy e às anfetaminas.

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*⁸⁰, realizado na população residente em Portugal (15-64 anos)⁸¹, as questões relativas às perceções sobre a dificuldade de obter substâncias ilícitas num período de 24 horas (se desejado), foram apenas respondidas pelos consumidores dessas substâncias (em qualquer momento ao longo da vida).

Figura 59 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos)

Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado)
(% dos Consumidores ao Longo da Vida de cada Droga)
2012



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

Com efeito, em 2012, e considerando os consumidores ao longo da vida de cada uma das substâncias consideradas, verifica-se uma vez mais que a cannabis é a droga percecionada como de maior acessibilidade, com 85% dos consumidores de cannabis a considerarem *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado). Seguem-se-lhe as anfetaminas, a heroína, a cocaína, o ecstasy, os cogumelos alucinogénios e o LSD, respetivamente com 80%, 79%, 73%, 69%, 55% e 34% dos consumidores destas substâncias a considerarem *fácil ou muito fácil* aceder a elas num período de 24 horas (se desejado).

O foco nos consumidores que consideravam *muito difícil* aceder a essas substâncias traduz-se em proporções que variaram entre os 5% e 10% para quase todas as substâncias, com exceção dos alucinogénios (22% dos consumidores de cogumelos e 49% dos consumidores de LSD).

Da comparação dos resultados dos estudos de 2001, 2007 e 2012, é de evidenciar entre as principais tendências de evolução destas perceções, o aumento da facilidade percebida de acesso às anfetaminas.

⁸⁰ Balsa *et al.*, 2014.

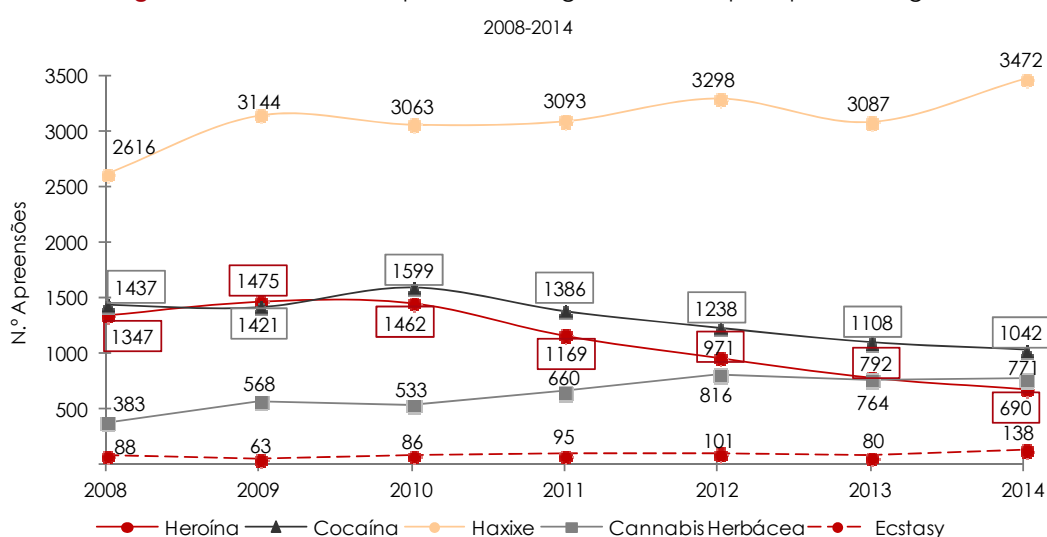
⁸¹ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

2. Apreensões Policiais⁸²

2.1 Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços

Tal como ocorrido desde a década anterior, em 2014 o haxixe⁸³ foi a substância com o maior número de apreensões (3 472). Reforçando a tendência iniciada em 2005, seguiu-se-lhe a cocaína (1 042) e, pela primeira vez o número de apreensões de cannabis herbácea (771) foi superior ao de heroína (690). Uma vez mais as apreensões de ecstasy registaram números bastante inferiores (138).

Figura 60 – Número de Apreensões, segundo o Ano, por Tipo de Droga



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em relação a 2013, registaram-se decréscimos no número de apreensões de heroína (-13%), e de cocaína (-6%). Em contrapartida, aumentou o número de apreensões de ecstasy (+73%) e de haxixe (+12%), mantendo-se estável o número de apreensões de cannabis herbácea (+1%). No caso do haxixe e da cannabis herbácea, verificaram-se nos últimos seis anos os valores mais elevados desde 2002, mantendo-se a tendência de aumento do número de apreensões. Contrariamente, os números de apreensões de heroína e de cocaína têm vindo a diminuir nos últimos anos (respetivamente pelo quinto e quarto anos consecutivos), registando-se em 2014 os valores mais baixos desde 2002 no caso da heroína e desde 2005 no caso da cocaína.

Para além destas apreensões, em 2014 foram confiscadas várias outras substâncias⁸⁴, não sendo de destacar alguma em particular, quer pelas quantidades apreendidas, quer pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores.

⁸² Ver o volume Anexo do Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 113-139 disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados apresentados neste capítulo é um módulo do Sistema Integrado de Informação Criminal (SIIC), enviado anualmente ao SICAD pela PJ, em março do ano seguinte a que se referem os dados. A informação respeita às infrações tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro e reflete os resultados da atividade desenvolvida em matéria de fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico de estupefacientes.

⁸³ Neste capítulo os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

⁸⁴ Ver informação constante na nota a) do Quadro 104 do Anexo deste Relatório.

A nível das quantidades apreendidas em 2014, verificaram-se aumentos em relação a 2013 a nível da cannabis – haxixe e liamba – e da cocaína, registando-se em contrapartida, diminuições das quantidades confiscadas de heroína e de ecstasy. No caso da liamba, importa referir que não estão aqui contabilizadas as quantidades de outras formas de cannabis herbácea, designadamente as plantas e as sementes, cujas quantidades apreendidas adquiriram maior expressão nos últimos seis anos ⁸⁵.

Quadro 15 - Droga Apreendida, segundo o Ano, por Tipo de Droga

2008-2014

Ano Tipo de Droga ^{a)}	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gramas							
Heroína	68 090	128 073	46 947	72 908	65 541	55 457	38 691
Cocaína	4 877 905	2 697 083	3 244 350	3 678 217	4 019 866	2 439 719	3 715 151
Haxixe ^{b)}	61 262 140	22 965 577	34 773 666	14 632 884	18 314 067	8 688 998	32 877 460
Liamba	36 634	5 044 569	40 079	107 873	49 390	95 712	108 372
Comprimidos							
Ecstasy ^{c)}	70 309	8 987	48 370	7 791	73 887	14 554	7 169

a) As quantidades apreendidas de outras drogas e de outras unidades/formas de apresentação destas drogas constam no Quadro 104 em Anexo.

b) As quantidades relativas ao haxixe incluem a resina e o pólen de cannabis.

c) As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria n.º 94/96 de 26 de março. Em 2014, foram apreendidos 648,5 g de ecstasy moído e 684 comprimidos.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em 2014, as apreensões envolvendo quantidades significativas⁸⁶ representaram 3% do número total de apreensões de haxixe, 4% das de ecstasy, 5% das de liamba, 5% das de heroína e 25% das apreensões de cocaína. No entanto, em termos das quantidades apreendidas, estas apreensões representaram 50% do ecstasy apreendido, 67% da liamba confiscada, 87% da heroína apreendida, e a quase totalidade da cocaína e do haxixe apreendidos (acima dos 99%).

Relativamente aos principais países de proveniência das drogas apreendidas em Portugal em 2014, destacaram-se no âmbito do tráfico internacional com as maiores quantidades apreendidas, a Holanda a nível da heroína, o Brasil no caso da cocaína, Marrocos no caso do haxixe, Espanha a nível da liamba e Alemanha e Israel no caso do ecstasy.

A maioria das quantidades apreendidas de haxixe e de cocaína com informação em matéria de rotas destinava-se a outros países, contrariamente à heroína, liamba e ecstasy apreendidos, cujas quantidades se destinavam na sua quase totalidade ao mercado interno. É de salientar a existência de um importante número de apreensões particularmente no caso da cocaína, que tinham como destino final outros países, sobretudo europeus, continuando Portugal a funcionar como ponto de trânsito em matéria de tráfico internacional, apesar dos indícios recentes de uma maior diversificação destas rotas. Apesar da relevância deste posicionamento geoestratégico de Portugal em matéria de fluxos internacionais de tráfico de

⁸⁵ Ver informação constante na nota a) do Quadro 104 do Anexo deste Relatório.

⁸⁶ Consideradas no caso da heroína e da cocaína as quantidades iguais ou superiores a 100 g e no caso da cannabis as iguais ou superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. No caso do ecstasy são consideradas as iguais ou superiores a 250 comprimidos. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas, ou, no caso do ecstasy, em comprimidos (as quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria n.º 94/96 de 26 de março).

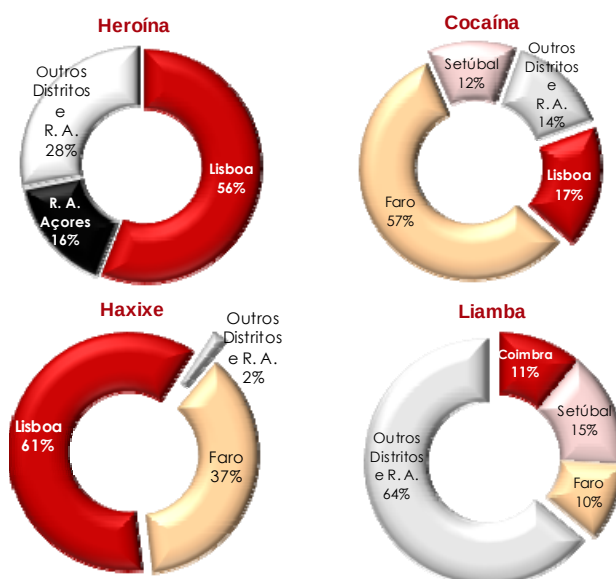
droga, em regra, o país não funciona como sede das organizações criminosas ligadas ao tráfico de droga⁸⁷.

Uma vez mais os distritos de Lisboa e do Porto surgiram com os números mais elevados de apreensões a nível das várias substâncias, exceto no caso do ecstasy em que Santarém e Guarda registaram um maior número de apreensões do que o Porto. No entanto, em termos de quantidades confiscadas, é o distrito de Lisboa que se destaca a nível do haxixe e da heroína, Faro no caso da cocaína e Santarém a nível do ecstasy, constatando-se uma maior dispersão geográfica a nível das quantidades apreendidas de liamba.

Figura 61 - Distribuição das Quantidades de Drogas Apreendidas,
por Distrito e Região Autónoma (%)

(distritos ou R. A. com 10% ou mais da quantidade apreendida por tipo de droga)

2014



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Relativamente aos meios utilizados no transporte das drogas confiscadas, destacaram-se com as maiores quantidades apreendidas em 2014, o transporte terrestre para a heroína, a liamba e o ecstasy, o transporte marítimo para o haxixe, e o transporte marítimo e terrestre para a cocaína.

No que respeita à informação sobre os preços das drogas, indicador fundamental na caracterização dos mercados, importa ter algumas cautelas na sua leitura, uma vez que existem ainda várias limitações metodológicas a nível da informação disponível e dos métodos analíticos, nomeadamente: 1) a ausência de informação sobre os preços nos mercados de consumo desde 2002⁸⁸; 2) a escassez de informação a nível dos mercados de tráfico e de tráfico-consumo que impede na maioria das vezes uma análise dos preços por patamares de distribuição no mercado e por vezes até o cálculo de medidas de estatística descritiva; 3) a ausência de cruzamento de informação dos preços das drogas confiscadas com os resultados das respetivas análises forenses sobre o seu grau de pureza. No entanto, mesmo com estas limitações, Portugal possui uma importante série temporal de dados com grande potencialidade em termos de análise de tendências.

⁸⁷ Sistema de Segurança Interna, 2015.

⁸⁸ Com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, deixou de ser recolhida informação relativa ao preço da droga paga pelos consumidores interpelados pelas autoridades.

Quanto aos mercados de tráfico e de tráfico-consumo, os preços médios⁸⁹ das drogas confiscadas em 2014 não apresentaram alterações relevantes face a 2013, com exceção da heroína que registou uma subida, embora se mantenha com um valor inferior aos registados entre 2002 e 2011.

Quadro 16 - Preço* Médio das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga

2008-2014

Tipo de Droga \ Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grana							
Heroína	33,25 €	36,62 €	35,32 €	35,74 €	28,04 €	25,64 €	31,47 €
Cocaína	45,56 €	47,44 €	46,00 €	50,07 €	48,01 €	47,00 €	47,81 €
Haxixe	3,28 €	2,99 €	3,59 €	3,12 €	3,03 €	2,90 €	2,55 €
Liamba	5,09 €	6,22 €	— ^{a)}	— ^{a)}	— ^{a)}	5,47 €	6,23 €
Comprimido							
Ecstasy	2,80 €	— ^{a)}	3,68 €	— ^{a)}	— ^{a)}	— ^{a)}	4,43 €

* Os preços relativos aos anos posteriores a 2001 referem-se apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo.

a) Não existem dados suficientes para se proceder ao cálculo do preço médio.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

O grau de pureza das drogas é um indicador importante não só na perspetiva da saúde pública como na perspetiva dos mercados, enquanto reflexo das estratégias operacionais do abastecimento ao mercado por parte dos traficantes, de modo a condicionar a procura de determinadas drogas.

De acordo com os resultados das análises forenses realizadas no LPC/PJ a “amostras de rua” das drogas apreendidas⁹⁰, a potência (% THC) média da cannabis apreendida em território nacional, e particularmente da cannabis resina, tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo em 2014 o valor médio mais elevado desde 2005. Também as análises das “amostras de rua” de comprimidos de ecstasy, indiciam um aumento do seu grau de pureza médio nos últimos anos, apesar do escasso número de lotes analisados exigir cautelas na leitura destes dados. Em relação às “amostras de rua” de heroína castanha, a mais comum em Portugal, constata-se que o seu grau de pureza médio mantém-se estável nos últimos quatro anos e com valores inferiores comparativamente aos anos anteriores. No caso da cocaína em pó (sal hidrocloreto, HCl), o grau de pureza médio das “amostras de rua” apreendidas em 2014 registou um valor superior relativamente aos cinco anos anteriores apesar de se manter inferior aos verificados entre 2006 e 2008.

⁸⁹ Desde 2002 que os preços se referem apenas aos mercados de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido. Em 2014, para efeitos de cálculo do preço médio da cocaína, foram retirados dois registos considerados como “informação não válida”.

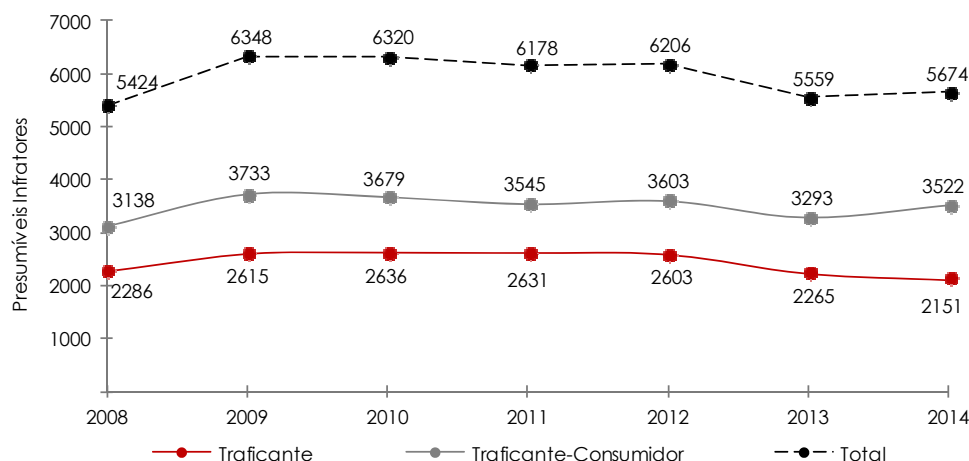
⁹⁰ As amostras analisadas referem-se apenas às retiradas de circulação, e não é possível fazer análises quantitativas de todas as substâncias apreendidas devido a limitações de recursos. Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

2.2 Presumíveis Infratores⁹¹

Em 2014, as intervenções policiais nesta matéria resultaram na identificação de 5 674 presumíveis infratores - 38% como traficantes e 62% como traficantes-consumidores -, 4 631 (82%) dos quais foram detidos.

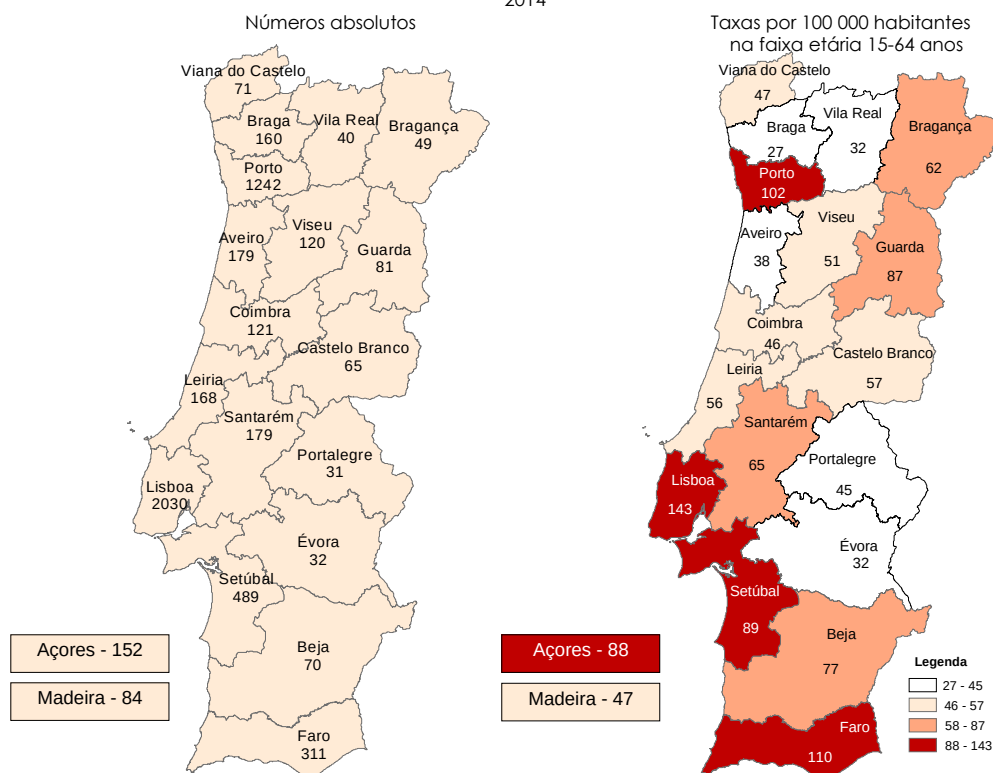
O número de presumíveis infratores manteve-se estável em relação ao ano anterior (+ 2%), embora inferior aos valores registados entre 2009 e 2012.

Figura 62 – Presumíveis Infratores, segundo o Ano, por Situação Face à Droga
2008-2014



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Figura 63 - Total de Presumíveis Infratores, por Zona Geográfica de Ocorrência da Infração
2014



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

⁹¹ Os dados sobre os presumíveis infratores referem-se a intervenientes detidos e não detidos. Um indivíduo pode ser contabilizado mais do que uma vez desde que envolvido em mais do que uma ocorrência no ano.

Uma vez mais os distritos de Lisboa e Porto apresentaram as percentagens mais altas destes presumíveis infratores (respetivamente 36% e 22%), seguindo-se-lhes Setúbal (9%) e Faro (5%). As maiores taxas por habitantes dos 15-64 anos registaram-se nos distritos de Lisboa, Faro e Porto.

Em 2014, 79% dos presumíveis infratores detinham apenas uma droga: 62% cannabis, 10% cocaína, 6% heroína e menos de 1% outras drogas. Nas situações envolvendo mais do que uma droga (21%), a associação só de heroína com cocaína continua a ser predominante, seguindo-se-lhe a associação só de cocaína com cannabis e a de heroína com cocaína e cannabis.

Comparativamente a 2013 registou-se um acréscimo de presumíveis infratores que detinham apenas cannabis (+9%) e dos que estavam na posse só de *outras drogas* (+67%), verificando-se um decréscimo do número dos que detinham apenas heroína (-2%), só cocaína (-5%), e dos que estavam na posse de várias drogas (-11%).

Quadro 17 - Presumíveis Infratores, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga
2014 e variações relativas a 2013/2011/2008

Sit. Face à Droga/ Tipo de Droga	2014	%	Δ 13-14	Δ 11-14	Δ 08-14
Total	5 674	100,0	2,1	-8,2	4,6
Heroína	308	5,5	-1,9	-36,6	-45,4
Cocaína	561	10,1	-5,1	-17,3	-2,9
Cannabis	3 475	62,4	9,0	7,0	42,2
Outro	55	1,0	66,7	52,8	22,2
Polidrogas	1 171	21,0	-11,2	-24,3	-26,4
Desconhecido	104				
Traficante	2 151	100,0	-5,0	-18,2	-5,9
Heroína	164	7,9	7,2	-33,9	-35,7
Cocaína	452	21,7	-4,4	-18,0	5,4
Cannabis	764	36,8	-0,5	-4,9	43,9
Outro	14	0,7	40,0	16,7	-33,3
Polidrogas	683	32,9	-13,3	-25,6	-27,7
Desconhecido	74				
Traficante-Consumidor	3 522	100,0	7,0	-0,6	12,2
Heroína	144	4,1	-10,6	-39,5	-53,4
Cocaína	109	3,1	-7,6	-14,2	-26,8
Cannabis	2 711	77,6	12,1	10,9	41,7
Outro	41	1,2	78,3	70,8	70,8
Polidrogas	487	14,0	-8,3	-22,6	-24,6
Desconhecido	30				

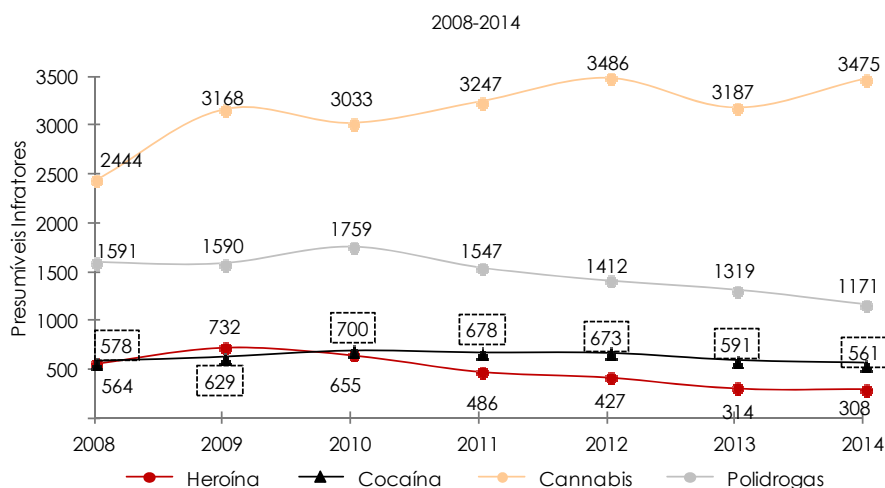
Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências:
DMI - DEI

Apesar das oscilações anuais, os valores registados nos seis últimos anos a nível da cannabis foram os mais elevados desde 2002, reforçando assim, após a estabilidade ocorrida entre 2006 e 2008, a tendência de aumento verificada ao longo da década anterior. Relativamente ao número de presumíveis infratores na posse só de cocaína, os decréscimos registados nos dois últimos anos poderão indiciar uma eventual inversão da tendência de aumento verificada desde 2002. No caso da heroína, após a tendência de descida constatada na primeira metade da década anterior, seguida de uma estabilidade e um pico em 2009, constata-se desde então novamente uma descida contínua no número de presumíveis infratores. A nível do número de

presumíveis infratores na posse de várias drogas, desde 2011 que tem vindo a diminuir, representando o valor registado em 2014 o mais baixo desde 2002.

Tal como nos anos anteriores, as situações relacionadas apenas com a posse de cocaína bem como as de polidrogas, continuam a ter bastante mais importância relativa no grupo de presumíveis traficantes do que no de presumíveis traficantes-consumidores, verificando-se o inverso em relação às situações relacionadas só com cannabis.

Figura 64 – Presumíveis infratores, segundo o Ano, por Tipo de Droga

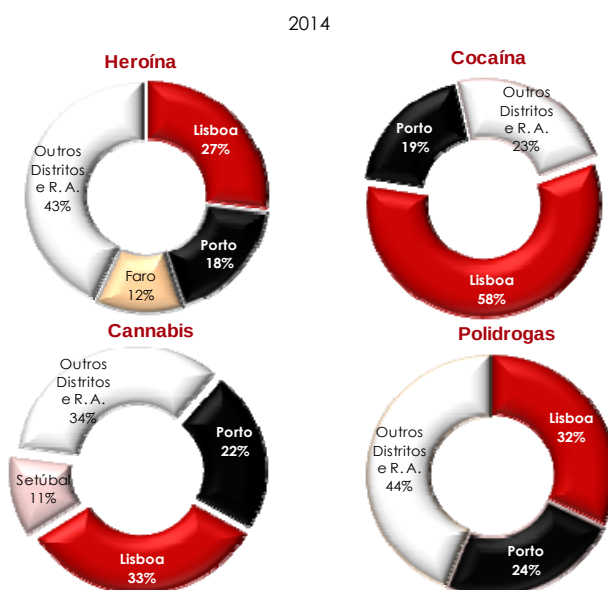


Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

A distribuição distrital dos presumíveis infratores segundo o tipo de droga envolvida, evidencia uma maior concentração de presumíveis infratores nos distritos de Lisboa e Porto para qualquer das drogas consideradas, destacando-se uma vez mais a elevada concentração de presumíveis infratores só na posse de cocaína no distrito de Lisboa⁹².

Figura 65 - Distribuição dos Presumíveis Infratores, segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%)

(distritos ou R. A. com 10% ou mais do total de presumíveis infratores na posse de cada tipo de droga)

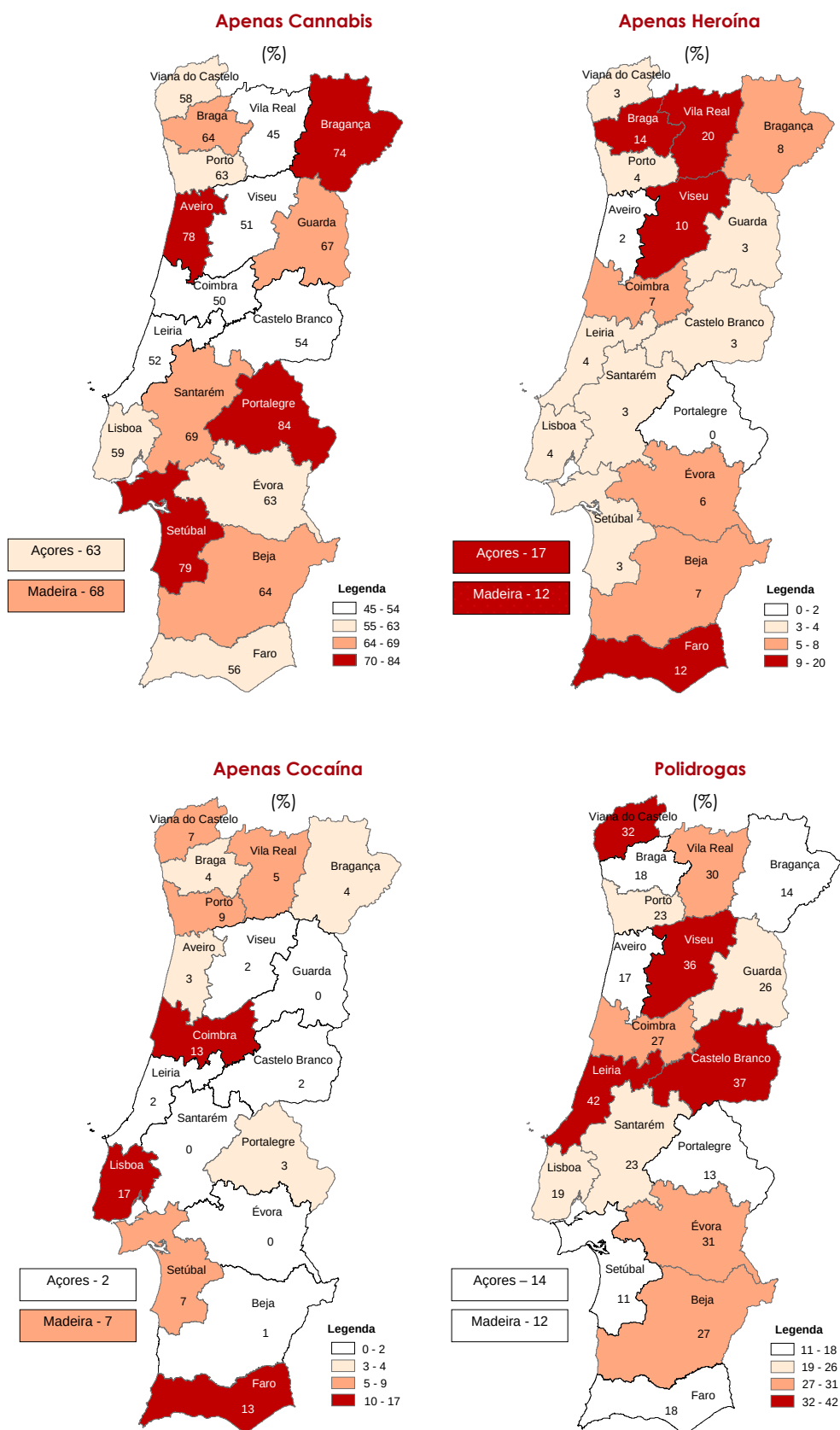


Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

⁹² Relacionado com o importante número de apreensões de cocaína no âmbito do tráfico internacional.

Figura 66 - Percentagens Intradistritais de Presumíveis Infratores, por Tipo de Droga

2014



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

As percentagens intradistritais por tipo de droga na posse dos presumíveis infratores, uma vez mais apresentam algumas heterogeneidades: as dos que estavam na posse só de cannabis variaram entre os 45%-84%, na posse só de heroína entre os 0%-20%, na posse apenas de cocaína entre os 0%-17% e as percentagens de presumíveis infratores com várias drogas variaram entre os 11%-42%.

Tal como nos anos anteriores, em 2014, estes presumíveis infratores eram predominantemente do sexo masculino (90%) e com idades entre os 16-24 anos (39%) e 25-34 anos (32%), sendo a idade média de 30 anos e a mediana de 27 anos.

Entre os estrangeiros (16%) predominavam os africanos (8%), com particular relevo para os cabo-verdianos.

Eram na sua maioria solteiros (86%) e cerca de 67% tinham a frequência do 3.º Ciclo ou habilitações superiores. Mais de metade (57%) encontravam-se desempregados à data da interpelação policial, vindo a aumentar nos últimos anos a proporção de estudantes.

Quadro 18 – Socio demografia dos Presumíveis Infratores

2014

Situação Face à Droga		Total	Traficante	Traficante-Consumidor
Caract. Sociodemográfica ^{a)}				
Sexo	Masculino	89,6%	82,9%	93,6%
Grupo Etário	16-24 anos	38,7%	27,2%	45,8%
	25-34 anos	31,8%	33,2%	30,9%
	Idade: Média / Mediana	30 / 27	33 / 31	28 / 25
Nacionalidade	Portuguesa	84,1%	72,6%	91,1%
Estado Civil	Solteiro	85,6%	78,9%	89,6%
	Casado / União de Facto	8,6%	13,4%	5,7%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	33,1%	46,0%	26,7%
	3.º Ciclo	42,0%	37,1%	44,4%
Situação Profissional	Desempregado	57,2%	69,1%	50,3%
	Empregado	27,8%	23,0%	30,5%
	Estudante	13,5%	6,1%	17,7%

a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem as categorias com maior relevância percentual.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; DMI - DEI

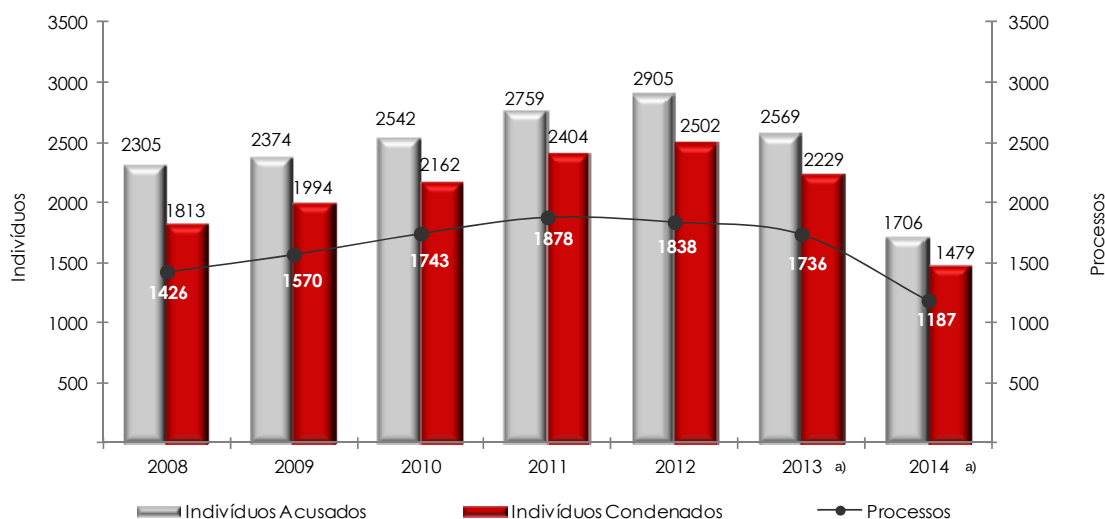
Uma vez mais os presumíveis traficantes-consumidores, comparativamente aos presumíveis traficantes, apresentavam maior proporção de indivíduos do sexo masculino e de nacionalidade portuguesa, assim como uma estrutura etária mais jovem, maior peso de indivíduos solteiros, com habilitações académicas mais altas e uma maior proporção de estudantes.

3. Decisões Judiciais⁹³

No contexto das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga⁹⁴, em 2014 registaram-se 1 187 processos-crime findos envolvendo 1 706 indivíduos⁹⁵, na sua maioria (87%) acusados por tráfico. Cerca de 87% dos indivíduos envolvidos nestes processos foram condenados e 13% absolvidos.

Apesar das oscilações anuais do número de processos, de indivíduos acusados e de condenados, constatou-se uma tendência de decréscimo na primeira metade da década anterior e, uma ligeira subida na segunda metade, que se prolonga até 2011. Nos últimos três anos constata-se uma tendência de descida, salvaguardada a atualização dos dados de 2014 no próximo ano.

Figura 67 – Processos, Indivíduos Acusados e Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano
2008-2014



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2016.

Com a entrada em vigor a 1 de julho de 2001, da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, o consumo de drogas ilícitas foi descriminalizado, passando a constituir contraordenação. A situação do cultivo prevista no artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, nunca deixou de ser considerada crime com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000. Posteriormente, o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de agosto, manteve em vigor o n.º 2 do art.º 40 do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, "não só "quanto ao cultivo" como relativamente à aquisição ou detenção, para consumo próprio, de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV, em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias".

Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

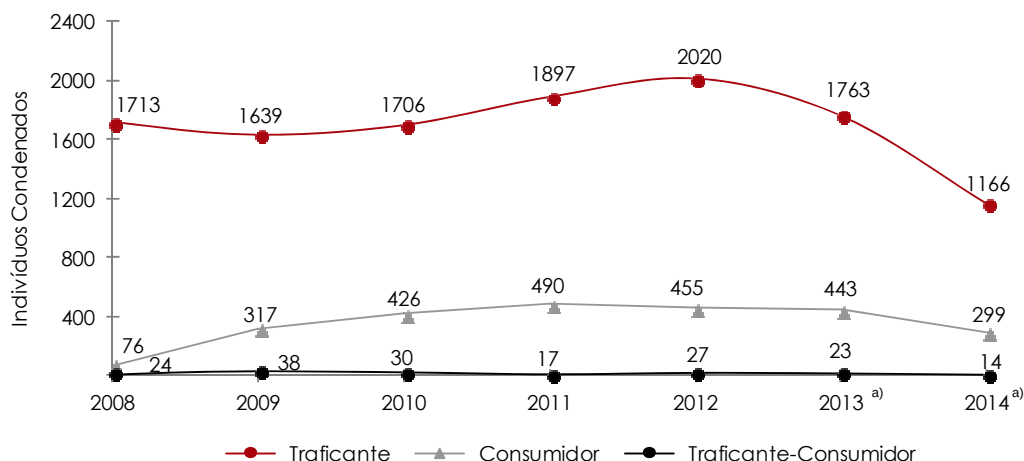
⁹³ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 141-170, disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados apresentados neste capítulo é o repositório de dados existente no SICAD, com informação retirada das decisões judiciais enviadas pelos Tribunais ao abrigo do art.º 64 n.º 2 do Decreto-Lei 15/93.

⁹⁴ Com a entrada em vigor a 1 de julho de 2001, da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, o consumo de drogas ilícitas foi descriminalizado, passando a constituir contraordenação. A situação do cultivo prevista no artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, nunca deixou de ser considerada crime com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000. Posteriormente, o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de agosto, manteve em vigor o n.º 2 do art.º 40 do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, "...não só "quanto ao cultivo" como relativamente à aquisição ou detenção, para consumo próprio, de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV, em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias".

⁹⁵ Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2016.

Dos 1 479 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga em 2014, 79% foram-no por tráfico, 20% por consumo e menos de 1% por tráfico-consumo, estando o aumento de indivíduos condenados por consumo desde 2009, relacionado com a fixação de jurisprudência sobre as situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias (Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de agosto). Em cerca de 89% das condenações por consumo de 2014 e com informação nesta matéria⁹⁶, foi feita a referência expressa a este Acórdão.

Figura 68 – Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Situação Face à Droga
2008-2014



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2016.

Com a entrada em vigor a 1 de julho de 2001, da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, o consumo de drogas ilícitas foi descriminalizado, passando a constituir contraordenação. A situação do cultivo prevista no artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, nunca deixou de ser considerada crime com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000. Posteriormente, o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de agosto, manteve em vigor o n.º 2 do art.º 40 do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, "não só "quanto ao cultivo" como relativamente à aquisição ou detenção, para consumo próprio, de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV, em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias".

Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

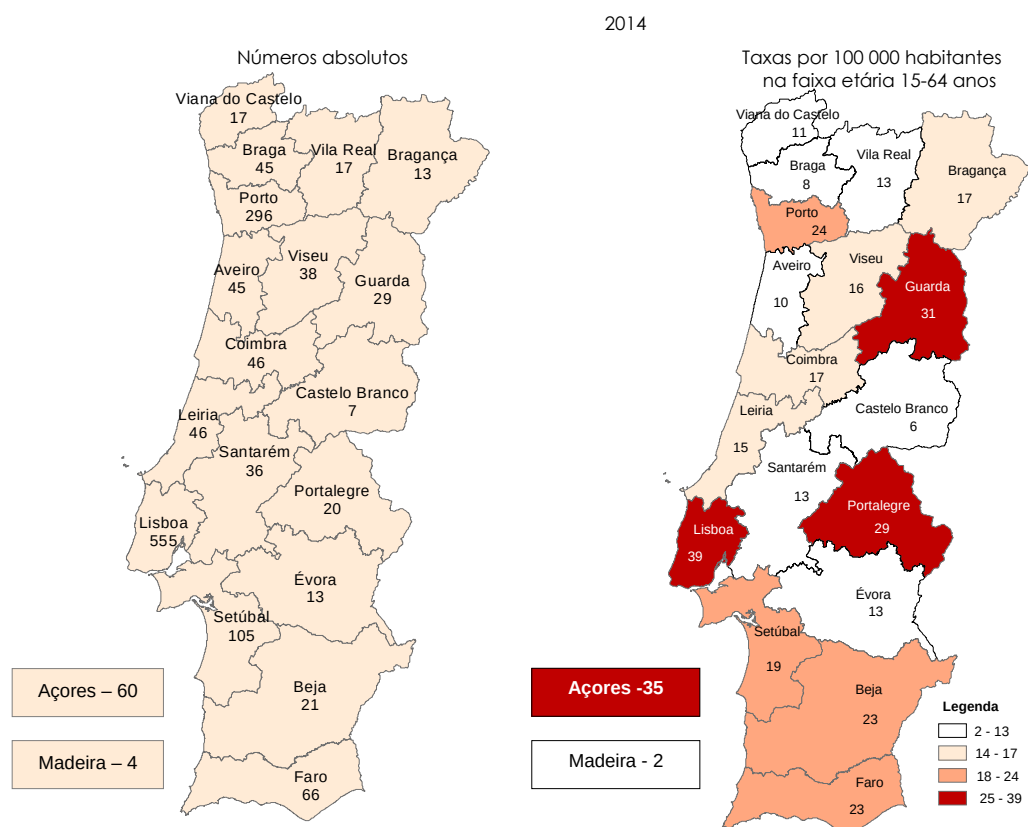
Dos 1 166 indivíduos condenados por tráfico, 1 161 tinham sido inicialmente acusados por esse crime, 3 por tráfico-consumo e 2 por consumo. Dos 299 indivíduos condenados por consumo, 178 (60%) vinham acusados por este crime, 121 (40%) por tráfico. Dos 14 indivíduos condenados por tráfico-consumo, 2 (14%) vinham acusados por este crime e 12 (86%) por tráfico.

Uma vez mais Lisboa e Porto, foram os distritos que registaram as percentagens mais elevadas destas condenações (respetivamente 38% e 20%), seguindo-se-lhes Setúbal (7%), Faro (4%) e a Região Autónoma dos Açores (4%).

As maiores taxas por habitantes de 15-64 anos registaram-se no distrito de Lisboa e na Região Autónoma dos Açores, seguindo-se-lhes Guarda e Portalegre.

⁹⁶ Cerca de 89% e de 91%, respetivamente em 2014 e 2013. Em 2014 foi reajustada a análise desta informação em relação a 2014 e 2013, não sendo portanto comparável com as proporções apresentadas nos Relatórios Anuais dos anos anteriores.

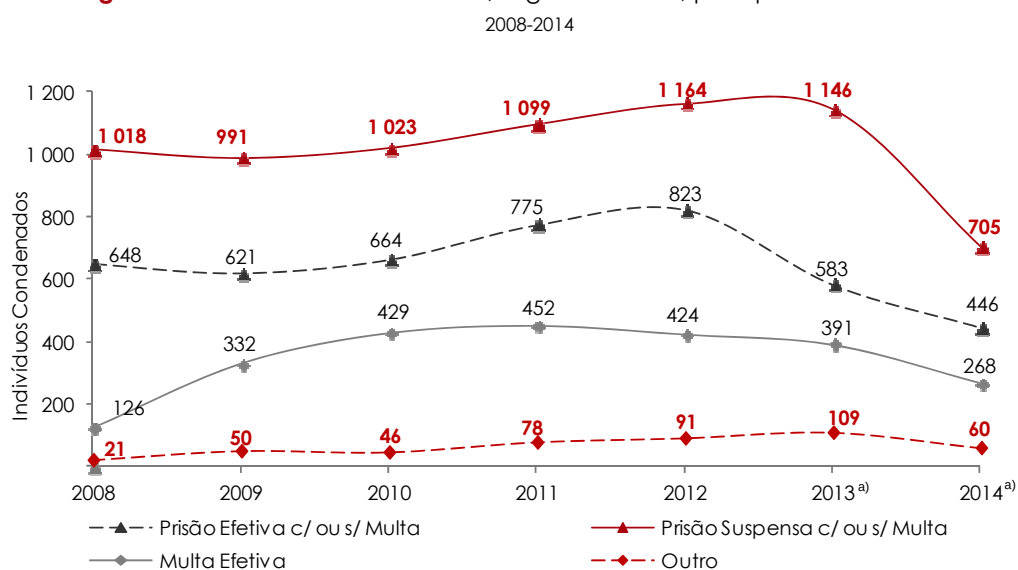
Figura 69 - Total de Indivíduos Condenados, por Zona Geográfica de Ocorrência da Condenação



Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

No que respeita às penas⁹⁷ aplicadas nestas condenações, maioritariamente relacionadas com crimes de tráfico, tal como ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, predominou a aplicação da prisão suspensa (48%) em vez da prisão efetiva (30%).

Figura 70 - Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Pena



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2016.

Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

⁹⁷ As penas dizem respeito à pena final da condenação, que pode incluir mais do que um crime.

É de referir, sobretudo desde 2009 e por comparação com os anos anteriores, o aumento de condenados só com pena de multa efetiva, predominantemente aplicada a condenados por consumo (em 81% destes, a pena aplicada foi apenas multa efetiva)⁹⁸.

No âmbito da aplicação das disposições da Lei da Droga, tal como nos anos anteriores, os artigos mais utilizados foram os relativos a “Tráfico de Menor Gravidade”, a “Perda de Objetos ou Direitos Relacionados com o Facto” e a “Tráfico”. Tal como vem sucedendo desde 2009, também foram muito utilizados em 2014 os artigos sobre “Consumo”, relacionado com o atrás referido sobre a fixação de jurisprudência relativa às situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias.

Em cerca de 90% das condenações foram consideradas circunstâncias agravantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico-consumo e tráfico do que nas por consumo), com particular relevo para os “Antecedentes criminais” – destaque para os crimes contra o património, em particular o furto e o roubo, e para os crimes relativos a estupefacientes - e para o “Dolo elevado”.

Por outro lado, em 86% das condenações foram consideradas circunstâncias atenuantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico-consumo e tráfico do que nas por consumo), destacando-se a “Inserção social e/ou familiar”, “Sem antecedentes criminais” e “Confissão espontânea”, seguindo-se-lhes “Estar em tratamento, toxicodependência ou ex-toxicodependência”, “Inserção profissional”, “Droga leve” e “Ilícitude não elevada”.

Uma vez mais as circunstâncias atenuantes relacionadas com “Estar em tratamento, toxicodependência ou ex-toxicodependência” foram proporcionalmente mais consideradas na determinação da medida das penas dos condenados por tráfico-consumo (a mais considerada neste grupo) e por tráfico, do que na dos condenados por consumo.

À semelhança dos anos anteriores, cerca de 11% destes condenados (respetivamente 12%, 9% e 0%, dos condenados por tráfico, por consumo e por tráfico-consumo) tiveram penas em cúmulo jurídico.

Foram considerados 243 crimes em cúmulo jurídico, com especial relevo dos relacionados com o “Regime Jurídico das Armas e Munições”. Para além destes crimes, que foram os predominantes nos condenados quer por tráfico quer por consumo, são de destacar também em ambos os tipos de condenações, os crimes rodoviários, bem como o furto qualificado nas penas em cúmulo jurídico dos condenados por consumo, e a resistência e coação sobre funcionário e a injúria nas penas dos condenados por tráfico.

Em 2014, 72% das condenações ao abrigo da Lei da Droga estavam relacionadas com a posse de uma só droga: 49% cannabis, 16% cocaína, 7% heroína, e menos de 1%, várias outras drogas.

Nas situações envolvendo mais do que uma droga (28%), predominou uma vez mais a posse de heroína com cocaína.

⁹⁸ Ver nota 95.

Quadro 19 - Indivíduos Condenados*, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga

2014

Sit. Face à Droga Tipo de Droga	Total		Traficante		Consumidor		Traf.-Cons.	
	%		%		%		%	
Total	1 479	100,0	1 166	100,0	299	100,0	14	100,0
Heroína	102	7,1	92	8,0	3	1,1	7	50,0
Cocaína	229	16,0	222	19,3	5	1,9	2	14,3
Cannabis	696	48,7	460	40,0	235	89,0	1	7,1
Ecstasy	2	0,2	1	0,1	1	0,4	..	..
Outro	2	0,2	2	0,2	..	..	..	..
Polidrogas	397	27,8	373	32,4	20	7,6	4	28,6
Desconhecido	51		16		35		..	

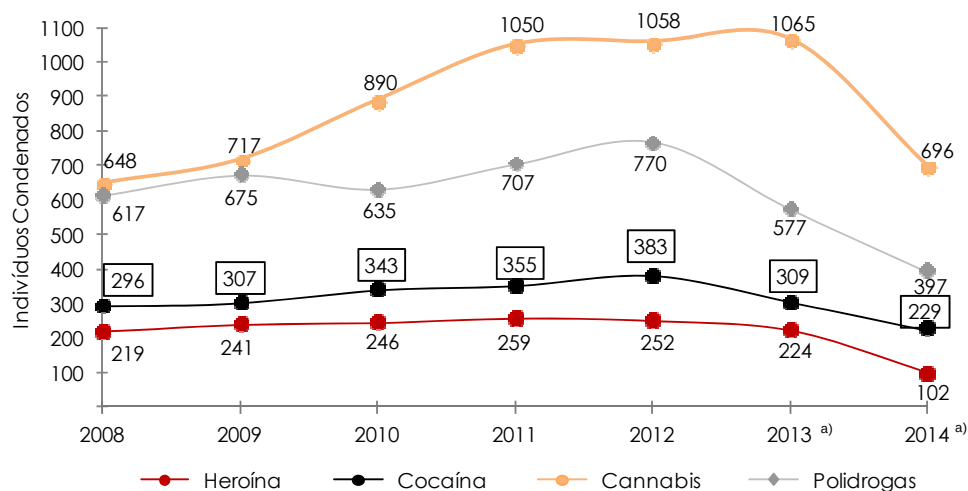
* Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2016.

Com a entrada em vigor a 1 de julho de 2001, da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, o consumo de drogas ilícitas foi descriminalizado, passando a constituir contraordenação. A situação do cultivo prevista no artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, nunca deixou de ser considerada crime com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000. Posteriormente, o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de agosto, manteve em vigor o n.º 2 do art.º 40 do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, "...não só "quanto ao cultivo" como relativamente à aquisição ou detenção, para consumo próprio, de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV, em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias".

Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Figura 71 – Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Droga

2008-2014



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2016.

Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

À semelhança dos anos anteriores e tal como ocorrido com os presumíveis infratores identificados, as situações relacionadas apenas com a posse de cocaína continuam a ter uma maior importância relativa nos condenados por tráfico do que nos outros grupos de condenados. Nos condenados por crimes relacionados com o consumo, uma vez mais a maioria das situações estavam relacionadas só com a cannabis (89%).

Em relação aos anos anteriores e apesar dos dados de 2014 ainda virem a sofrer alterações no próximo ano, uma vez mais se constata nas condenações relacionadas só com

uma droga o predomínio da cannabis (desde 2003), seguida da cocaína (desde 2006), consolidando assim a tendência de maior visibilidade da cocaína nos últimos anos.

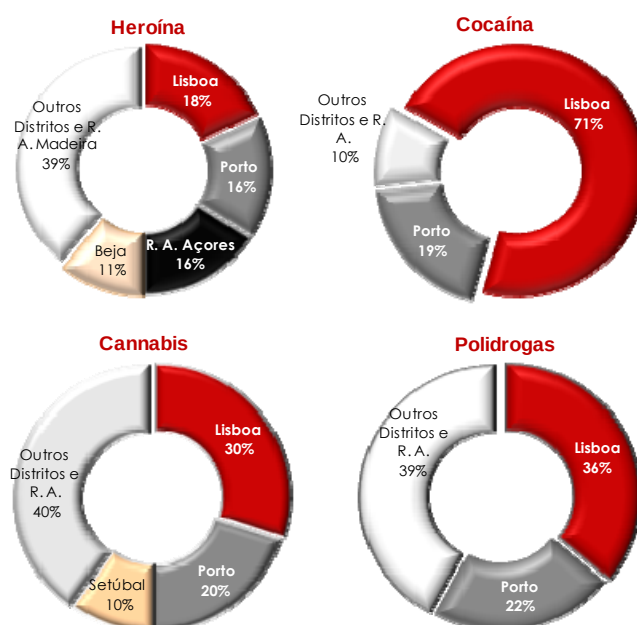
Tal como ocorrido a nível dos presumíveis infratores, a distribuição distrital dos condenados segundo o tipo de droga envolvida evidencia uma maior concentração de condenados nos distritos de Lisboa e Porto para qualquer das drogas consideradas (de destacar, no caso da heroína, a R.A. dos Açores com uma proporção idêntica à do Porto).

É de notar, uma vez mais, a elevada concentração no distrito de Lisboa de condenados só na posse de cocaína (tal como nas interpelações policiais), face à maior dispersão regional dos condenados na posse das outras drogas, particularmente na posse apenas de heroína.

Figura 72 - Distribuição dos Indivíduos Condenados segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%)

(distritos ou R. A. com mais de 10% do total de condenados na posse de cada tipo de droga)

2014



Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

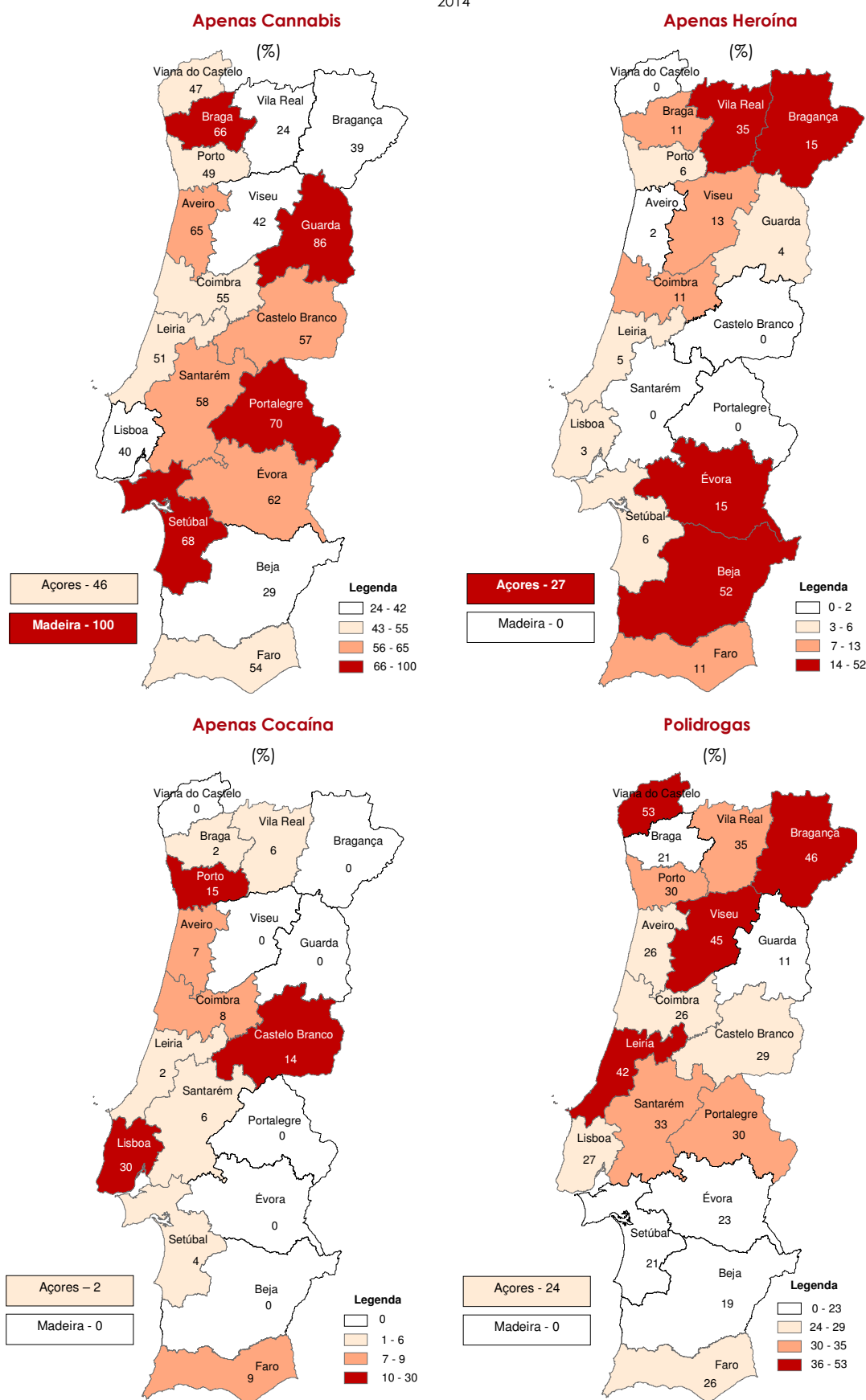
Também as percentagens intradistritais por tipo de droga⁹⁹ na posse dos condenados evidenciam algumas heterogeneidades:

- as condenações envolvendo só cannabis variaram a nível distrital entre os 24% (Vila Real) e os 100% (R. A. Madeira);
- as só de heroína entre os 0% (Viana do Castelo, Castelo Branco, Santarém, Portalegre e R. A. Madeira) e os 52% (Beja);
- as só de cocaína entre os 0% (7 distritos e R. A. Madeira) e os 30% (Lisboa);
- e, as condenações envolvendo várias drogas variaram entre os 0% (R. A. Madeira) e os 53% (Viana do Castelo).

⁹⁹ Considerando como base percentual os condenados em cada distrito.

Figura 73 - Percentagens Intradistritais dos Indivíduos Condenados por Tipo de Droga

2014



Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

À semelhança dos anos anteriores, estes condenados por crimes ao abrigo da Lei da Droga eram maioritariamente do sexo masculino (89%), e, com idades entre os 25-34 anos (35%) e os 16-24 anos (30%), sendo a idade média de 32 anos e a mediana de 29 anos.

Quadro 20 – Socio demografia dos Indivíduos Condenados

2014

Situação Face à Droga		Total	Traficante	Consumidor	Traficante-Consumidor
Caract. Sociodemográfica ^{a)}					
Sexo	Masculino	89,0%	86,9%	97,3%	92,9%
Grupo Etário	16-24 anos	30,4%	28,8%	38,5%	15,4%
	25-34 anos	34,6%	34,5%	36,8%	7,7%
	Idade Média /Mediana	32 / 29	32 / 30	30 / 27	37 / 37
Nacionalidade	Portuguesa	83,2%	80,4%	94,8%	90,9%
Estado Civil	Solteiro	58,5%	54,6%	74,1%	78,6%
	Casado / União de facto	33,4%	36,2%	22,2%	14,3%
Situação Coabitação	Só c/ família de origem	32,2%	30,0%	43,5%	33,3%
	Só c/ companheiro e filhos	17,7%	18,3%	15,6%	..
	Só c/ companheiro	10,0%	10,4%	7,5%	16,7%
	Sozinho	9,6%	9,3%	11,8%	..
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	44,6%	44,2%	46,2%	50,0%
	3.º Ciclo	33,7%	33,8%	33,3%	30,0%
Situação Profissional	Desempregado	54,3%	57,3%	37,9%	100,0%
	Empregado	33,4%	32,1%	41,1%	..
	Estudante	6,0%	4,8%	12,1%	..

a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem as categorias com maior relevância percentual.

Com a entrada em vigor a 1 de julho de 2001, da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, o consumo de drogas ilícitas foi descriminalizado, passando a constituir contraordenação. A situação do cultivo prevista no artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, nunca deixou de ser considerada crime com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000. Posteriormente, o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de agosto, manteve em vigor o n.º 2 do art.º 40 do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, "...não só "quanto ao cultivo" como relativamente à aquisição ou detenção, para consumo próprio, de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV, em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias".

Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em 2014, cerca de 83% destes condenados eram de nacionalidade portuguesa, e, tal como nos anos anteriores, entre os estrangeiros (17%) predominavam os africanos (7%), com particular relevo para os cabo-verdianos. Cerca de 59% dos condenados eram solteiros. A maioria vivia com familiares, predominando a coabitação só com a família de origem (32%) ou só com a família constituída (28%). Cerca de 55% tinham habilitações iguais ou superiores ao 3.º Ciclo, e, 33% encontravam-se empregados e 54% desempregados à data da condenação.

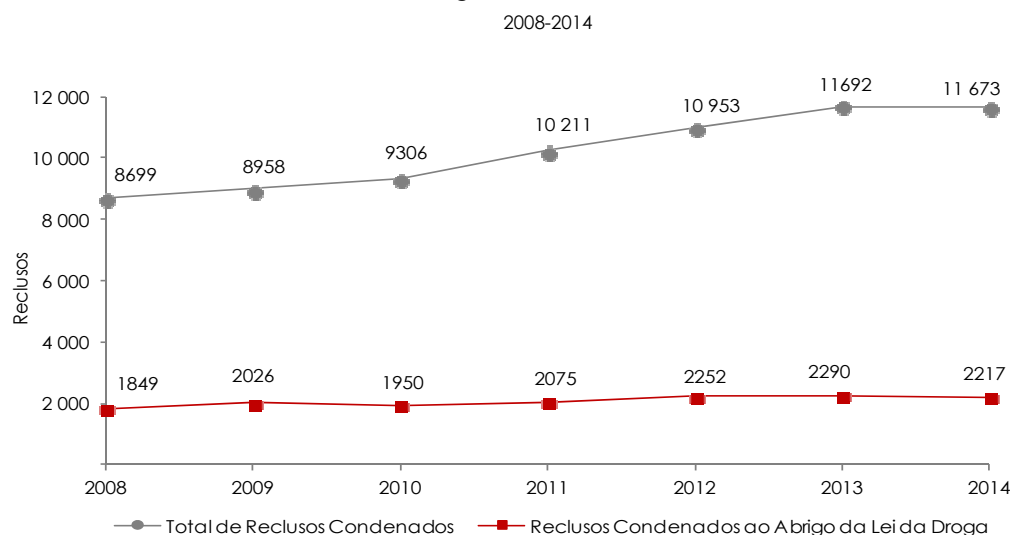
Os condenados por consumo apresentam um perfil sociodemográfico mais diferenciado comparativamente aos traficantes e traficantes-consumidores, com um maior peso de indivíduos jovens, estudantes e a viverem com a família de origem.

4. Reclusões¹⁰⁰

A 31/12/2014 estavam em situação de reclusão 2 217 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Drogas, número ligeiramente inferior (-3%) ao registado a 31/12/2013. Após a descida contínua do número destes reclusos entre 2002 e 2008, verifica-se uma tendência para o acréscimo, apesar dos valores se manterem aquém dos registados até 2007.

Estes reclusos representavam a 31/12/2014 cerca de 19% do universo da população reclusa condenada.

Figura 74 – Total de Reclusos Condenados e Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Drogas, segundo o Ano*



* Inclui inimputáveis.

Fonte: Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

A maioria destes indivíduos (82%) estavam condenados por tráfico, 17% por tráfico de menor gravidade e menos de 1% por tráfico-consumo.

Quadro 21 - Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Drogas, por Tipo de Crime
2014 e variações relativas a 2013/2011/2008

Tipo de Crime	2014	%	Δ 13-14	Δ 11-14	Δ 08-14
Total Reclusos Condenados	2 217	100,0	-3,2	6,8	19,9
Tráfico	1 817	82,0	-10,3	-2,4	10,1
Tráfico Menor Gravidade	372	16,8	59,0	110,2	128,2
Tráfico-Consumo	7	0,3	-46,2	-46,2	-79,4
Outro	21	0,9	23,5	-8,7	950,0

Fonte: Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

¹⁰⁰ Ver o volume Anexo ao *Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, p. 171-176, disponível em <http://www.sicad.pt>

Em relação a 2013, é de assinalar o aumento dos reclusos condenados por tráfico de menor gravidade (+59%) e a diminuição dos condenados por tráfico-consumo (-46%).

Estes reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga continuam a ser predominantemente do sexo masculino (89%) e com idades compreendidas entre os 30-39 anos (33%) e 40-49 anos (28%), sendo que 20% tinham idades inferiores aos 30 anos. A idade média era de 40 anos.

Quadro 22 – Socio demografia dos Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga

2014

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Tipo de Crime				
		Total	Tráfico	Tráfico Menor Gravidade	Tráfico Consumo	Outro
Sexo	Masculino	88,5%	87,2%	94,1%	100,0%	100,0%
Grupo Etário	30-39 anos	33,1%	33,0%	34,4%	34,0%	23,8%
	40-49 anos	28,3%	28,6%	26,6%	27,4%	14,3%
	Idade Média	40	40	37	45	41
Nacionalidade	Portuguesa	73,6%	70,1%	89,5%	85,7%	85,7%

a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem as categorias com maior relevância percentual.

Fonte: Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Continuam a ser na sua maioria de nacionalidade portuguesa (74%), registando-se nos últimos três anos um ligeiro decréscimo da proporção de estrangeiros comparativamente aos anos anteriores.

Para além da criminalidade diretamente relacionada com a Lei da Droga, há a considerar todo um leque de criminalidade indiretamente relacionada com o consumo de drogas, designadamente a praticada para obter dinheiro para a aquisição das drogas e a cometida sob o efeito destas.

A este propósito, importa referir alguns resultados do *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, 2014*¹⁰¹, e que são ilustrativos da importância desta criminalidade indiretamente relacionada com o consumo de drogas.

108

Em 2014, cerca de 22% dos reclusos declararam como motivo do/s crime/s que levaram à atual reclusão, a obtenção de dinheiro para o consumo de drogas (24% em 2007 e 23% em 2001).

Por outro lado, quanto à prática de crimes sob o efeito de drogas, 42% dos reclusos declararam estar sob o efeito de drogas quando cometeram o/os crime/s que motivaram a atual reclusão. Em relação aos crimes cometidos sob o efeito de drogas, destacaram-se o furto, o roubo, o tráfico e o tráfico para consumo (respetivamente 46%, 45%, 33% e 26% dos que declararam estar sob o efeito de drogas). Com proporções também expressivas, surgiram as ofensas à integridade física (20%) e os crimes de condução sem habilitação legal (19%).

Ainda em relação aos crimes cometidos sob o efeito de drogas, é de notar, enquanto leitura complementar, que se destacaram o tráfico para consumo, outros crimes relacionados com a Lei da Droga, o furto, a condução de veículo em estado de embriaguez ou sob a

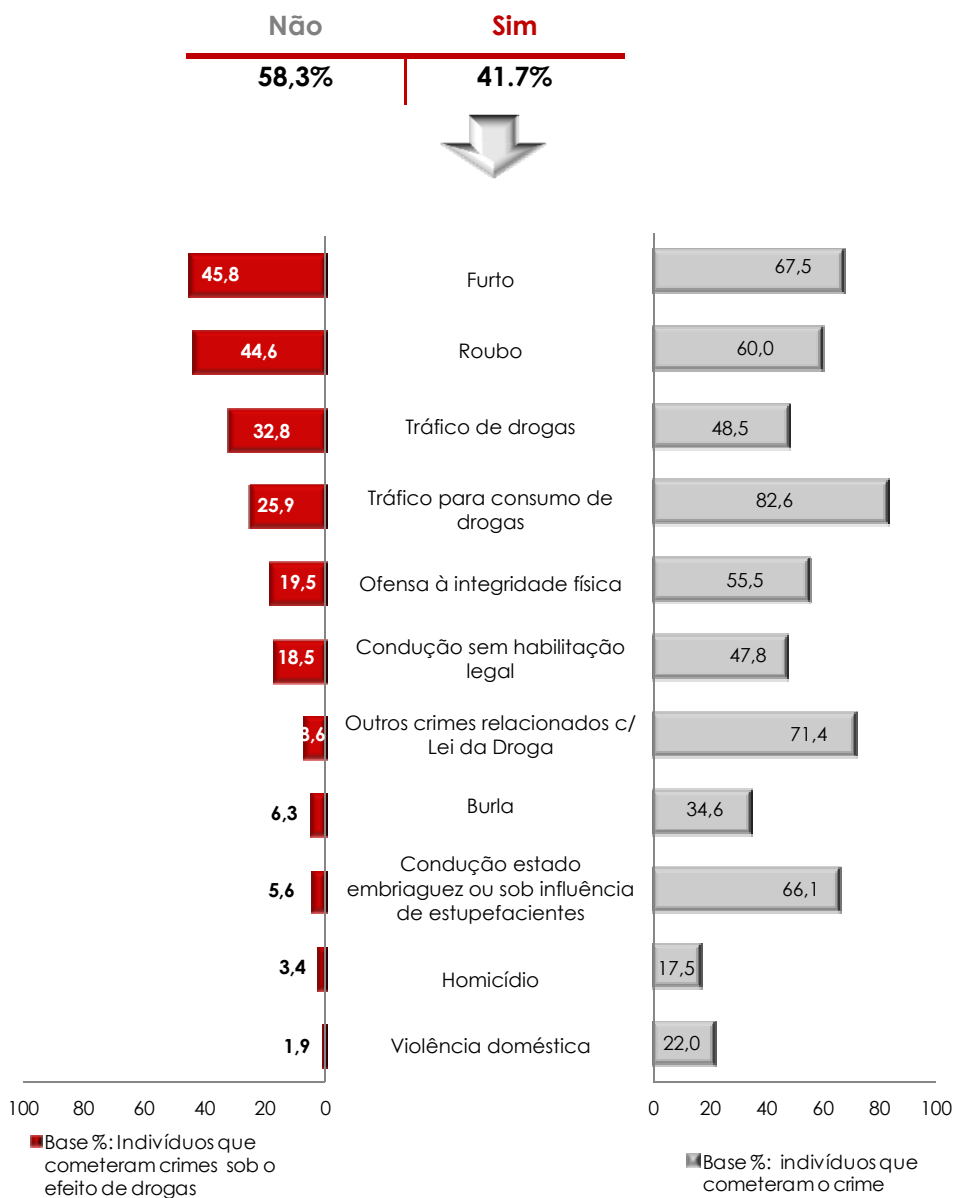
¹⁰¹ Torres et al., 2015.

influência de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, o roubo e as ofensas à integridade física, com as maiores proporções de indivíduos que praticaram estes crimes a declararem tê-los cometido sob o efeito de drogas (respetivamente 83%, 71%, 68%, 66%, 60% e 56%).

Figura 75 – Principais Crimes Cometidos sob o Efeito de Drogas

2014

Alguns dos crimes porque está preso foi cometido sob o efeito de drogas?



Fonte: Torres *et al.*, 2015 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Tendências por Drogas

Nos estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, a **cannabis** tem surgido sempre como a droga que apresenta as prevalências de consumo mais elevadas nos diferentes contextos e nas diversas etapas do ciclo de vida. No estudo mais recente realizado na população geral (2012), entre 2007 e 2012 verificou-se uma descida das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e do consumo recente, tanto na população total (15-64 anos) como na jovem adulta (15-34 anos). No entanto, registaram-se aumentos nas proporções de consumidores recentes de cannabis que apresentavam sintomas de dependência, sendo de destacar o aumento no grupo mais jovem (15-24 anos) de consumidores. No estudo realizado pela primeira vez em Portugal sobre *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis*, os resultados apontam, em 2012, para uma taxa de *consumidores de alto risco de cannabis* muito semelhante à taxa estimada de *consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas*. No estudo realizado em 2014 no contexto da população reclusa, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo, verificando-se em relação a 2007 uma estabilidade das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e na atual reclusão. Nos estudos mais recentes em populações escolares, a cannabis continua a registar prevalências de consumo muito superiores às das restantes substâncias. Após a tendência de aumento destas prevalências de consumo em 2010 e 2011 face aos anteriores estudos, os resultados do HBSC/OMS 2014 apontam para uma estabilidade dessas prevalências ao nível dos alunos do 8.º ano e para uma descida nos alunos do 10.º ano. Segundo vários estudos, a cannabis é a droga ilícita a que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde, verificando-se nos estudos mais recentes um aumento do risco percebido associado a esse consumo.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, no contexto da procura de tratamento a cannabis surgiu em 2014, pelo terceiro ano consecutivo, como a droga principal mais referida pelos novos utentes do ambulatório, constatando-se nos últimos anos aumentos no número de utentes que recorreram a tratamento tendo a cannabis como droga principal, o que poderá refletir a adequação de respostas às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população. A nível da mortalidade relacionada com o consumo de drogas, e no que se refere aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., nos casos de *overdose*, a presença de cannabis associada a outras substâncias foi mais expressiva nos últimos dois anos por comparação com os anos anteriores, continuando no entanto a ser bastante mais relevante a sua presença nas mortes atribuídas a

outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio). Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, a cannabis mantém um papel predominante, refletindo as prevalências de consumo em Portugal.

De acordo com os resultados de vários estudos, em Portugal, tal como no resto da Europa, a cannabis é percecionada como a droga de maior acessibilidade. Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 não houve alterações relevantes nas perceções dos jovens portugueses de 15-24 anos sobre a acessibilidade à cannabis. A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2014 foi consolidado o predomínio crescente da cannabis, refletindo a prevalência do seu consumo no país: uma vez mais foi a substância que registou o maior número de apreensões e que envolveu o maior número de presumíveis infratores e de condenados na posse de drogas, representando os valores registados nos últimos sete anos, os mais elevados desde 2002.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos mostram que o consumo de **cocaína** tem vindo a ganhar maior visibilidade. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), a cocaína surgiu como a terceira droga preferencialmente consumida na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis e próximas às das restantes drogas, registando-se uma diminuição das prevalências de consumo em relação a 2007. No estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*, as estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para um número estimado de consumidores recentes de cocaína superior ao de consumidores recentes de opiáceos. No estudo realizado em 2014 no contexto da população reclusa, a cocaína foi a segunda substância ilícita com as maiores prevalências de consumo, verificando-se em relação a 2007 uma estabilidade com tendência para ligeira diminuição dessas prevalências. No entanto, verificou-se, em relação a 2007, um ligeiro aumento das prevalências de consumo atual (últimos 30 dias). De um modo geral, os estudos mais recentes em populações escolares (2010, 2011 e 2014) evidenciaram aumentos das prevalências de consumo de cocaína, surgindo nalguns estudos como a segunda droga com maiores prevalências de consumo ao longo da vida entre os alunos mais novos (13-15 anos), embora muito aquém das de cannabis e próxima das restantes drogas. Segundo o *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014, aumentou o risco percebido para a saúde associado ao consumo de cocaína, entre os jovens portugueses.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, de um modo geral, a cocaína surge uma vez mais como a segunda droga principal mais referida pelos utentes que em 2014 estiveram em tratamento nas diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, verificando-se nos últimos quatro anos por comparação com os anos anteriores, uma tendência de aumento nas proporções de utentes com a cocaína como droga principal, a nível de quase todas estruturas de tratamento. Quanto à mortalidade relacionada com o consumo de drogas e no que se refere aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., 2014 foi o segundo ano (o primeiro foi em 2012) em que a presença de cocaína foi a substância ilícita predominante nos casos de *overdose*. Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, a cocaína continua a surgir com uma importante inferioridade numérica comparativamente à cannabis e semelhante à da heroína (em 2013, o número de processos de cocaína foi, pela primeira vez, superior ao de heroína).

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso à cocaína entre os jovens portugueses de 15-24 anos. Nos vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2014 uma vez mais foi consolidada a

posição da cocaína como a segunda droga com maior visibilidade a nível das apreensões policiais e condenações ao abrigo da Lei da Droga.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, evidenciam que o consumo de **heroína** tem vindo a perder relevância comparativamente a outras drogas. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), a heroína surgiu com prevalências de consumo muito residuais na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), verificando-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida e do consumo recente em relação a 2007. Também no estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*, as estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para um número estimado de consumidores recentes de opiáceos inferior ao de consumidores recentes de cocaína. No estudo realizado em 2014 no contexto da população reclusa, verificou-se, em relação a 2007, uma diminuição das prevalências de consumo de heroína ao longo da vida, bem como das prevalências em contexto de reclusão. Neste contexto também existe, embora com menores prevalências, o consumo de outros opiáceos, em particular de metadona e de buprenorfina sem receita médica. Nos estudos mais recentes em populações escolares (2010, 2011 e 2014) constata-se um reforço das tendências de estabilidade e de diminuição das prevalências de consumo de heroína, já verificadas nos estudos anteriores de 2006 e 2007.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, a nível da procura de tratamento a heroína continua a ser, salvo algumas exceções (novos utentes em ambulatório e utentes das CT públicas), a droga predominante a nível da maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2014 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, constatando-se no entanto, nos anos mais recentes, uma tendência para a diminuição do seu peso relativo face a outras drogas. As referências a outros opiáceos enquanto droga principal continuam a ser muito residuais. A nível da mortalidade relacionada com o consumo de drogas e no que se refere aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., nas mortes por *overdose*, a presença de opiáceos continua a ser muito relevante, embora não predominante em 2014. Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, a heroína continua a ter um peso bastante inferior ao da cannabis e muito próximo ao da cocaína.

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso à heroína entre os jovens portugueses de 15-24 anos. A nível dos indicadores relativos às apreensões policiais e condenações ao abrigo da Lei da Droga, constatou-se novamente em 2014 um decréscimo da visibilidade da heroína reforçando a quebra registada nos três anos anteriores, após o pico de 2009 e 2010 com alguns indicadores a registarem os valores mais elevados da década.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados mais recentemente, indiciam uma maior visibilidade do consumo de **ecstasy**. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), o ecstasy surgiu como a segunda droga preferencialmente consumida na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências muito inferiores às de cannabis. Entre 2007 e 2012 registou-se na população total uma estabilidade nas prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida e uma ligeira diminuição nos consumos recentes, e, diminuições de ambas as prevalências na população jovem adulta. No estudo realizado em 2014 no contexto da população reclusa, tal como em 2007, as prevalências de consumo de ecstasy foram um pouco superiores às de anfetaminas. Em relação a 2007, verificou-se uma ligeira diminuição das prevalências de consumo de ecstasy durante a atual reclusão, apesar das prevalências de consumo atual (últimos 30 dias) terem aumentado em relação a 2007. De um modo geral, os estudos em populações escolares (2010, 2011 e 2014)

evidenciaram ligeiros aumentos das prevalências de consumo de ecstasy, após a tendência de diminuição entre 2001-2003 e 2006-2007, embora com prevalências de consumo inferiores às registadas no início da década anterior. Segundo vários estudos, o ecstasy é, a seguir à cannabis, a droga ilícita que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde, verificando-se nos estudos mais recentes um aumento do risco percebido associado a esse consumo.

A nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, o ecstasy continua a ter um papel muito residual. No entanto, desde 2011 que se constata um pouco mais de visibilidade a nível de alguns indicadores, designadamente nas mortes e nos processos de contraordenação por consumo de drogas.

De acordo com os resultados do *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso ao ecstasy entre os jovens portugueses de 15-24 anos. No âmbito de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, o ecstasy continua a apresentar valores pouco expressivos, apesar de, desde 2010 alguns indicadores relativos às apreensões policiais e condenações ao abrigo da Lei da Droga apresentarem valores superiores aos registados na segunda metade da década anterior.

Relativamente a **outras drogas**, nos resultados dos estudos epidemiológicos nacionais realizados recentemente na população geral (2012) e nas populações escolares (2010, 2011 e 2014), são de destacar os aumentos nas prevalências de consumo de LSD. Em 2014, a nível da população reclusa é de evidenciar o consumo de hipnóticos/sedativos sem receita médica nos últimos 12 meses na atual reclusão.

Nos vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a referência isolada a outras drogas ilícitas para além das atrás referidas mantém-se pouco expressiva. É de destacar, enquanto tendência emergente, embora ainda com valores residuais, a presença de drogas sintéticas a nível dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P.. As situações relacionadas com policonsumos continuam a ser relevantes nos vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos.

De acordo com os resultados do *Flash Eurobarometer*, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso às NSP comparativamente à média europeia.

A nível dos indicadores indiretos relativos ao domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2014 e à semelhança dos anos anteriores, registaram-se apreensões de várias outras substâncias para além da cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, designadamente de benzodiazepinas, anfetaminas e substâncias alucinogénias. A posse de várias drogas assume particular importância nos vários indicadores no domínio da oferta, representando em 2014 cerca de um quinto das situações de infrações e mais de um quarto das condenações ao abrigo da Lei da Droga.

1. Cannabis

1.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos resultados dos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos em diferentes populações e contextos, a cannabis tem surgido sempre como a droga com as maiores prevalências de consumo em Portugal.

Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁰², replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15-64 anos¹⁰³ residente em Portugal.

Em 2012, tal como em 2007 e 2001, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo ao longo da vida - pelo menos uma experiência de consumo na vida - e de consumo recente - nos últimos 12 meses à data da inquirição -, seja na população total (15-64 anos) seja na população jovem adulta (15-34 anos). Essas prevalências foram respetivamente de 9,4% e 2,7% na população total, e de 14,4% e 5,1% na jovem adulta.

Entre 2007 e 2012, na população portuguesa verificou-se uma descida das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida¹⁰⁴ (de 12% para 9%) e de consumo recente (de 3,6% para 2,7%). Na população jovem adulta constatou-se também uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida (17% para 14%) e nos últimos 12 meses (de 6,7% para 5,1%). As taxas de continuidade do consumo¹⁰⁵ diminuíram na população total (30,5% em 2007 e 28,3% em 2012) e na jovem adulta (39,4% em 2007 e 35,5% em 2012), tendo sido a substância, a par do LSD, que apresentou as taxas de continuidade dos consumos mais elevadas.

A cannabis apresentou os valores mais precoces de idades de início dos consumos, com uma idade média de 17 anos e idade modal de 16 anos no grupo de inquiridos dos 15-24 anos.

Relativamente a padrões de consumo abusivo e dependência de cannabis, de acordo com resultados do CAST¹⁰⁶, entre 2007 e 2012, aumentaram as prevalências de consumo de risco moderado na população total (de 0,3% para 0,4%) e na jovem adulta (de 0,6% para 0,9%) e diminuíram as de consumo de risco elevado em ambas as populações (respetivamente de 0,5% para 0,3% e de 0,9% para 0,4%). Tal sucedeu também a nível dos grupos de consumidores de cannabis, aumentando as prevalências de consumo de risco moderado nos de 15-64 anos (de 10,1% para 15%) e nos consumidores de cannabis jovens adultos (de 10,2% para 20,2%), e diminuindo as de consumo de risco elevado em ambos os grupos de consumidores

¹⁰² Balsa *et al.*, 2014.

¹⁰³ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹⁰⁴ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

¹⁰⁵ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁰⁶ O Teste *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), desenvolvido pelo Observatório Francês da Droga e Toxicodependência, é um questionário com 6 questões que procuram identificar padrões e comportamentos de risco associados ao uso de cannabis no último ano (Balsa *et al.*, 2014).

(respetivamente de 14,9% para 13% nos de 15-64 anos e de 14,9% para 8,4% nos jovens adultos). De acordo com os resultados do SDS¹⁰⁷, em 2012, cerca de 0,7 % da população de 15-64 anos residente em Portugal, apresentava sintomas de dependência do consumo de cannabis (0,6% em 2007), sendo a percentagem correspondente na população jovem adulta de 1,2% (1,1% em 2007). Se nos focarmos nos grupos de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, cerca de 24,5 % dos consumidores de 15-64 anos apresentavam dependência desse consumo (18,5% em 2007), sendo a percentagem correspondente nos consumidores de cannabis jovens adultos de 23,9% (18,5% em 2007). Entre 2007 e 2012 registaram-se aumentos nas proporções de consumidores de cannabis que apresentavam sintomas de dependência, sendo de destacar o aumento no grupo mais jovem (15-24 anos) de consumidores (9,8% em 2007 e 22,1% em 2012).

Os homens apresentaram prevalências de consumo mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 14,6% e 4,1% na população total e de 21,7% e 7,5% na jovem adulta) do que nas mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 4,4% e 1,3% na população total e de 7,2% e 2,7% na jovem adulta), mas as mulheres apresentaram taxas de continuidade do consumo de cannabis mais altas. Contrariamente ao padrão geral de evolução das prevalências de consumo entre 2007 e 2012, verificaram-se aumentos dos consumos recentes de cannabis entre as mulheres da população total e da jovem adulta (respetivamente de 0,9% para 1,3% e de 1,8% para 2,7%).

Lisboa, a Região Autónoma dos Açores e o Alentejo, foram as regiões (NUTS II) que apresentaram em 2012 prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima das médias nacionais, na população total e na jovem adulta (exceto Alentejo, no caso das prevalências de consumo ao longo da vida na população 15-64 anos).

No estudo realizado pela primeira vez em Portugal sobre *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis*¹⁰⁸, os resultados apontam, em 2012, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem dos 7,0‰ para os consumidores de alto risco de cannabis. É de notar que a frequência de consumo não é determinante da perceção da existência de problemas atribuídos ao consumo de cannabis, pois apenas uma parte dos consumidores de alto risco de cannabis identifica problemas associados ao consumo desta substância e muito poucos declaram ter procurado, na sua vida, ajuda especializada relativamente a este consumo.

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do *Flash Eurobarometer - Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁰⁹ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014 a cannabis continua a ser a droga ilícita que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde (34% para o *consumo ocasional* e 74% para o *consumo regular* de cannabis), constatando-se um aumento destas proporções relativamente a 2011 (24% e 64%, respetivamente para o *consumo ocasional* e *regular*). Em 2014, constata-se por parte dos jovens portugueses uma maior atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* e *regular* de cannabis, comparativamente às médias europeias (respetivamente 21% e 63%).

¹⁰⁷ O *Severity of Dependence Scale* (SDS) foi concebido para fornecer um pequeno teste – com 5 questões –, facilmente administrado, que pode ser usado para medir o grau de dependência psicológica experimentada pelos utilizadores de diferentes tipos de drogas ilícitas. A formulação dos itens pode ser adaptada a diferentes tipos de drogas e inclui instruções para que as respostas se devam referir a comportamentos e experiências durante um período de tempo específico (geralmente os últimos 12 meses/último ano). (Balsa *et al.*, 2014).

¹⁰⁸ Carapinha *et al.*, 2014.

¹⁰⁹ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à perceção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2005-2014, foram realizados diversos estudos com representatividade nacional, e inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹¹⁰ (6.º/8.º/10.º anos) e o INME¹¹¹ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹¹² (alunos de 16 anos) e o ECATD¹¹³ (alunos dos 13 aos 18 anos), em 2010 o HBSC/OMS, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD, e em 2014, o HBSC/OMS.

Os resultados dos estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 no contexto das populações escolares apresentavam prevalências de consumo de cannabis bem mais elevadas que as das outras drogas. Verificou-se uma tendência de aumento das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida a nível dos resultados do HBSC/OMS entre 1998 e 2002 e do ESPAD entre 1999 e 2003.

Quadro 23 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cannabis ao Longo da Vida (%)

		2006-2014						
		Consumos						
Estudos		2006	2007	2008/09	2010	2011	2012	2014
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	—	11,7	—	—	—	9,4	—
	Pop. Jov em Adulta (15-34 anos)	—	17,0	—	—	—	14,4	—
Pop. Reclusa		—	55,2	—	—	—	—	55,5
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	—	13	—	—	16	—	—
	HBSC/OMS (alunos do 6.º/ 8.º/10.º ano)	8,2	—	—	8,8	—	—	8,8 ^{a)}
	INME (3.º Ciclo)	6,6	—	—	—	8,6	—	—
	INME (Secundário)	18,7	—	—	—	28,2	—	—
	13 anos	—	2,3	—	—	2,3	—	—
	14 anos	—	4,8	—	—	5,6	—	—
	ECATD 15 anos	—	8,3	—	—	10,1	—	—
	16 anos	—	14,1	—	—	19,1	—	—
	17 anos	—	19,6	—	—	24,4	—	—
	18 anos	—	26,1	—	—	29,7	—	—
População de Condutores	Geral	—	—	1,38	—	—	—	—
	Mortos em Acidentes de Viação	—	—	4,2	—	—	—	—

a) Em 2014 os dados disponíveis sobre o consumo de drogas são relativos apenas aos 8.º e 10.º anos.

Fonte: Balsa *et al.*, 2014; Torres *et al.*, 2009; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b; Feijão, 2009; Feijão *et al.*, 2012; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti *et al.*, 2011 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Após o aumento dos consumos entre 1995 e 2003, os resultados dos estudos nacionais de 2006 e 2007 nas populações escolares, evidenciaram uma tendência de descida das prevalências do consumo de cannabis, apesar de continuar a ser a droga preferencialmente consumida por estes jovens.

¹¹⁰ Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014, encontram-se publicados (Matos *et al.*, 2000; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015).

¹¹¹ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

¹¹² Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell *et al.*, 1997; Hibell *et al.*, 2000; Hibell *et al.*, 2004; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

¹¹³ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão *et al.*, 2012).

Em 2010 e 2011, verificou-se uma tendência de subida das prevalências do consumo de cannabis por comparação a 2006 e 2007, mantendo-se, de um modo geral, mais próximas às registadas entre 2001 e 2003.

Em 2010, nos resultados do HBSC/OMS uma vez mais a cannabis surgiu como a droga preferencialmente consumida, constatando-se um aumento das prevalências do consumo ao longo da vida entre 2006 e 2010 (de 8,2% para 8,8%), contrariamente à diminuição ocorrida entre 2002-2006¹¹⁴. No entanto, a prevalência do consumo de cannabis no último mês registou uma ligeira diminuição entre 2006 e 2010 (de 3,9% para 3,5%), apesar da prevalência do consumo de drogas no último mês ter aumentado (de 4,5% para 6,1%).

No ESPAD 2011, mais uma vez a cannabis surgiu como a droga com a maior prevalência de consumo ao longo da vida (16%) e com um valor muito próximo da prevalência de *qualquer droga* (19%). Entre 2007 e 2011, depois do decréscimo entre 2003 e 2007, verificou-se um aumento destas prevalências de consumo (ao longo da vida de 13% para 16%, nos últimos 12 meses de 10% para 16% e nos últimos 30 dias de 6% para 9%), registando-se em 2011 valores próximos ou superiores aos de 2003 (15% ao longo da vida, 13% nos últimos 12 meses e 8% nos últimos 30 dias). Em relação às médias europeias, Portugal apresentou em 2011 uma prevalência de consumo de cannabis ao longo da vida ligeiramente inferior (17% a média europeia), mas prevalências de consumo nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias superiores (médias europeias de 13% e 7%).

No ECATD 2011, também a cannabis se destacou como a droga com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida (entre 2,3% nos 13 anos e 29,7% nos 18 anos), nos últimos 12 meses (entre 1,5% nos 13 anos e 24,9% nos 18 anos) e nos últimos 30 dias (entre 0,7% nos 13 anos e 15,7% nos 18 anos) em todas as idades, variando estas prevalências na razão direta das idades. Entre 2007 e 2011, contrariamente à tendência de decréscimo entre 2003 e 2007¹¹⁵, registou-se um aumento destas prevalências de consumo em todas as idades (exceto as prevalências nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias nos alunos de 13 anos). É no entanto de referir que de um modo geral, a maioria destas prevalências de consumo continuam próximas das registadas em 2003.

No INME 2011, uma vez mais a cannabis destacou-se como a droga com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias entre os alunos do 3.º Ciclo (respetivamente 8,6%, 7,5% e 5,3%) e entre os do Secundário (28,2%, 23,4% e 15,9%). Entre 2006 e 2011, contrariamente à diminuição ocorrida entre 2001 e 2006, verificou-se um aumento das prevalências de consumo de cannabis tanto no 3.º Ciclo como no Secundário, e de um modo geral, com valores ligeiramente superiores aos de 2001 (exceto as prevalências de consumo ao longo da vida e último ano no 3.º Ciclo).

Em 2014, nos resultados do HBSC/OMS 2014 relativos aos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, a cannabis continua a apresentar as maiores prevalências de consumo: 8,8% dos alunos já experimentaram, 5,1% dos do 8.º ano e 14,6% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (10,4% face a 7,4% no grupo feminino). Entre 2010 e 2014 verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de cannabis ao nível dos alunos do 8.º ano, e uma descida entre os alunos do 10.º ano (de 17,1% para 14,6%).

¹¹⁴ No HBSC/OMS 2006 já tinha sido evidenciada a existência de subgrupos (nomeadamente os mais novos e os com estatuto socioeconómico mais baixo) em que não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis.

¹¹⁵ No ECATD 2007 já tinha sido evidenciado que entre os alunos mais novos (13 anos) não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis como nas restantes idades.

Os resultados do ESPAD 2007 e 2011 relativos às perceções do consumo regular de cannabis, evidenciaram um ligeiro aumento do risco percebido associado a esse consumo (79% e 82% dos alunos em 2011 e 2007 referiram ser de *grande risco* o seu consumo regular). Comparativamente à média europeia, os alunos portugueses percecionavam como de maior risco o consumo regular de cannabis (em 2011, a média europeia de atribuição de *grande risco* ao consumo regular de cannabis foi de 72%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹¹⁶, um estudo periódico anteriormente limitado à área das drogas (estudos de 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo.

Tal como nos estudos de 2001 e 2007, em 2014 a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo entre a população reclusa: 56% declararam ter consumido alguma vez ao longo da vida, 28% na atual reclusão e 24% nos últimos 12 meses na atual reclusão. Foi também a substância que registou mais consumo regular nos últimos 30 dias na atual reclusão (9,9% dos reclusos disseram ter consumido com uma frequência diária ou quase diária).

Entre 2007 e 2014, verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e em contexto de reclusão.

No ciclo estratégico 2005-2012, foi realizado pela primeira vez em Portugal um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**¹¹⁷. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹¹⁸.

No caso dos condutores em geral, a cannabis foi a droga ilícita mais prevalente (1,4%) em Portugal, representando a terceira maior prevalência dos 13 países europeus incluídos no estudo, sendo próxima à média da Europa (1,3%) e inferior à média dos países da Europa do Sul (3,1%). Em Portugal, a cannabis foi mais prevalente nos homens entre os 18-34 anos e nas noites de fim de semana. No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, foi também a cannabis a droga ilícita mais prevalente (4,2%) em Portugal, apresentando um valor superior aos verificados na Finlândia e Suécia e inferior ao da Noruega.

No âmbito de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, em 2014 foi consolidado o relevante papel da cannabis nestes contextos, adquirindo maior visibilidade nos últimos anos a nível da procura de tratamento e continuando a assumir o papel de principal droga nos processos de contraordenação por consumo.

Nos contextos da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹¹⁹, pelo terceiro ano consecutivo a cannabis surgiu em 2014 como a droga principal mais referida (51%) pelos novos utentes do ambulatório, constatando-se nos últimos anos aumentos no número de utentes que recorreram a tratamento ambulatório

¹¹⁶ Torres *et al.*, 2015.

¹¹⁷ Integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicine. Competiu ao INML, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

¹¹⁸ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti *et al.*, 2011.

¹¹⁹ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

tendo a cannabis como droga principal. Tal poderá refletir a maior articulação dos vários serviços interventores com vista a adequar as respostas às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população. A sua expressão é bastante mais residual enquanto droga principal dos utentes das estruturas de internamento, com exceção das Comunidades Terapêuticas licenciadas, que nos últimos anos têm registado aumentos relevantes no número de utentes cuja droga principal é a cannabis (29% em 2014).

Quadro 24 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2012-2014

Consumos e Problemas relacionados			2012		2013		2014	
Indicadores Indiretos			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	1 207	6	1 463	7	1 654	8
		Novos Utentes	487	38	673	49	689	51
		Utentes Readmitidos	151	5	131	8	123	8
	Unidades de Desabilitação	Utentes Públicas	17	2	19	2	20	3
		Utentes Licenciadas	1	2	6	7	8	9
	Comunidades Terapêuticas	Utentes Públicas	3	4	5	7	8	13
		Utentes Licenciadas	425	17	552	24	625	29
	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		...		–		–	
	Mortalidade	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	..		..		1 ^{d)}	3
		Só com Cannabis	1	3	4	18	7 ^{d)}	21
Processos de Contraordenação	Só com Cannabis		6 212	78	6 652	82	7 056	84
	Cannabis + Outras Drogas		184	2	163	2	150	2

a) % relativa a cada indicador.

b) *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, *Mortes relacionadas com drogas* (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2014 não disponíveis.

c) Casos de *overdose*.

d) Os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

Fonte: Unidades Licenciadas /Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2014 não estavam disponíveis à data de conclusão deste relatório, e por razões de “segredo estatístico”¹²⁰ não foi possível em 2013 disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., em 2014¹²¹, em 24% das *overdoses* foi detetada a presença de cannabis – 8 casos, 7 dos quais em associação com outras substâncias. Metade dos casos tinha idades iguais ou superiores aos 45 anos e 25% idades inferiores a 35 anos. Em 2013, 2012 e 2011, registaram-se respetivamente 4, 1 e 3 casos de *overdose* com a presença de cannabis (todos em associação com metadona e outras substâncias não opiáceas), sendo que entre 2008 e 2010 não houve registo de casos de *overdose* com a presença de cannabis. Em relação às 187 mortes registadas em 2014 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹²² a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), a cannabis esteve presente em 105 destas mortes (56%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas, em particular com o álcool.

¹²⁰ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹²¹ Os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

¹²² Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

No contexto dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cannabis continua a assumir o papel da principal droga: cerca de 84% dos processos relativos às ocorrências de 2014 estavam relacionados apenas com cannabis, tendo sido de 82%, 78%, 76%, 71%, 76% e de 68%, as proporções correspondentes respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008. Relativamente a 2013, verificou-se um aumento de +6% no número de processos relacionados apenas com cannabis (7 056), acréscimo ligeiramente superior ao registado a nível do total de processos (+4%). A cannabis também assume um papel relevante no contexto dos processos envolvendo a posse de várias drogas, estando em 2014, presente em 39% destes processos (2% do total de processos). O número de processos relacionados com cannabis, registaram nos últimos três anos os valores mais elevados de sempre, reforçando a tendência crescente iniciada ainda no âmbito do anterior quadro legal. Em 2014, uma vez mais predominaram em todos os distritos de Portugal Continental os processos de contraordenação relacionados só com cannabis, representando entre 52% (Beja) e 90% (Portalegre e Setúbal) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2014. Em valores absolutos, uma vez mais os distritos do Porto e de Lisboa destacaram-se com o maior número de processos relacionados só com cannabis.

1.2. Oferta

Na monitorização das tendências dos mercados de drogas ilícitas, são de destacar os indicadores relativos à **perceção sobre a facilidade de acesso** a essas substâncias, por parte das populações.

De acordo com os resultados de vários estudos, em Portugal, tal como no resto da Europa, a cannabis é percecionada como a droga de maior acessibilidade.

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹²³ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 49% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a cannabis num período de 24 horas (se desejado), proporção idêntica à registada em 2011. Em 2014, cerca de 39% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 7% *impossível*, tendo sido estas proporções de 30% e 15% em 2011.

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de menor facilidade de acesso à cannabis (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 58%).

Nos resultados do ESPAD¹²⁴ 2003, 2007 e 2011, também a cannabis foi considerada pelos alunos de 16 anos como a droga de maior acessibilidade, mantendo-se muito idêntica essa perceção entre 2003 e 2011 (30% em 2011 e 29% em 2007 e 2003, referiram ser *fácil* ou *muito fácil* arranjar cannabis). Em 2011, os alunos portugueses tinham uma perceção de facilidade de acesso à cannabis muito semelhante à média europeia (29%).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹²⁵, a cannabis foi percecionada como a droga de maior

¹²³ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

¹²⁴ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell *et al.*, 1997; Hibell *et al.*, 2000; Hibell *et al.*, 2004; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

¹²⁵ Balsa *et al.*, 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

acessibilidade, com 85% dos consumidores de cannabis (ao longo da vida). a considerarem *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 7% a considerarem ser *muito difícil*.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2014 foi consolidada a visibilidade crescente da cannabis e a sua posição enquanto principal droga envolvida nestes contextos, refletindo a prevalência do seu consumo na população portuguesa.

Tal como vem sucedendo desde 2002, o haxixe¹²⁶ foi a substância que registou em 2014 o maior número de **apreensões** (3 472), representando um acréscimo (+12%) em relação a 2013 e o valor mais elevado desde 2002. Verifica-se uma tendência de aumento no número destas apreensões desde 2002 (apesar das quebras registadas em 2006 e 2007), registando-se os valores mais altos nos últimos seis anos. O número de apreensões de cannabis herbácea em 2014 (771) manteve-se estável em relação a 2013 (+1%), e pela primeira vez foi superior ao número de apreensões de heroína. Desde 2003 que se constata uma tendência de acréscimo no número destas apreensões, com os valores mais elevados a surgirem nos últimos seis anos. É de evidenciar, enquanto indicador da produção a nível interno, as apreensões de plantas de cannabis, que registaram um aumento nos últimos cinco anos: entre 2009 e 2014 foram efetuadas 1 768 apreensões, 196 das quais em 2014.

Em relação a 2013, as **quantidades** apreendidas de haxixe em 2014 aumentaram de forma muito significativa (+278%), registando as quantidades confiscadas de liamba também um acréscimo (+13%). É de mencionar também as quantidades apreendidas de outras formas de cannabis herbácea¹²⁷, designadamente de plantas, cujas quantidades apreendidas adquiriram maior expressão nos últimos seis anos (entre 2009 e 2014 foram apreendidas 40 526 plantas de cannabis, tendo sido 4 517 apreendidas em 2014), folhas (28,76 Kg em 2014) e sementes (2,15 Kg. e 3 015 sementes confiscadas em 2014).

Cerca de 3% das apreensões de haxixe e 5% das de liamba envolveram **quantidades significativas**¹²⁸, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, 67% da liamba e a quase totalidade do haxixe (acima dos 99%) confiscados no país em 2014.

Quanto às **rotas**, a nível do tráfico internacional destacaram-se, em termos das quantidades apreendidas, uma vez mais Marrocos como o principal país de proveniência do haxixe confiscado, e Espanha no caso da liamba. A maioria das quantidades apreendidas de haxixe com informação em matéria de rotas destinava-se a outros países, contrariamente à liamba, cujas quantidades se destinavam na sua quase totalidade ao mercado interno.

Os distritos de Lisboa e Porto, seguidos de Setúbal, destacaram-se uma vez mais com o maior número de apreensões de haxixe (respetivamente 35%, 24% e 12% do total destas apreensões), e, no caso da cannabis herbácea, foram também os distritos de Lisboa (21%) e Porto (14%), seguidos dos distritos Santarém e de Faro (ambos com 7% do total destas apreensões).

¹²⁶ Os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

¹²⁷ Ver informação constante na nota a) do Quadro 104 do volume Anexo.

¹²⁸ Consideradas no caso da cannabis as quantidades iguais ou superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas.

Em termos de quantidades apreendidas, os distritos de Lisboa e de Faro registaram os valores mais elevados no caso do haxixe (respetivamente 61% e 37% do total confiscado), constatando-se uma maior dispersão geográfica nas quantidades apreendidas de liamba (as maiores proporções registaram-se nos distritos de Setúbal, Coimbra e Faro, com 15%, 11% e 10% das quantidades apreendidas em 2014).

Relativamente aos meios utilizados no **transporte** da cannabis confiscada, tal como nos anos anteriores, destacou-se o transporte marítimo com as maiores quantidades de haxixe apreendido e o terrestre com as maiores quantidades de liamba confiscada em 2014.

No que respeita aos **preços** médios¹²⁹, comparativamente ao ano anterior não se registaram alterações relevantes do preço do haxixe (2,55 €/grama em 2014 e 2,90 €/grama em 2013), constatando-se uma tendência para a estabilidade desde 2002. Em relação à liamba, os valores registados nos últimos dois anos (6,23 €/grama em 2014 e 5,47 €/grama em 2013) enquadram-se nos registados desde 2008.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua"¹³⁰ das drogas apreendidas, a potência (% THC) média da cannabis apreendida em território nacional e particularmente da cannabis resina tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo em 2014 os valores médios mais elevados desde 2005.

Quadro 25 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2012-2014

Indicadores Oferta			2012		2013		2014	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos								
Interpelações Policiais	Apreensões	Haxixe ^{b)}	3 298		3 087		3 472	
		Liamba	816		764		771	
	Quantidades Apreendidas (Kg)	Haxixe ^{b)}	18 314		8 689		32 877	
		Liamba ^{c)}	49		96		108	
	Preço Médio (grama)	Haxixe	3,03 €		2,90 €		2,55 €	
		Liamba ^{c)}	— ^{d)}		5,47 €		6,23 €	
	Presumíveis Infratores							
	Só com Cannabis		3 486	58	3 187	59	3 475	62
Cannabis + Outras Drogas		717	12	834	15	744	13	
Condenações	Indivíduos Condenados							
	Só com Cannabis		1 058	43	1065 ^{e)}	49	696 ^{e)}	49
	Cannabis + Outras Drogas		325	13	254 ^{e)}	12	183 ^{e)}	13

a) % relativa a cada indicador.

b) Os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

c) Não incluídas as quantidades apreendidas de liamba com outras unidades de medida/formas de apresentação (Quadro 104 em Anexo): em 2014, foram apreendidas 28,76 Kg de folhas, 4517 plantas, 2,15 Kg de sementes e mais 3015 sementes de cannabis.

d) Não existem dados suficientes para se proceder ao cálculo do preço médio.

e) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados relativos a 2014 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2014 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2015 e 31/03/2016.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

¹²⁹ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido.

¹³⁰ Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, verificou-se um acréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de cannabis (3 475) em relação a 2013 (+9%), representando uma variação superior à registada a nível do número total de presumíveis infratores (+2%). Os números de presumíveis infratores na posse só de cannabis registados nos seis últimos anos foram os mais elevados desde 2002, mantendo-se o predomínio da cannabis em relação às outras substâncias, como se verifica pela evolução das proporções (62%, 59%, 58%, 54%, 49%, 51% e 47%, respetivamente em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). Uma vez mais, as situações relacionadas só com a posse de cannabis surgiram com bastante mais importância relativa no grupo de presumíveis traficantes-consumidores do que no de presumíveis traficantes. Nas situações envolvendo a posse de várias drogas, a cannabis vem também assumindo maior relevância nos últimos anos, estando em 2014, presente em 64% destas situações (13% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2014¹³¹ foram condenados 696 indivíduos na posse apenas de cannabis, representando 49% do total daquelas condenações (49%, 43%, 44%, 42%, 37% e 36%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). Desde 2003, e refletindo a evolução ocorrida a nível das interpelações policiais, que se constata nas condenações relacionadas só com uma droga o predomínio da cannabis em vez da heroína, como era habitual anteriormente. Tal como nos anos anteriores, as situações de posse apenas de cannabis surgiram com bastante mais importância relativa nos condenados por consumo do que nos outros grupos, apesar de também ter sido a substância predominante nos condenados por tráfico na posse de apenas uma droga. Nas condenações relacionadas com várias drogas, a cannabis também vem emergindo com maior visibilidade nos últimos anos, surgindo em 2014, em 46% destas situações (13% do total das condenações).

¹³¹ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2014 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2015 e 31/03/2016.

2. Cocaína

2.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos vários **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos, o consumo de cocaína tem tido maior visibilidade do que o de heroína, surgindo já em vários dos estudos mais recentes, como a segunda droga mais consumida, embora com prevalências de consumo muito aquém das de cannabis e próximas às das restantes drogas.

Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹³², replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos¹³³ residente em Portugal.

Neste estudo, a cocaína surgiu em 2012 como a terceira droga preferencialmente consumida pelos portugueses, na população total (15-64 anos) e na população jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis. Entre 2007 e 2012, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida¹³⁴ e nos últimos 12 meses na população total (respetivamente de 1,9% para 1,2% e de 0,6% para 0,2%) e na jovem adulta (respetivamente de 2,8% para 1,4% e de 1,2% para 0,4%). Verificou-se uma diminuição das taxas de continuidade do consumo¹³⁵ entre 2007 e 2012, na população total (de 32,2% para 18,3%) e na jovem adulta (de 41,4% para 31,2%).

Os homens registaram prevalências mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 1,8% e 0,3% na população total e de 2,0% e 0,9% na jovem adulta) do que as mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 0,6% e 0,1% na população total e de 0,7% e 0% na jovem adulta), bem como taxas de continuidade dos consumos mais altas.

Lisboa, Algarve e os Açores (NUTS II) apresentaram em 2012, prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida acima da média nacional, na população total e na jovem adulta. Quanto aos consumos recentes (últimos 12 meses), Lisboa apresentou prevalências de consumo acima da média nacional em ambas as populações, e o Alentejo e o Algarve apenas a nível da população jovem adulta.

No estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*¹³⁶, as estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 6,2 para os

¹³² Balsa *et al.*, 2014.

¹³³ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹³⁴ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

¹³⁵ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹³⁶ Ribeiro *et al.*, 2014.

consumidores recentes de cocaína¹³⁷, sendo o número estimado de consumidores recentes de cocaína superior ao de consumidores recentes de opiáceos.

Relativamente às percepções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹³⁸ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, entre os jovens portugueses, a percepção de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional (uma ou duas vezes)* de cocaína continua a ser superior (67%) comparativamente ao ecstasy e à cannabis, assim como em relação às novas substâncias psicoativas. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o *consumo regular* de cocaína (98%). Estas proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* e ao *consumo regular* de cocaína foram ligeiramente superiores às registadas entre os jovens portugueses em 2011 (respetivamente 65% e 94%) e também às médias europeias em 2014 (respetivamente 62% e 96%).

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2005-2014, foram realizados diversos estudos com representatividade nacional, e inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹³⁹ (6.º/8.º/10.º anos) e o INME¹⁴⁰ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁴¹ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁴² (alunos dos 13 aos 18 anos), em 2010 o HBSC/OMS, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD, e em 2014, o HBSC/OMS.

Os resultados dos vários estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 no contexto das populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 - evidenciaram prevalências do consumo de cocaína já superiores às de heroína. Verificou-se uma tendência de aumento das prevalências do consumo de cocaína ao longo da vida, a nível dos resultados do HBSC/OMS 1998 e 2002 e do ESPAD entre 1999 e 2003.

Nos estudos nacionais realizados em 2006 e 2007, verificou-se um aumento da importância do consumo de cocaína relativamente a outras substâncias ilícitas, surgindo como a segunda substância ilícita com maiores prevalências de consumo ao longo da vida. Todavia, e de um modo geral, constatarem-se tendências de estabilidade e de decréscimo destas prevalências comparativamente aos estudos realizados entre 2001 e 2003, apesar de um dos estudos (ECATD) apontar para acréscimos entre os alunos mais velhos.

¹³⁷ Não é possível a comparação com as estimativas nacionais realizadas em anos anteriores, uma vez que estas não eram desagregadas por tipo de substância.

¹³⁸ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à percepção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

¹³⁹ Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014, encontram-se publicados (Matos *et al.*, 2000; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015).

¹⁴⁰ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

¹⁴¹ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell *et al.*, 1997; Hibell *et al.*, 2000; Hibell *et al.*, 2004; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

¹⁴² O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão *et al.*, 2012).

Quadro 26 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína ao Longo da Vida (%)

		2006-2014						
Estudos		Consumos						
		2006	2007	2008/09	2010	2011	2012	2014
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	–	1,9	–	–	–	1,2	–
	Pop. Jov em Adulta (15-34 anos)	–	2,8	–	–	–	1,4	–
Pop. Reclusa		–	40,2	–	–	–	–	38,9
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	–	2	–	–	3	–	–
	HBSC/OMS (alunos do 6.º/ 8.º/10.º ano)	1,6	–	–	1,9	–	–	2,4 ^{a)}
	INME (3.º Ciclo)	2,1	–	–	–	1,9	–	–
	INME (Secundário)	1,7	–	–	–	2,2	–	–
	13 anos	–	1,6	–	–	1,8	–	–
	14 anos	–	2,5	–	–	2,3	–	–
	ECATD 15 anos	–	3,3	–	–	3,3	–	–
	16 anos	–	3,3	–	–	2,8	–	–
	17 anos	–	3,9	–	–	2,6	–	–
	18 anos	–	3,8	–	–	2,4	–	–
População de Condutores	Geral	–	–	0,03	–	–	–	–
	Mortos em Acidentes de Viação	–	–	1,4	–	–	–	–

a) Em 2014 os dados disponíveis sobre o consumo de drogas são relativos apenas aos 8.º e 10.º anos.

Fonte: Balsa *et al.*, 2014; Torres *et al.*, 2009; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b; Feijão, 2009; Feijão *et al.*, 2012; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti *et al.*, 2011 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em 2010 e 2011, os resultados dos vários estudos nacionais evidenciaram aumentos destas prevalências (exceto no ECATD, em que se verificou uma descida sobretudo nos alunos mais velhos).

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram um ligeiro aumento relativamente a 2006 da prevalência de consumo de cocaína ao longo da vida (de 1,6% para 1,9%), sendo esta prevalência também superior à registada em 2002 (1,7%).

No ESPAD 2011, a cocaína surgiu com uma prevalência de consumo ao longo da vida (3%) igual às da maioria das outras drogas que não cannabis. Entre 2007 e 2011, ao contrário da diminuição entre 2003 e 2007, verificou-se um aumento destas prevalências, registando-se em 2011 um valor idêntico ao de 2003. Em 2011, Portugal apresentou uma prevalência de consumo de cocaína ao longo da vida superior à média europeia (2%).

No ECATD 2011, a cocaína surgiu como a segunda droga com maiores prevalências de consumo ao longo da vida entre os alunos mais novos (13-15 anos), mas já não a nível dos mais velhos (16-18 anos) como ocorrido em 2007. Em 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de cocaína variaram entre 1,8% e 3,3% consoante as idades. Entre 2007 e 2011 verificou-se uma tendência para a descida destas prevalências de consumo, particularmente entre os alunos mais velhos, mantendo-se no entanto de um modo geral superiores às de 2003.

No INME 2011, tal como em 2007, a cocaína surgiu também como a segunda substância ilícita com maiores prevalências de consumo a nível dos alunos do 3.º Ciclo, ocupando também um lugar de destaque entre os alunos do Secundário. Entre 2007 e 2011, registou-se uma tendência de aumento das prevalências de consumo de cocaína, tanto no 3.º Ciclo (exceto as

prevalências de consumo ao longo da vida) como no Secundário. No entanto, as prevalências de 2011 mantêm-se de um modo geral inferiores às registadas em 2001.

Em 2014, nos resultados do HBSC/OMS 2014 relativos aos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, a cocaína continua a apresentar prevalências de consumo bastante inferiores às de cannabis: 2,4% dos alunos já experimentaram, 2,3% dos do 8.º ano e 2,5% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (3,0% face a 1,9% no grupo feminino). Entre 2010 e 2014 verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de cocaína nos alunos do 8.º ano, e um aumento entre os alunos do 10.º ano (de 1,7% para 2,5%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹⁴³, um estudo periódico anteriormente limitado à área das drogas (estudos de 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo.

Em 2014 a cocaína foi a segunda substância ilícita com as maiores prevalências de consumo entre a população reclusa: 39% declararam ter consumido alguma vez ao longo da vida, 8,3% na atual reclusão e 5,5% nos últimos 12 meses na atual reclusão.

Entre 2007 e 2014, verificou-se uma estabilidade com tendência para ligeira diminuição das prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida e em contexto de reclusão, registando-se no entanto, um ligeiro aumento do consumo atual (últimos 30 dias).

No ciclo estratégico 2005-2012, foi realizado pela primeira vez em Portugal um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**¹⁴⁴. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹⁴⁵.

No caso dos condutores em geral, a prevalência de cocaína em Portugal foi muito residual (0,03%), representando a mais baixa prevalência dos 13 países europeus incluídos no estudo (igual à da Finlândia), sendo muito inferior à média da Europa (0,4%) e da Europa do Sul (1,2%). A cocaína foi mais prevalente nas noites de fim de semana. No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, a cocaína foi a segunda droga ilícita mais prevalente (1,4%) em Portugal, representando a maior prevalência dos 4 países incluídos neste estudo (muito próxima à da Suécia).

A nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, em 2014 uma vez mais foi consolidada a tendência de maior visibilidade da cocaína manifestada desde a segunda metade da década anterior.

No âmbito da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁴⁶, de um modo geral, a cocaína¹⁴⁷ surge como a segunda

¹⁴³ Torres *et al.*, 2015.

¹⁴⁴ Integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicine*. Competiu ao INML, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

¹⁴⁵ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti *et al.*, 2011.

¹⁴⁶ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

¹⁴⁷ Inclui cocaína e base de cocaína.

droga principal mais referida pelos grupos de utentes que em 2014 estiveram nas diferentes estruturas de tratamento da toxicod dependência (entre 8% e 46%, incluindo 1,1% a 9,8% da base/crack), sendo já, pelo terceiro ano consecutivo, a droga ilícita mais referida pelos utentes das CT públicas. Nos últimos quatro anos e por comparação com os anos anteriores, verificam-se proporções mais elevadas de utentes com a cocaína como droga principal, a nível de quase todas estruturas de tratamento.

Quadro 27 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos

		2012-2014					
		Consumos e Problemas relacionados					
Indicadores Indiretos		2012		2013		2014	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)						
	Utentes em Tratamento Ano	Cocaína		1 375	6	1 454	7
		Cocaína + Heroína		54	0,1	69	0,3
	Novos Utentes	Cocaína		223	18	239	17
		Cocaína + Heroína		13	1	10	1
	Utentes Readmitidos	Cocaína		215	7	149	9
		Cocaína + Heroína		14	0,5	7	0,4
	Unidades de Desabilitação						
	Públicas	Cocaína		147	18	164	20
		Cocaína + Heroína		23	3	23	3
	Licenciadas	Cocaína		9	16	14	17
		Cocaína + Heroína		..	..	..	..
	Comunidades Terapêuticas						
	Públicas	Cocaína		45	60	42	61
		Cocaína + Heroína		1	1	1	1
Mortalidade	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Cocaína		719	28	643	28
		Cocaína + Outras		71	3	48	2
Processos de Contraordenação	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		...	...	...	...	...
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}		3	10	..	1 ^{d)}	3
		Cocaína		12	41	8	36
		Cocaína + Outras		..	..	20 ^{d)}	61
		Só com Cocaína		615	8	501	6
		Cocaína + Outras Drogas		360	5	283	4
		Cocaína		415	5	294	4
		Cocaína + Outras Drogas		..	..	..	..

a) % relativa a cada indicador.

b) Dependência de drogas, toxicomania, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, Mortes relacionadas com drogas (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2014 não disponíveis.

c) Casos de overdose.

d) Os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde / Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2014 não estavam disponíveis à data de conclusão deste relatório, e por razões de “segredo estatístico”¹⁴⁸ em 2013 não foi possível disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., em 2014¹⁴⁹ foi detetada a presença de cocaína em 64% das 33 *overdoses* (36%, 52%, 26%, 50% e 43%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009) – 21 casos, 20 dos quais em associação com outras substâncias. É de notar que foi o segundo ano (o primeiro foi em 2012) em que a presença de cocaína foi a substância ilícita predominante nos casos de *overdose*. Um terço dos casos de *overdose* com a presença de cocaína tinham idades inferiores aos 35 anos, e 43%

¹⁴⁸ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹⁴⁹ Os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

apresentavam idades iguais ou superiores a 45 anos. Em relação às 187 mortes registadas em 2014 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁵⁰ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), a cocaína esteve presente em 17 destas mortes (9%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas.

No âmbito dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cocaína continua a surgir com uma importante inferioridade numérica comparativamente à cannabis, embora com uma expressão muito idêntica à da heroína. O número de processos relacionados apenas com cocaína (415), representaram 5% do total de processos relativos às ocorrências de 2014, proporção semelhante às registadas nos últimos anos (6%, 8%, 7%, 7%, 6%, 8% e 8%, em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). Em relação a 2013, o número de processos relacionados só com cocaína registou um decréscimo de -17%, contrariamente ao ligeiro acréscimo registado no total de processos de contraordenação (+4%). Nos processos envolvendo várias drogas, uma vez mais a presença da cocaína é predominante, estando presente em 77% destes processos (4% do total de processos relativos às ocorrências de 2014). Os processos de contraordenação relacionados só com cocaína representaram entre 1% (Guarda) e 15% (Coimbra) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2014. Em valores absolutos, uma vez mais foram os distritos de Lisboa e do Porto que registaram os maiores números de processos relacionados só com cocaína.

2.2. Oferta

No âmbito da monitorização das tendências dos mercados de drogas ilícitas, são da maior importância os indicadores relativos à **perceção sobre a facilidade de acesso** a essas substâncias, por parte das populações.

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁵¹ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 28% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a cocaína num período de 24 horas (se desejado), proporção superior à registada em 2011 (23%). Em 2014, cerca de 55% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 11% *impossível*, tendo sido estas proporções de 48% e 21% em 2011.

130

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, a facilidade percebida de acesso à cocaína era ligeiramente superior entre os jovens portugueses (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 25%).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁵², cerca de 73% dos consumidores de cocaína (ao longo da vida) consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 10% consideraram ser *muito difícil*.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2014, uma vez mais foi consolidada a posição da cocaína como a segunda droga com maior visibilidade a nível das apreensões policiais e condenações ao abrigo da Lei da Droga.

¹⁵⁰ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹⁵¹ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

¹⁵² Balsa *et al.*, 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

Em 2014, tal como vem sucedendo desde 2005 e contrariamente aos anos anteriores, o **número de apreensões** de cocaína (1 042) foi superior ao de heroína, apesar do decréscimo pelo quarto ano consecutivo (-6% em relação a 2013). A tendência de aumento destas apreensões ao longo da segunda metade da década anterior atingiu os números mais elevados entre 2008 e 2010, ocorrendo uma quebra a partir de 2011, com o número de apreensões de cocaína em 2014 a representar o valor mais baixo desde 2004.

No entanto, as **quantidades apreendidas** aumentaram em relação ao ano anterior (+52%), representando o segundo valor mais elevado desde 2009. Cerca de 25% das apreensões de cocaína envolveram **quantidades significativas**¹⁵³, representando, em termos de quantidades apreendidas, a quase totalidade (acima dos 99%) da cocaína confiscada no país em 2014.

As apreensões de *crack* continuam a ser pouco expressivas, com uma quantidade de 143 g confiscada em 2014, maioritariamente no distrito de Lisboa, mas também nos distritos do Porto, Setúbal e Faro.

Quanto às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, em termos das quantidades apreendidas, destacou-se o Brasil como o principal país de proveniência da cocaína apreendida em Portugal em 2014. A maioria da quantidade de cocaína confiscada e com informação em matéria de rotas destinava-se a outros países, sobretudo europeus, mantendo-se assim a tendência de Portugal funcionar como ponto de trânsito em matéria de tráfico internacional, apesar dos indícios recentes em alguns países europeus de uma maior diversificação destas rotas de tráfico.

Uma vez mais os distritos de Lisboa e Porto destacaram-se em 2014 com o maior número de apreensões de cocaína (47% e 25% do total destas apreensões), embora tenha sido o distrito de Faro que registou as maiores quantidades de cocaína apreendida (57% do total confiscado).

Entre os meios utilizados no **transporte** da cocaína confiscada, tal como nos anos anteriores, destacaram-se o transporte marítimo e o terrestre com as maiores quantidades apreendidas em 2014.

O **preço** médio¹⁵⁴ da cocaína em 2014 não apresentou alterações relevantes comparativamente a 2013 (47,81 €/grama em 2014 e 47,00 €/grama em 2013), registando os seis últimos anos os valores mais elevados desde 2002.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua"¹⁵⁵ das drogas apreendidas, constata-se que o grau de pureza médio da cocaína em pó (sal hidróclorato, HCl) registou, em 2014, um valor superior relativamente aos cinco anos anteriores apesar de se manter inferior aos verificados entre 2006 e 2008.

¹⁵³ Consideradas no caso da cocaína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas.

¹⁵⁴ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido. Em 2014, para efeitos de cálculo do preço médio da cocaína, foram retirados dois registos considerados como "informação não válida".

¹⁵⁵ Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

Quadro 28 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2012-2014

Indicadores da Oferta		2012		2013		2014	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	1 238		1 108		1 042	
	Quantidades Apreendidas (kg) ^{b)}	4 020		2 440		3 715	
	Preço Médio (grama) ^{b)}	48,01 €		47,00 €		47,81 €	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Cocaína	673	11	591	11	561	10
Condenações	Cocaína+ Outras Drogas	1 136	19	1 035	19	880	16
	Indivíduos Condenados						
	Só com Cocaína	383	16	309 ^{c)}	14	229 ^{c)}	16
	Cocaína+ Outras Drogas	653	26	466 ^{c)}	21	324 ^{c)}	23

a) % relativa a cada indicador.

b) Não incluídas as quantidades apreendidas de cocaína com outras unidades de medida/formas de apresentação (Quadro 104 em Anexo): em 2014, 143 g de *crack*.

c) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados relativos a 2014 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2014 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2015 e 31/03/2016.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

A nível das **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse apenas de cocaína (561) foi inferior ao do ano anterior (-5%), contrariamente ao ocorrido com o número total de presumíveis infratores (+2%). Os decréscimos registados nos dois últimos anos poderão indiciar uma eventual inversão da tendência de aumento verificada desde 2002, continuando o número de presumíveis infratores na posse de cocaína a ser superior ao dos que detinham heroína. Quanto à proporção dos que estavam na posse só de cocaína no conjunto dos presumíveis infratores, constata-se nos últimos anos uma tendência para a estabilidade, após o acréscimo ocorrido na primeira metade da década anterior (10% em 2014, 11% em 2013, 2012, 2011 e 2010, e, 10% e 11%, em 2009 e 2008). Tal como sucedido nos anos anteriores, as situações relacionadas só com a posse de cocaína continuam a ter bastante mais importância relativa no grupo de presumíveis traficantes do que no de traficantes-consumidores. Nas situações relacionadas com várias drogas, em 2014 e tal como sucedido nos últimos anos, a presença de cocaína foi predominante, surgindo em 75% destas situações (16% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2014¹⁵⁶ foram condenados 229 indivíduos na posse só de cocaína, representando 16% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (15% em 2013, 16% em 2012, 15% em 2011, e 16% em 2010, 2009 e 2008). Desde 2006 que o número destas condenações é superior ao das condenações envolvendo apenas heroína, consolidando assim a tendência verificada nos últimos anos de maior visibilidade da cocaína nestes circuitos. À semelhança dos anos anteriores e tal como ocorrido com os presumíveis infratores, as situações relacionadas apenas com a posse de cocaína continuam a ter uma maior importância relativa nos condenados por tráfico do que nos outros grupos. Nas condenações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, em 2014, a cocaína surgiu em 82% destas situações (23% do total das condenações).

¹⁵⁶ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2014 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2015 e 31/03/2016.

3. Heroína / Opiáceos

3.1. Consumos e Problemas relacionados

Os resultados dos vários **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos, mostram que o consumo de heroína tem vindo a perder relevância comparativamente a outras drogas, continuando no entanto a ser muito relevante no quadro dos consumos problemáticos.

Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁵⁷, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos¹⁵⁸ residente em Portugal.

Neste estudo, a heroína surgiu em 2012 com prevalências de consumo muito residuais na população total e na jovem adulta (15-34 anos). Entre 2007 e 2012, registaram-se diminuições das prevalências de consumo ao longo da vida¹⁵⁹ na população total (de 1,1% para 0,6%) e na jovem adulta (de 1,1% para 0,3%) bem como nas prevalências de consumo nos últimos 12 meses (na população total passou de 0,3% para 0% e na jovem adulta de 0,4% para 0%). As taxas de continuidade do consumo¹⁶⁰ também diminuíram de forma significativa entre 2007 e 2012, na população total (de 24% para 7,3%) e na jovem adulta (de 34,6% para 12,5%).

Os homens apresentaram prevalências de consumo de heroína ao longo da vida e nos últimos 12 meses (respetivamente de 1,1% e 0% na população total e de 0,6% e 0,1% na jovem adulta) mais elevadas do que as mulheres (respetivamente de 0,1% e 0,1% na população total e de 0% e 0% na jovem adulta), embora estas apresentassem taxas de continuidade do consumo mais altas (à custa do grupo dos 45-54 anos).

Os Açores e a Madeira (NUTS II) apresentavam em 2012 prevalências de consumo de heroína ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima da média nacional, na população total e na jovem adulta, existindo outras regiões como Lisboa, Algarve e Alentejo, que apresentavam prevalências de consumo de heroína ao longo da vida acima da média nacional.

No estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*¹⁶¹, as estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 4,9 para os

¹⁵⁷ Balsa *et al.*, 2014.

¹⁵⁸ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹⁵⁹ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

¹⁶⁰ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁶¹ Ribeiro *et al.*, 2014.

consumidores recentes de opiáceos¹⁶², sendo o número estimado de consumidores recentes de opiáceos inferior ao de consumidores recentes de cocaína.

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2005-2014, foram realizados diversos estudos com representatividade nacional, e inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁶³ (6.º/8.º/10.º anos) e o INME¹⁶⁴ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁶⁵ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁶⁶ (alunos dos 13 aos 18 anos), em 2010 o HBSC/OMS, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD, e em 2014, o HBSC/OMS.

Os resultados dos vários estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 em populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 -, destacaram a heroína como uma das drogas com menores prevalências de consumo. Constatou-se uma tendência de diminuição das prevalências do consumo de heroína ao longo da vida nos resultados do HBSC/OMS entre 1998 e 2002 e do ESPAD entre 1999 e 2003.

Quadro 29 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Heroína ao Longo da Vida (%)

		2006-2014						
		Consumos						
Estudos		2006	2007	2008/09	2010	2011	2012	2014
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	–	1,1	–	–	–	0,6	–
	Pop. Jov em Adulta (15-34 anos)	–	1,1	–	–	–	0,3	–
Pop. Reclusa		–	34,4	–	–	–	–	26,3
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	–	2	–	–	2	–	–
	HBSC/OMS (alunos do 6.º/ 8.º/10.º ano)	1,4	–	–	1,4	–	–	2,0 ^{a)}
	INME (3.º Ciclo)	1,7	–	–	–	1,4	–	–
	INME (Secundário)	1,2	–	–	–	1,2	–	–
	13 anos	–	1,1	–	–	1,0	–	–
	14 anos	–	1,4	–	–	1,7	–	–
	ECATD 15 anos	–	1,8	–	–	2,5	–	–
	16 anos	–	2,3	–	–	2,1	–	–
	17 anos	–	2,5	–	–	2,0	–	–
	18 anos	–	2,0	–	–	1,7	–	–
População de Condutores	Geral	–	–	0,15	–	–	–	–
	Mortos em Acidentes de Viação	–	–	..	–	–	–	–

a) Em 2014 os dados disponíveis sobre o consumo de drogas são relativos apenas aos 8.º e 10.º anos.

Fonte: Balso *et al.*, 2014; Torres *et al.*, 2009; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b; Feijão, 2009; Feijão *et al.*, 2012; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti *et al.*, 2011 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Nos estudos nacionais realizados em 2006 e 2007 nas populações escolares, a heroína surgiu entre as drogas com menores prevalências de consumo. Comparativamente a 2001-2003,

¹⁶² Não é possível a comparação com as estimativas nacionais realizadas em anos anteriores, uma vez que estas não eram desagregadas por tipo de substância.

¹⁶³ Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014, encontram-se publicados (Matos *et al.*, 2000; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015).

¹⁶⁴ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

¹⁶⁵ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell *et al.*, 1997; Hibell *et al.*, 2000; Hibell *et al.*, 2004; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

¹⁶⁶ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão *et al.*, 2012).

constataram-se tendências de estabilidade e de decréscimo destas prevalências, apesar de um dos estudos (ECATD) apontar para acréscimos sobretudo entre os alunos mais velhos.

As tendências de estabilidade e de diminuição das prevalências de consumo de heroína nos estudos realizados em 2006 e 2007 comparativamente a 2001 e 2003, foram reforçadas nos estudos nacionais de 2010 e 2011.

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram, tal como nos estudos de 2002 e 2006, ser a heroína a droga com a menor prevalência de consumo ao longo da vida entre os alunos, mantendo-se esta prevalência igual à registada em 2006 (1,4%), e próxima à verificada em 2002 (1,2%).

No ESPAD 2011, a heroína foi a droga que registou a menor prevalência de consumo ao longo da vida (2%). Entre 2007 e 2011, tal como ocorrido entre 2003 e 2007, verificou-se uma estabilidade destas prevalências. Em 2011, Portugal registou uma prevalência de consumo de heroína ao longo da vida igual à média europeia (1%).

No ECATD 2011, a heroína surgiu novamente como uma das drogas com menores prevalências de consumo ao longo da vida, variando estas prevalências entre 1% (13 anos) e 2,5% (15 anos). Entre 2007 e 2011 verificou-se um decréscimo destas prevalências de consumo (exceto alunos de 14 e 15 anos), particularmente entre os mais velhos, mantendo-se no entanto de um modo geral superiores às registadas em 2003.

No INME 2011, tal como em 2007, a heroína surgiu também como a droga com menores prevalências de consumo (inferiores a 2%) no Secundário e entre as drogas com menores prevalências de consumo no 3.º Ciclo. Entre 2007 e 2011, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de heroína no 3.º Ciclo e uma estabilização no Secundário, verificando-se em 2011 valores inferiores aos registados em 2001 (exceto as prevalências de consumo nos últimos 30 dias no Secundário, em que se manteve igual).

Em 2014, nos resultados do HBSC/OMS 2014 relativos aos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, as prevalências de consumo de heroína continuam a ser das mais baixas: 2% dos alunos já experimentaram, 2% dos do 8.º ano e 2,1% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (2,8% face a 1,3% no grupo feminino).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹⁶⁷, um estudo periódico anteriormente limitado à área das drogas (estudos de 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo.

Em 2014, 26% da população reclusa inquirida declarou ter consumido heroína alguma vez ao longo da vida, 7,5% na atual reclusão e 4,6% nos últimos 12 meses na atual reclusão. O consumo de outros opiáceos era mais residual, com prevalências de consumo de metadona e de buprenorfina sem receita médica de 10% e 8,8% ao longo da vida e, de 2,7% e 2,5% na atual reclusão.

Entre 2007 e 2014, verificaram-se diminuições das prevalências de consumo de heroína em todos os contextos e temporalidades consideradas.

¹⁶⁷ Torres et al., 2015.

No ciclo estratégico 2005-2012, foi realizado pela primeira vez em Portugal um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**¹⁶⁸. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹⁶⁹.

No caso dos condutores em geral, os opiáceos ilícitos foram a segunda droga ilícita mais prevalente em Portugal (0,2%), sendo a segunda maior prevalência dos 13 países incluídos no estudo, superior à média europeia (0,07%) e semelhante à média da Europa do Sul (0,2%). Os opiáceos ilícitos foram mais prevalentes nas noites de fim de semana. No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, a prevalência de opiáceos ilícitos foi nula, tal como nos restantes países.

Em 2014, no âmbito de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a heroína continua a ser a principal droga a nível da procura de tratamento e mortes, para além dos problemas decorrentes da prática de consumo injetado, em particular a transmissão de doenças infecciosas. No entanto, persiste a tendência de decréscimo da sua importância relativa a nível do tratamento da toxicodependência (não sendo já a principal droga a nível dos utentes de algumas estruturas) e dos processos de contraordenação por consumo de drogas.

No contexto da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁷⁰, uma vez mais a heroína surgiu como a droga predominante a nível da maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2014 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, com exceção dos novos utentes em ambulatório e dos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas. No entanto, persiste nos anos mais recentes a tendência para a diminuição no número de utentes que recorrem a tratamento tendo a heroína como droga principal. As referências a outros opiáceos enquanto droga principal são inferiores ou iguais a 2% nestas populações que recorreram em 2014 às estruturas de tratamento da toxicodependência.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2014 não estavam disponíveis à data de conclusão deste relatório, e por razões de “segredo estatístico”¹⁷¹ não foi possível em 2013 disponibilizar informação desagregada sobre as substâncias envolvidas nessas mortes.

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., cerca de 45% das 33 **overdoses** registadas em 2014¹⁷² (46%, 48%, 42%, 73% e 88%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009) foi detetada a presença de opiáceos¹⁷³ – 15 casos, 14 dos quais em associação com outras substâncias lícitas e/ou ilícitas. A metadona estava presente em cerca de 42% das **overdoses** (27%, 31%, 53%, 15% e 4%, em 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009) – 14 casos, 12 dos quais em associação com outras substâncias. Cerca de 40% dos casos de **overdose** com opiáceos tinham 45 ou mais anos, distribuindo-se os restantes casos de

¹⁶⁸ Integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicine*. Competiu ao INML, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

¹⁶⁹ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti *et al.*, 2011.

¹⁷⁰ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

¹⁷¹ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹⁷² Os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

¹⁷³ Inclui heroína, morfina e codeína.

forma muito idêntica nos grupos etários quinquenais entre os 25 e 44 anos. Quase metade (46%) dos casos de *overdoses* com a presença de metadona tinha 45 ou mais anos.

Em relação às 187 mortes registradas em 2014 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁷⁴ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), os opiáceos e a metadona estiveram presentes respetivamente em 58 casos (31%) e 28 casos (15%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas.

Quadro 30 – Opiáceos: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos

2012-2014									
Consumos e Problemas relacionados os									
			2012		2013		2014		
Indicadores Indiretos			Total	% a)	Total	% a)	Total	% a)	
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)								
	Utentes em Tratamento Ano	Heroína	18 098	84	17 112	82	16 939	80	
		Heroína +Cocaína	54	0,2	69	0,3	82	0,4	
		Outros Opiáceos	150	1	152	1	183	1	
	Novos Utentes	Heroína	430	34	355	26	329	24	
		Heroína +Cocaína	13	1	10	1	5	0,4	
		Outros Opiáceos	22	2	16	1	22	2	
	Utentes Readmitidos	Heroína	2 487	83	1 231	77	1 147	77	
		Heroína +Cocaína	14	0,5	7	0,4	12	0,8	
		Outros Opiáceos	13	0,4	15	1	20	1	
	Unidades de Desabituação								
	Públicas	Heroína	565	70	530	66	463	66	
		Heroína +Cocaína	23	3	23	3	18	3	
		Outros Opiáceos	19	2	24	3	13	2	
	Licenciadas	Heroína	42	75	56	69	52	60	
		Heroína +Cocaína	..	..	..	..	..	..	
		Outros Opiáceos	1	2	1	1	..	..	
	Comunidades Terapêuticas								
	Públicas	Heroína	23	31	16	23	22	36	
		Heroína +Cocaína	1	1	1	1	..	..	
		Outros Opiáceos	..	..	..	..	..	..	
	Licenciadas	Heroína	1 227	48	978	42	772	35	
		Heroína +Cocaína	71	3	48	2	46	2	
		Outros Opiáceos	10	0,4	10	0,4	11	1	
	Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. b)		...		...		...	
		Registos Especificos de Mortalidade INMLCF, I.P. c)	Só com Opiáceos d)	1	3	1	5	1 e)	3
			Opiáceos d) +Outras	13	45	9	41	14 e)	42
Só com Metadona			2	7	..	..	2 e)	6	
Metadona +Outras			7	24	6	27	12 e)	36	
Só com Buprenorfina			..	..	..	..	.. e)	..	
Buprenorfina +Outras			..	..	1	5	.. e)	..	
Processos de Contraordenação	Só com Heroína	628	8	467	6	426	5		
	Heroína +Outras Drogas	299	4	244	3	251	3		

a)% relativa a cada indicador.

b) *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, *Mortes relacionadas com drogas* (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2014 não disponíveis.

c) Casos de *overdose*.

d) Inclui heroína, morfina e codeína.

e) Os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde, I.P. / Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

No contexto dos **processos de contraordenação por consumo de drogas** que envolvem apenas uma droga, a heroína continua a ter um peso bastante inferior ao da cannabis e semelhante ao da cocaína. Em 2014, os processos relacionados apenas com heroína (426) representaram 5% do total de processos relativos às ocorrências desse ano (6%, 8%, 9%, 14%, 11% e 14%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). Em relação a 2013 verificou-se um decréscimo de processos relacionados apenas com heroína (-9%), contrariamente ao ligeiro acréscimo registado a nível do total de processos (+4%). Nos processos envolvendo várias drogas, a heroína continua a ter uma maior relevância do que a cannabis, embora já menor do que a cocaína, estando em 2014 presente em 66% destes processos (3% do total de processos). Os processos relacionados só com heroína representaram entre 1% (Aveiro) e 24% (Viseu) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2014. Em valores absolutos, foram os distritos de Lisboa, Porto e Viseu que registaram os números mais elevados de processos relacionados só com heroína.

3.2. Oferta

No âmbito da monitorização das tendências dos mercados de drogas ilícitas, são importantes os indicadores relativos à **perceção sobre a facilidade de acesso** a essas substâncias, por parte das populações.

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁷⁵ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 24% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a heroína num período de 24 horas (se desejado), proporção superior à registada em 2011 (18%). Em 2014, cerca de 58% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 13% *impossível*, tendo sido estas proporções de 47% e 24% em 2011.

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso à heroína (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 13%).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁷⁶, cerca de 79% dos consumidores de heroína (ao longo da vida) consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 6% consideraram ser *muito difícil*.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2014 constatou-se novamente uma diminuição da visibilidade da heroína, reforçando assim a quebra registada nos quatro anos anteriores, após o pico pontual em 2009 e 2010, em que alguns indicadores registaram os valores mais elevados da década.

Em 2014, o número de **apreensões** de heroína (690) representou o valor mais baixo desde 2002, tendo sido uma vez mais inferior ao de cocaína (desde 2005 e contrariamente aos anos anteriores), e pela primeira vez também inferior ao de cannabis herbácea. Pelo quinto ano consecutivo, verificou-se uma diminuição no número de apreensões de heroína (-13% em

¹⁷⁵ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

¹⁷⁶ Balsa *et al.*, 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

relação a 2013), registando-se em 2009 e 2010 os valores mais elevados desde 2002, após a estabilidade verificada entre 2005 e 2008 e a clara descida na primeira metade da década anterior.

As **quantidades** confiscadas em 2014 também diminuíram pelo terceiro ano consecutivo (-30% em relação a 2013), constatando-se de um modo geral, uma diminuição das quantidades apreendidas de heroína na segunda metade da década anterior comparativamente à primeira. Cerca de 5% das apreensões de heroína envolveram **quantidades significativas**¹⁷⁷, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, 87% da heroína confiscada no país em 2014.

No que respeita a outras substâncias opiáceas, tal como nos anos anteriores, em 2014 registaram-se apreensões de metadona (54g, 6 comprimidos e 19 frascos) e de buprenorfina (44 comprimidos), assim como de ópio (8g e 94 plantas).

Relativamente às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destacou-se a Holanda como o principal país de proveniência da heroína confiscada em Portugal em 2014 e com informação em matéria de rotas, destinando-se na sua maior parte ao mercado interno.

Uma vez mais os distritos de Lisboa e do Porto registaram o maior número de apreensões de heroína (respetivamente 31% e 27% do total destas apreensões), sendo no entanto Lisboa e a Região Autónoma dos Açores que registaram a maioria da heroína apreendida no país em 2014 (respetivamente 56% e 16% do total confiscado). Em 2014, as apreensões de metadona ocorreram em Lisboa, Porto, Faro e na Madeira, e as de buprenorfina ocorreram nos Açores, Leiria, Lisboa e Coimbra. Relativamente ao ópio, as apreensões registaram-se no distrito de Santarém, sendo que as apreensões de plantas ocorreram no distrito de Lisboa.

Entre os meios utilizados no **transporte** da heroína confiscada, tal como nos anos anteriores, destacou-se o transporte terrestre com as maiores quantidades apreendidas em 2014, tendo sido também relevante o transporte aéreo.

O **preço** médio¹⁷⁸ da heroína registou uma subida em relação a 2013 (31,47 €/grama em 2014 e 25,64 €/grama em 2013), embora se mantenha com um valor inferior aos registados entre 2002 e 2011.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua"¹⁷⁹ das drogas apreendidas, o grau de pureza médio da heroína castanha (forma mais comum em Portugal) mantém-se estável nos últimos quatro anos, embora com valores inferiores aos registados nos anos anteriores.

¹⁷⁷ Consideradas no caso da heroína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas.

¹⁷⁸ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido.

¹⁷⁹ Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

Quadro 31 - Heroína: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2012-2014

Indicadores da Oferta		2012		2013		2014	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	971		792		690	
	Quantidades Apreendidas (kg)	66		55		39	
	Preço Médio (grama)	28,04 €		25,64 €		31,47 €	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Heroína	427	7	314	6	308	6
Condenações	Heroína + Outras Drogas	987	16	896	16	680	12
	Indivíduos Condenados						
	Só com Heroína	252	10	224 ^{b)}	10	102 ^{b)}	7
	Heroína + Outras Drogas	624	25	455 ^{b)}	21	292 ^{b)}	20

a) % relativa a cada indicador.

b) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados relativos a 2014 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2014 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2015 e 31/03/2016.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, verificou-se um ligeiro decréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de heroína (308) em relação a 2013 (-2%), contrariamente ao ocorrido a nível do número total de presumíveis infratores (+2%). Após a tendência de descida constatada na primeira metade da década anterior, seguida de uma estabilidade e um pico em 2009, constata-se desde então novamente uma descida no número de presumíveis infratores, atingido em 2014 o valor mais baixo de sempre. Esta tendência é também expressa na evolução das proporções de presumíveis infratores na posse só de heroína no total de presumíveis infratores: 6%, 6%, 7%, 8%, 11%, 12% e 11% dos casos, respetivamente em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008. Nas situações de posse simultânea de várias drogas, a presença de heroína continua a ser relevante embora já não predominante, estando em 2014 presente em 58% destas situações (12% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2014¹⁸⁰ foram condenados 102 indivíduos na posse apenas de heroína, representando 7% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (10% em 2013 e 2012, 11% em 2011, 12% em 2010, 2009 e 2008). Desde 2003 que a heroína deixou de ser a principal substância nas situações relacionadas apenas com uma droga a favor da cannabis, e desde 2006 que o número destas condenações passou a ser inferior ao das condenações envolvendo só cocaína. Nas situações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, a heroína surge em 2014, em 74% destas situações (20% do total das condenações).

¹⁸⁰ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2014 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2015 e 31/03/2016.

4. Ecstasy

4.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados na população geral, o consumo de ecstasy ganhou maior visibilidade entre 2001 e 2007, surgindo já em 2012 como a segunda droga preferencialmente consumida, embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis e próximas às das restantes drogas. Nos estudos nacionais mais recentes em populações escolares (2010/2011 e 2014) o ecstasy também surge com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis e próximas às das restantes drogas, mas não como a segunda droga mais consumida. A nível da população reclusa, em 2014 e tal como em 2007, as prevalências de consumo de ecstasy continuam a ser bastante inferiores às de cannabis, e também inferiores às de cocaína e de heroína.

Em 2012 foi realizado em Portugal o III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁸¹, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15-64 anos¹⁸² residente em Portugal.

Neste estudo, o ecstasy surgiu em 2012 como a segunda droga preferencialmente consumida, na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis. Entre 2007 e 2012, registou-se na população total uma estabilização das prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida¹⁸³ (1,3% em 2007 e 2012) e uma ligeira diminuição nos últimos 12 meses (de 0,4% para 0,3%), e diminuições de ambas as prevalências na população jovem adulta (de 2,6% para 2,3% e de 0,9% para 0,6%). Verificou-se uma diminuição das taxas de continuidade do consumo¹⁸⁴ entre 2007 e 2012, na população total (de 32,7% para 19,4%) e na jovem adulta (de 35,1% para 26,3%).

Os homens registaram prevalências de consumo de ecstasy mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 2,0% e 0,4% na população total e de 3,6% e 0,8% na jovem adulta) do que as mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 0,6% e 0,1% na população total e de 1,0% e 0,4% na jovem adulta), embora o grupo feminino apresente taxas de continuidade do consumo mais altas.

Lisboa (NUTS II) registou em 2012 prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima da média nacional, tanto na população total como na jovem adulta. Outras regiões também apresentaram prevalências de consumo de ecstasy acima das médias nacionais, como o Algarve (a prevalência de consumo ao longo da vida na população total) e o Alentejo (a prevalência de consumo nos últimos 12 meses na população jovem adulta).

¹⁸¹ Balsa *et al.*, 2014.

¹⁸² Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹⁸³ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

¹⁸⁴ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

Quanto às percepções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁸⁵ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, entre os jovens portugueses, a percepção de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional (uma ou duas vezes)* de ecstasy continua a ser superior (57%) comparativamente à cannabis, sendo mais semelhante em relação às novas substâncias psicoativas. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o *consumo regular* de ecstasy (93%). Estas proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* e ao *consumo regular* de ecstasy foram superiores às registadas entre os jovens portugueses em 2011 (respetivamente 51% e 89%) e idênticas às médias europeias em 2014.

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2005-2014, foram realizados diversos estudos com representatividade nacional, e inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁸⁶ (6.º/8.º/10.º anos) e o INME¹⁸⁷ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁸⁸ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁸⁹ (alunos dos 13 aos 18 anos), em 2010 o HBSC/OMS, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD, e em 2014, o HBSC/OMS.

Os resultados dos vários estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 nas populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 - evidenciaram prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida relevantes, seja a nível do HBSC/OMS em 2002, seja do ESPAD e do ECATD em 2003. Constatou-se uma tendência de aumento das prevalências do consumo de ecstasy ao longo da vida, no HBSC/OMS entre 1998 e 2002 e no ESPAD entre 1999 e 2003.

Nos estudos realizados em 2006 e 2007, verificou-se uma diminuição das prevalências do consumo de ecstasy e da sua importância relativa, face aos estudos de 2001- 2003.

Em 2010 e 2011, de um modo geral, os estudos apontam para uma estabilidade com tendência para ligeiro aumento das prevalências de consumo de ecstasy.

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram, face a 2006, um ligeiro aumento da prevalência de consumo de ecstasy ao longo da vida (de 1,6% para 1,8%), sendo no entanto inferior à registada em 2002 (2,2%).

No ESPAD 2011, o ecstasy surgiu com uma prevalência de consumo ao longo da vida (3%), igual às da maioria das outras substâncias que não cannabis. Entre 2007 e 2011, e após a diminuição entre 2003 e 2007, verificou-se um aumento destas prevalências, mantendo-se no entanto aquém da registada em 2003. Em 2011, Portugal apresentou uma prevalência de consumo de ecstasy ao longo da vida igual à média europeia.

¹⁸⁵ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à percepção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

¹⁸⁶ Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014, encontram-se publicados (Matos *et al.*, 2000; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015).

¹⁸⁷ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

¹⁸⁸ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell *et al.*, 1997; Hibell *et al.*, 2000; Hibell *et al.*, 2004; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

¹⁸⁹ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão *et al.*, 2012).

No ECATD 2011, o ecstasy surgiu com prevalências de consumo ao longo da vida que variaram entre 1,1% (13 anos) e 3,0% (16 anos) e com prevalências nos últimos 12 meses que variaram entre 0,9% (13 anos) e 2,7% (16 anos). Entre 2007 e 2011 verificou-se um ligeiro aumento das prevalências de consumo ao longo da vida a nível dos alunos mais novos e uma descida nos mais velhos, mantendo-se no entanto inferiores às registadas em 2003 (exceto nos 15 anos).

No INME 2011, o ecstasy surgiu com prevalências de consumo muito semelhantes entre os alunos do 3.º Ciclo e do Secundário (respetivamente 1,9% e 2,0% ao longo da vida, 1,5% e 1,6% no último ano e 1,2% e 1,3% no último mês). Entre 2007 e 2011, registou-se uma tendência de ligeira diminuição nas prevalências de consumo ao longo da vida e de ligeiro aumento das prevalências no último ano e no último mês, tanto no 3.º Ciclo como no Secundário. No entanto, as prevalências de 2011 mantêm-se aquém das registadas em 2001.

Em 2014, nos resultados do HBSC/OMS 2014 relativos aos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, o ecstasy apresentou prevalências de consumo que se enquadram nos valores das outras drogas que não cannabis: 2,3% dos alunos já experimentaram, 2,1% dos do 8.º ano e 2,7% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (3,2% face a 1,5% no grupo feminino). Entre 2010 e 2014 verificou-se uma relativa estabilidade das prevalências de consumo de ecstasy ao nível dos alunos do 8.º ano (1,9% para 2,1%) e dos do 10.º ano (2,0% para 2,7%).

Quadro 32 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Ecstasy ao Longo da Vida (%)

		2006-2014					
		Consumos					
Estudos		2006	2007	2010	2011	2012	2014
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	–	1,3	–	–	1,3	–
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	–	2,6	–	–	2,3	–
Pop. Reclusa		–	19,9	–	–	–	19,1
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	–	2	–	3	–	–
	HBSC/OMS (alunos do 6.º/ 8.º/10.º ano)	1,6	–	1,8	–	–	2,3 ^{a)}
	INME (3.º Ciclo)	2,1	–	–	1,9	–	–
	INME (Secundário)	2,1	–	–	2,0	–	–
	13 anos	–	0,9	–	1,1	–	–
	14 anos	–	1,5	–	1,7	–	–
	ECATD 15 anos	–	2,5	–	2,7	–	–
	16 anos	–	2,3	–	3,0	–	–
	17 anos	–	3,3	–	2,7	–	–
	18 anos	–	4,0	–	2,9	–	–

a) Em 2014 os dados disponíveis sobre o consumo de drogas são relativos apenas aos 8.º e 10.º anos.

Fonte: Balsa *et al.*, 2014; Torres *et al.*, 2009; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b; Feijão, 2009; Feijão *et al.*, 2012; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti *et al.*, 2011 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Os resultados do ESPAD 2007 e 2011 relativos às perceções do consumo regular de ecstasy, evidenciaram um ligeiro aumento do risco percebido associado a esse consumo (78% e 74% dos alunos em 2011 e 2007 referiram ser de *grande risco* o seu consumo regular). Comparativamente à média europeia, os alunos portugueses percecionam como de maior risco o consumo regular de ecstasy (em 2011, a média europeia de atribuição de *grande risco* ao consumo regular de ecstasy foi de 73%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹⁹⁰, um estudo periódico anteriormente limitado à área das drogas (estudos de 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo.

Em 2014, 19% da população reclusa inquirida declarou ter consumido ecstasy alguma vez ao longo da vida, 2,2% na atual reclusão e 1,9% nos últimos 12 meses na atual reclusão. Tal como em 2007, as prevalências de consumo de ecstasy foram um pouco superiores às de anfetaminas.

Entre 2007 e 2014, verificou-se uma ligeira diminuição das prevalências de consumo de ecstasy durante a atual reclusão, apesar das prevalências de consumo atual (últimos 30 dias) terem aumentado em relação a 2007.

Nos indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, o ecstasy continua a ter um papel residual. No entanto, desde 2011 que se constata um pouco mais de visibilidade a nível de alguns indicadores, designadamente nas mortes e nos processos de contraordenação por consumo de drogas.

Quadro 33 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos

2012-2014									
Consumos e Problemas relacionados									
			2012		2013		2014		
Indicadores Indiretos			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	
Procura Tratamento: Droga principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	16	0,1	19	0,1	22	0,1	
		Novos Utentes	5	0,4	5	0,4	5	0,4	
		Utentes Readmitidos	1	0,03	..		..		
	Unidades de Desabituação Comunitárias Terapêuticas	Utentes Públicas	..		1	0,1	..		
		Utentes Licenciadas	..		..		..		
		Utentes Públicas	..		..		..		
		Utentes Licenciadas	11	0,4	11	0,5	16	0,7	
	Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		...		...		...	
Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}		Só com Ecstasy	1	3	..		.. ^{d)}		
		Ecstasy+Outras	..		2	9	2 ^{d)}	6	
Processos de Contraordenação	Só com Ecstasy		30	0,4	32	0,4	38	0,5	
	Ecstasy +Outras Drogas		44	0,6	38	0,5	39	0,5	

a) % relativa a cada indicador.

b) *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, *Mortes relacionadas com drogas* (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2014 não disponíveis.

c) Casos de *overdose*.

d) Os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde / Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

No âmbito da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁹¹, as referências ao ecstasy enquanto droga principal continuam a ser muito residuais, variando entre os 0% e os 0,7% nos grupos de utentes que em 2014 estiveram em tratamento nas diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência.

¹⁹⁰ Torres et al., 2015.

¹⁹¹ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2014 não estavam disponíveis à data de conclusão deste relatório, e por razões de “segredo estatístico”¹⁹² não foi possível em 2013 disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., em 2014¹⁹³ registaram-se 2 casos de *overdose* com a presença de ecstasy em associação com outras substâncias (2, 1 e 1 casos, respetivamente em 2013, 2012 e 2011, não havendo registo da presença de ecstasy em qualquer das *overdoses* ocorridas entre 2008 e 2010). Em relação às 187 mortes registadas em 2014 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁹⁴ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), foi registada a presença de ecstasy em 2 destas mortes.

Também nos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, o ecstasy continua a surgir com valores residuais, apesar da tendência de aumento registada nos últimos quatro anos. Em 2014 e à semelhança dos anos anteriores, menos de 1% dos processos de contraordenação por consumo de drogas estavam relacionadas só com ecstasy, registando o número destes processos (38) um aumento de +19% relativamente a 2013, acréscimo superior ao verificado a nível do total de processos (+4%). Nos processos envolvendo várias drogas, em 2014, o ecstasy esteve presente em 10% destes processos (0,5% do total de processos). Os processos relacionados só com ecstasy representaram entre 0% (7 distritos) e 5% (Guarda) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2014. Em termos absolutos, foram os distritos de Lisboa e da Guarda que registaram os maiores números de processos relacionados só com ecstasy.

4.2. Oferta

No âmbito da monitorização das tendências dos mercados de drogas ilícitas, são de destacar os indicadores relativos à **perceção sobre a facilidade de acesso** a essas substâncias, por parte das populações.

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁹⁵ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 26% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a ecstasy num período de 24 horas (se desejado), proporção superior à registada em 2011 (22%). Em 2014, cerca de 58% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 10% *impossível*, tendo sido estas proporções de 49% e 20% em 2011.

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, a facilidade percebida de acesso a ecstasy era ligeiramente superior entre os jovens portugueses (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 23%).

¹⁹² Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹⁹³ Os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

¹⁹⁴ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹⁹⁵ The Gallup Organization, 2011. DG COMM “Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer” Unit, 2014. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Nos resultados do ESPAD¹⁹⁶ 2003, 2007 e 2011 também o ecstasy foi considerado pelos alunos de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis, diminuindo a facilidade percebida de acesso entre 2003 e 2011 (respetivamente 15%, 16% e 21%, em 2011, 2007 e 2003, referiram ser *fácil* ou *muito fácil* arranjar ecstasy). No entanto, comparativamente à média europeia em 2011 (13%), os alunos portugueses declararam maior facilidade de acesso.

Nos resultados do III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁹⁷, cerca de 69% dos consumidores de ecstasy (ao longo da vida) consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 10% consideraram ser *muito difícil*.

No âmbito de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, o ecstasy continua a apresentar valores pouco expressivos.

Em 2013 registaram-se 138 **apreensões** de ecstasy, representando um acréscimo de +73% em relação ao ano anterior e o valor mais elevado desde 2006. Após os decréscimos verificados entre 2006 e 2009, verifica-se uma tendência para um ligeiro aumento destas apreensões.

No entanto, as **quantidades** de ecstasy¹⁹⁸ confiscado em 2014 registaram um decréscimo em relação ao ano anterior (- 51%), representando o valor mais baixo desde 2002. Em 2014, cerca de 4% das apreensões de ecstasy envolveram **quantidades significativas**¹⁹⁹, representando no entanto, em termos de quantidades apreendidas, cerca de 50% do ecstasy confiscado no país.

Relativamente às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destacaram-se a Alemanha e Israel como os principais países de proveniência do ecstasy confiscado em Portugal em 2014 e com informação em matéria de rotas, destinando-se na sua quase totalidade ao mercado interno. Os distritos de Lisboa, de Santarém e da Guarda foram os que registaram os maiores números de apreensões de ecstasy (respetivamente 33%, 9% e 7% do total destas apreensões), destacando-se em termos das quantidades apreendidas os distritos de Santarém, Lisboa e Coimbra, respetivamente com 39%, 15% e 15% do total confiscado no país em 2014.

Entre os meios utilizados no **transporte** do ecstasy apreendido, destacou-se o transporte terrestre com a quase totalidade das quantidades confiscadas em 2014.

Em 2014, o **preço**²⁰⁰ médio do ecstasy (4,43 €/comprimido) foi próximo do registado em 2010, último ano com informação disponível.

Em relação ao **grau de pureza**, os resultados das análises forenses realizadas no LPC/PJ a “amostras de rua”²⁰¹ das drogas apreendidas, indiciam um aumento do grau de pureza médio

¹⁹⁶ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell *et al.*, 1997; Hibell *et al.*, 2000; Hibell *et al.*, 2004; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

¹⁹⁷ Balsa *et al.*, 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹⁹⁸ As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria 94/96 de 26 de março. Em 2014, foram apreendidos 648,5 g de ecstasy moído e 684 comprimidos.

¹⁹⁹ No caso do ecstasy são consideradas as iguais ou superiores a 250 comprimidos.

²⁰⁰ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido.

dos comprimidos de ecstasy nos últimos anos, apesar de o escasso número de lotes analisados exigir cautelas na leitura destes dados.

Quadro 34 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2012-2014

Indicadores da Oferta		2012		2013		2014	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	101		80		138	
	Quantidades Apreendidas^{b)} (kg)	73 887		14 554		7 169	
	Preço Médio (compr.)	— ^{c)}		— ^{c)}		4,43 €	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Ecstasy	17	0,3	8	0,1	16	0,3
Condenações	Ecstasy + Outras Drogas	162	3	135	2	182	3
	Indivíduos Condenados						
	Só com Ecstasy	3	0,1	9 ^{d)}	0,4	2 ^{d)}	0,1
	Ecstasy + Outras Drogas	36	1	50 ^{d)}	2	39 ^{d)}	3

a) % relativa a cada indicador.

b) As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria n.º 94/96 de 26 de março. Em 2014, foram apreendidos 648,5 g de ecstasy moído e 684 comprimidos.

c) Não existem dados suficientes para se proceder ao cálculo do preço médio.

d) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados relativos a 2014 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2014 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2015 e 31/03/2016.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

A nível das **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, uma vez mais em 2014 o número de presumíveis infratores só na posse de ecstasy (16) foi menos de 1% do total de presumíveis infratores, apesar de ter duplicado em relação ao ano anterior. Nas situações envolvendo várias drogas, o ecstasy adquire um pouco mais de visibilidade, surgindo em 2014, em 16% destas situações (3% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2014²⁰² apenas foram condenados 2 indivíduos na posse apenas de ecstasy. Nas condenações relacionadas com a posse de várias drogas, o ecstasy surge com valores um pouco mais expressivos, estando em 2014, presente em 10% destas situações (3% do total das condenações).

²⁰¹ Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

²⁰² De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2014 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2015 e 31/03/2016.

5. Outras Drogas e Policonsumos

5.1. Consumos e Problemas relacionados

Os resultados dos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados em 2012 na população geral e, em 2010/2011 nas populações escolares, evidenciaram aumentos nas prevalências de consumo de alucinogénios, e em particular de LSD. Em 2014, a nível da população reclusa, destacou-se, entre as várias outras substâncias que não cannabis, cocaínas, opiáceos e ecstasy, o consumo de hipnóticos/sedativos sem receita médica durante a atual reclusão.

Em 2012 foi realizado em Portugal o III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*²⁰³, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos²⁰⁴ residente em Portugal.

Entre 2007 e 2012, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida²⁰⁵ e nos últimos 12 meses na população total (respetivamente de 0,9% para 0,5% e de 0,2% para 0%) e na jovem adulta (de 1,3% para 0,5% e de 0,4% para 0,1%).

As prevalências de consumo de LSD ao longo da vida mantiveram-se iguais entre 2007 e 2012 na população total (0,6%) e na jovem adulta (0,9%), e as prevalências de consumo nos últimos 12 meses aumentaram ligeiramente na população total (de 0,1% para 0,2%) e na jovem adulta (de 0,3% para 0,4%). Em contrapartida, as prevalências de consumo de cogumelos alucinogénios ao longo da vida diminuíram em ambas as populações (de 0,8% para 0,6% na população total e de 1,4% para 1,1% na jovem adulta) e as dos últimos 12 meses mantiveram-se iguais (0,1% na população total) ou diminuíram ligeiramente (de 0,3% para 0,2% na população jovem adulta).

Ao contrário do sucedido com as outras drogas, o LSD registou uma subida das taxas de continuidade do consumo²⁰⁶ entre 2007 e 2012, na população total (de 20,5% para 29,5%) e na jovem adulta (de 28,3% para 51,5%), surgindo, a par da cannabis, com as taxas de continuidade dos consumos mais elevadas).

Os homens registaram prevalências e taxas de continuidade do consumo de anfetaminas mais altas do que as mulheres, na população total e na jovem adulta. Tal ocorreu também a nível do consumo de LSD, mas no caso dos cogumelos alucinogénios as mulheres de ambas as populações apresentaram prevalências de consumos recentes iguais às dos homens e taxas de continuidade do consumo superiores.

Lisboa, Alentejo e Algarve (NUTS II), apresentaram em 2012 prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas acima da média nacional em ambas as populações, mas no

²⁰³ Balsa *et al.*, 2014.

²⁰⁴ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

²⁰⁵ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

²⁰⁶ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

caso dos consumos recentes tal sucedeu apenas no Alentejo e nos Açores. Quanto ao consumo de LSD, destacou-se Lisboa com prevalências ao longo da vida e últimos 12 meses acima da média nacional em ambas as populações, e também o Alentejo no caso dos consumos recentes na população jovem adulta. Também no consumo de cogumelos alucinogénios se destaca Lisboa com prevalências ao longo da vida e últimos 12 meses acima da média nacional em ambas as populações, e os Açores no caso dos consumos recentes.

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do *Flash Eurobarometer* realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos – *Young People and drugs* em 2014²⁰⁷ -, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional (uma ou duas vezes)* de novas substâncias psicoativas (NSP) foi superior (55%) comparativamente à cannabis, e mais semelhante em relação ao ecstasy. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o *consumo regular* de NSP (92%). Estas proporções foram próximas às médias europeias (respetivamente 57% e 87%).

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2005-2014, foram realizados diversos estudos com representatividade nacional, e inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS²⁰⁸ (6.º/8.º/10.º anos) e o INME²⁰⁹ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD²¹⁰ (alunos de 16 anos) e o ECATD²¹¹ (alunos dos 13 aos 18 anos), em 2010 o HBSC/OMS, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD, e em 2014, o HBSC/OMS.

Os resultados dos estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 nas populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 - apontavam para um aumento do consumo de alucinogénios entre 1999 e 2003 (ESPAD) e de estimulantes entre 1998 e 2002 (HBSC/OMS), e um ligeiro decréscimo do consumo de anfetaminas entre 1999 e 2003 (ESPAD).

Nos estudos de 2006 e 2007, verificaram-se de um modo geral, tendências de estabilidade e de decréscimo das prevalências do consumo de estimulantes, anfetaminas e alucinogénios, comparativamente a 2001-2003.

Nos estudos de 2010 e 2011, de um modo geral, constatou-se uma tendência de aumento destas prevalências, sobretudo das prevalências de consumo de LSD.

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram, tal como nos estudos de 2002 e 2006, serem os estimulantes a segunda droga com maior prevalência de consumo ao longo da vida entre esta população escolar, constatando-se uma estabilidade dessa prevalência ao longo dos anos (3,5% em 2002 e 2006, e 3,4% em 2010). O LSD, tal como em 2006, surgiu como a terceira droga com maior prevalência de consumo ao longo da vida, registando-se um ligeiro aumento dessa prevalência (1,7%, 1,8% e 2%, respetivamente em 2002, 2006 e 2010).

²⁰⁷ DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

²⁰⁸ Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014, encontram-se publicados (Matos *et al.*, 2000; Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015).

²⁰⁹ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

²¹⁰ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell *et al.*, 1997; Hibell *et al.*, 2000; Hibell *et al.*, 2004; Hibell *et al.*, 2009; Hibell *et al.*, 2012).

²¹¹ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão *et al.*, 2012).

No ESPAD 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas, de cogumelos alucinogénios e de LSD e outros alucinogénios, foram idênticas (3%). Entre 2007 e 2011, verificaram-se aumentos destas prevalências, registando-se em 2011 prevalências iguais (caso das anfetaminas e dos cogumelos alucinogénios) ou superiores (caso do LSD e outros alucinogénios) às registadas em 2003. Em 2011, Portugal apresentou uma prevalência de consumo de anfetaminas ao longo da vida igual à média europeia (3%) e superior no caso do LSD e outros alucinogénios (2% a média europeia).

No ECATD 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas variaram entre 1,1% e 3,5%, as de cogumelos alucinogénios entre 0,7% e 2,8% e as de LSD entre 0,9% e 3,0%. Entre 2007 e 2011 verificaram-se, de um modo geral, tendências de estabilidade ou ligeiros aumentos nas prevalências de consumo de anfetaminas e de cogumelos alucinogénios, e aumentos nas prevalências de consumo de LSD. Comparativamente a 2003, são de destacar as variações ocorridas nos alunos mais velhos, no sentido de aumentos nas prevalências de consumo de anfetaminas e de LSD e diminuição nas prevalências de consumo de cogumelos alucinogénios.

No INME 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas foram de 1,6% no 3.º Ciclo e de 2,9% no Secundário, as de LSD de 1,4% no 3.º Ciclo e de 2,3% no Secundário, e as de cogumelos alucinogénios foram de 1,4% no 3.º Ciclo e de 1,9% no Secundário. No 3.º Ciclo as prevalências de consumo destas substâncias nos últimos 12 meses e no último mês foram cerca de 1%. No Secundário as prevalências de consumo destas substâncias nos últimos 12 meses foram cerca de 2% e no último mês cerca de 1%. Entre 2006 e 2011, no 3.º Ciclo registou-se uma tendência de diminuição nas prevalências de consumo destas substâncias ao longo da vida e uma estabilidade das prevalências de consumo no último ano e último mês (ligeiro aumento no caso dos cogumelos alucinogénios). No Secundário registou-se uma tendência de aumento de todas as prevalências de consumo de anfetaminas, LSD e cogumelos alucinogénios. No entanto, de um modo geral, as prevalências de consumo destas substâncias registadas em 2011 mantêm-se aquém das registadas em 2001, tanto no 3.º Ciclo como no Secundário (exceto as prevalências de consumo nos últimos 30 dias no Secundário).

Em 2014, nos resultados do HBSC/OMS 2014 relativos aos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, as prevalências de consumo ao longo da vida (experimentação) de anfetaminas, de LSD e de cogumelos alucinogénios foram respetivamente de 2,1%, 2,1% e 2,4%. Cerca de 2,5% dos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade afirmaram já ter experimentado *medicamentos usados como drogas*, 2,3% *produtos usados como doping* e, 2,1% disseram já ter experimentado *smart drugs*. Todos estes consumos foram mais reportados entre os alunos do sexo masculino e entre os alunos do 10.º ano. É de destacar, entre 2010 e 2014, as descidas das prevalências de consumo de estimulantes/anfetaminas, quer nos alunos do 8.º ano (4,2% para 2,0%), quer nos do 10.º ano (3,7% para 2,3%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*²¹², um estudo periódico anteriormente limitado à área das drogas (estudos de 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo.

²¹² Torres et al., 2015.

Importa referir, no âmbito da comparação com os resultados dos estudos anteriores, que em 2014 foi alargado o leque das substâncias psicoativas especificadas no questionário²¹³.

Em 2014, 16% da população reclusa inquirida declarou ter consumido hipnóticos/sedativos sem receita médica alguma vez ao longo da vida, 4% na atual reclusão e 4% nos últimos 12 meses na atual reclusão.

Em relação ao consumo de alucinogénios, 15% e 12% declarou ter consumido LSD e cogumelos alucinogénios ao longo da vida e, 1,8% e 1,7% nos últimos 12 meses na atual reclusão.

14% da população reclusa inquirida declarou ter consumido anfetaminas alguma vez ao longo da vida, 2,1% na atual reclusão e 1,6% nos últimos 12 meses na atual reclusão. Tal como em 2007, as prevalências de consumo de anfetaminas foram um pouco inferiores às de ecstasy. Entre 2007 e 2014, verificaram-se ligeiras diminuições das prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida e em contexto de reclusão, registando-se no entanto, um ligeiro aumento do consumo atual (últimos 30 dias).

O consumo de NSP - *novas substâncias psicoativas* – registou prevalências de consumo alguma vez na vida (4,1%) e na atual reclusão (1,6%), ligeiramente inferiores às de consumo de esteroides anabolizantes (respetivamente 4,8% e 1,9%). É de referir que os esteroides anabolizantes foram a substância com mais consumo injetado durante a atual reclusão (18% dos consumidores de esteroides anabolizantes).

No ciclo estratégico 2005-2012, foi realizado pela primeira vez em Portugal um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicine*)²¹⁴. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011²¹⁵.

No caso dos condutores em geral, entre os 13 países incluídos no estudo, Portugal registou a terceira maior prevalência de combinações de álcool com outras substâncias psicoativas (0,4%) – semelhante à média europeia (0,4%) e inferior à média da Europa do Sul (1,0%) -, e no caso das outras combinações de substâncias psicoativas sem o álcool, apresentou a sexta maior prevalência (0,2%), aquém da média europeia (0,4%) e da Europa do Sul (0,9%). No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, a prevalência de anfetaminas foi nula, contrariamente aos outros 3 países em que as anfetaminas foram a droga ilícita mais prevalente. Quanto às associações destas substâncias, Portugal registou a segunda menor prevalência de combinações de álcool com outras substâncias psicoativas (6,0%) e a menor prevalência de combinações de substâncias psicoativas sem álcool (0,4%), entre os quatro países incluídos neste estudo.

²¹³ De 7 em 2007 e 2001, para 18 substâncias em 2014.

²¹⁴ Na realidade tratam-se de 2 estudos em que Portugal participou no âmbito deste projeto coordenado pelo Federal Highway Research Institute: 1) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores em geral, em que participaram países da Europa do Norte (Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia), da Europa do Sul (Portugal, Espanha e Itália), da Europa de leste (República Checa, Hungria, Lituânia e Polónia) e da Europa ocidental (Bélgica e Holanda); 2) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores feridos (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Lituânia, e Holanda) ou mortos (Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia) em acidentes de viação. Competiu ao INML, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

²¹⁵ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti *et al.*, 2011.

A nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a referência isolada a outras substâncias ilícitas para além de opiáceos, cocaína e cannabis, mantém-se pouco expressiva. É no entanto de destacar enquanto tendência emergente, embora ainda com valores residuais, a ocorrência de casos de *overdose* com a presença de drogas sintéticas a nível dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P.. As situações relacionadas com policonsumos continuam a ser relevantes.

No contexto da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas²¹⁶, os estimulantes e alucinogénios enquanto drogas principais surgem ainda de forma pouco expressiva, surgindo com maior relevância o consumo de hipnóticos /sedativos. Tal como no anterior, em 2014, as referências ao consumo de heroína associado à cocaína ou base de cocaína (*speedball* ou *rebolau*) como droga principal, não ultrapassaram os 3% nos diferentes grupos de utentes em tratamento, com os utentes das Unidades de Desabilitação públicas e das Comunidades Terapêuticas licenciadas a apresentarem proporções de 3% e de 2% respetivamente.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2014 não estavam disponíveis à data de conclusão deste relatório. Em 2013, e apesar dos constrangimentos na disponibilização de informação desagregada²¹⁷ verificou-se que a causa de morte predominante foi *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (código F19.2 CID-10), causa que inclui os policonsumos (100% no caso do critério da Lista Sucinta Europeia e 36% no do OEDT).

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., em 2014 foi registada uma *overdose* com a presença de anfetaminas (1 caso em 2008 e outro em 2011). Tal como nos anos anteriores, na maioria (85%) das *overdoses* de 2014²¹⁸ foram detetadas mais do que uma substância (91%, 76%, 79%, 87% e 84%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Neste contexto, importa referir, em combinação com as substâncias ilícitas, os casos de *overdose* com a presença de álcool (21%, 36%, 38%, 37%, 44% e 57% das *overdoses* de 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009), bem como com a presença de benzodiazepinas (46%, 50%, 28%, 42%, 35% e 38% das *overdoses* de 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). Cerca de 68% dos casos de *overdose* envolvendo mais do que uma substância tinham idades entre os 30 - 49 anos (25% entre 45-49 anos) e 14% entre os 20-29 anos.

Em relação às 187 mortes registadas em 2014 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas²¹⁹ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), na sua maioria (60%) foram detetadas mais do que uma substância, considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. É de destacar, em associação com as substâncias ilícitas, a presença de álcool (21%) e/ou de benzodiazepinas (26%). É de notar ainda que foi detetada a presença de efedrina em 4 casos.

A nível dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a referência ao consumo isolado de outras substâncias que não a cannabis, heroína, cocaína e ecstasy,

²¹⁶ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

²¹⁷ Por razões de "segredo estatístico" (Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio), existem alguns constrangimentos na disponibilização da informação desagregada relativa às causas de morte e sócio demografia destes óbitos.

²¹⁸ Os dados de 2014 são passíveis de atualização no próximo ano.

²¹⁹ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

continua a ser residual (83 processos de contraordenação, representando menos de 1% do total de processos), embora se registem nos últimos três anos aumentos no número de processos relacionados com *outras drogas* (+108% entre 2013 e 2014), representando os valores mais elevados de sempre. Em 2014, o número de processos relacionados com a posse simultânea de várias drogas (381) foi semelhante ao registado no ano anterior (+2%), representando 5% das ocorrências de 2014 (5%, 6%, 7%, 7%, 6% e 10%, em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). Nestes processos envolvendo várias drogas, predominou mais uma vez a posse de heroína só com cocaína (3% do total de processos e 58% dos processos relacionados com várias drogas), e, tal como já ocorrido desde 2004 e contrariamente ao sucedido nos anos anteriores, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis em vez de heroína com cannabis, sendo pelo terceiro ano consecutivo mais expressiva também a associação de ecstasy com cannabis do que a associação de heroína com cannabis. Os processos envolvendo várias drogas representaram entre 2% (Braga, Bragança, Portalegre e Setúbal) e 32% (Beja) dos processos abertos em cada uma das CDT relativos às ocorrências de 2014. Em valores absolutos, destacaram-se os distritos do Porto, Beja e Lisboa, com o número mais elevado de processos relacionados com várias drogas.

5.2. Oferta

No âmbito da monitorização das tendências dos mercados de drogas ilícitas, são da maior importância os indicadores relativos à **perceção sobre a facilidade de acesso** a essas substâncias, por parte das populações.

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer* realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos - *Young People and drugs*²²⁰ -, 42% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a novas substâncias psicoativas (NSP) num período de 24 horas (se desejado), cerca de 45% consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 8% *impossível*.

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso às NSP (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 25%).

De acordo com os resultados do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*²²¹, em 2003, 2007 e 2011, as anfetaminas foram consideradas pelos alunos portugueses de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis, apesar de ter aumentado entre 2003 e 2011 a facilidade percebida de acesso às anfetaminas (14%, 15% e 12%, em 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil* ou *muito fácil* obter anfetaminas). Comparativamente à média europeia em 2011 (12%), os alunos portugueses declararam maior facilidade de acesso às anfetaminas.

Nos resultados do terceiro *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*²²², realizado em 2012, cerca de 80% dos consumidores de anfetaminas (ao longo da vida) consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 5% consideraram ser *muito difícil*, sendo de destacar, dos resultados dos

²²⁰ DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

²²¹ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003 e 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

²²² Balsa et al., 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

estudos de 2001, 2007 e 2012, o aumento da facilidade percebida de acesso às anfetaminas. Quanto aos alucinogénios, cerca de 34% dos consumidores de LSD e 55% dos consumidores de cogumelos alucinogénios consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a essas substâncias num período de 24 horas (se desejado) e respetivamente 49% e 22% consideraram ser *muito difícil*.

Em 2014 e à semelhança dos anos anteriores, registaram-se **apreensões** de várias outras substâncias para além da cannabis, heroína ou outros opiáceos, cocaína e ecstasy, sendo aqui referidas algumas delas²²³. Nas interpelações policiais e nas condenações ao abrigo da Lei da Droga que envolveram mais do que uma substância ilícita, a associação predominante continua a ser heroína com cocaína.

Relativamente a substâncias estimulantes, foram apreendidas 1,8 Kg de anfetaminas em várias regiões do país, destacando-se os distritos de Santarém, Porto, Leiria e Castelo Branco com as maiores quantidades apreendidas (respetivamente 63%, 11%, 9% e 8% do total confiscado).

No que se refere a alucinogénios, uma vez mais foram registadas apreensões de LSD (10 g, 1 202 selos, 10 frascos e 47 cápsulas) e de cogumelos alucinogénios (101 g e 50 cogumelos), tendo também sido confiscada mescalina (7g e 1 frasco). As apreensões de LSD ocorreram em vários distritos de Portugal Continental, tendo sido confiscadas as maiores quantidades nos distritos de Castelo Branco, Portalegre e Lisboa. As maiores quantidades apreendidas de cogumelos alucinogénios registaram-se nos distritos de Castelo Branco e Santarém. A totalidade da mescalina confiscada ocorreu também no distrito de Santarém.

Em 2014 uma vez mais foram apreendidas uma variedade de benzodiazepinas (590 comprimidos), tendo sido as maiores quantidades confiscadas nos Açores.

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse de várias drogas (1 171) foi inferior ao registado no ano anterior (-11%), contrariamente ao ocorrido a nível do número total de presumíveis infratores (+2%). O valor registado em 2014 é o mais baixo desde 2002, constatando-se desde 2011 uma tendência de diminuição do número de presumíveis infratores na posse de várias drogas, após a tendência de estabilidade ocorrida desde 2006 (com um pico pontual em 2010). Os presumíveis infratores na posse de várias drogas representaram em 2014 cerca de 21% do total de presumíveis infratores (24%, 23%, 26%, 29%, 26%, 30% e 32%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). À semelhança dos anos anteriores, uma vez mais predominou neste tipo de situações, a associação de heroína com cocaína, seguindo-se-lhe a associação só de cocaína com cannabis e a de heroína com cocaína e cannabis e a associação.

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2014²²⁴ foram condenados 397 indivíduos na posse de várias drogas, representando 28% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (26% em 2013, 31% em 2012, 30% em 2011 e 2010, 35% em 2009 e 34% em 2008). Predominaram uma vez mais as situações envolvendo a posse de heroína com cocaína.

²²³ Ver informação anual constante na nota a) do Quadro 104 do Anexo deste Relatório.

²²⁴ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2013 e 2014 que deram entrada no SICAD até 31/03/2015. Os dados de 2014 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2014 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2015 e 31/03/2016.

**Fontes • Referências Bibliográficas • Sinais
convencionais • Lista de siglas e abreviaturas
• Definição de termos • Índice de quadros •
Índice de figuras**

Fontes

Caracterização e Evolução da Situação

- Os dados respeitantes aos utentes em tratamento da toxicodependência são provenientes do Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) e das Administrações Regionais de Saúde, das Unidades Licenciadas e da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP).
- Os dados sobre as notificações do VIH são provenientes do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.) / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas.
- Os dados respeitantes às mortes são provenientes do INE, I.P., das Delegações do Norte, Centro e Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF, I.P.), e do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.).
- Os dados relativos a processos de contraordenação por consumo de drogas, são provenientes do Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação Operacional do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (EMPECO/SICAD) e fornecidos anualmente à Divisão de Estatística e Investigação do SICAD.
- Os dados respeitantes às apreensões policiais ao abrigo da Lei da Droga e ao grau de pureza das drogas apreendidas são provenientes da Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes da Polícia Judiciária (UNCTE/PJ) e do Laboratório de Polícia Científica (LPC/PJ).
- Os dados relativos às decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga são extraídos de cópia das decisões enviadas pelos Tribunais ao SICAD.
- Os dados referentes a reclusos condenados são provenientes da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP).

Referências Bibliográficas

- Balsa, C., Vital C., & Urbano C. (2014). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*, Portugal 2012. Lisboa: SICAD.
- Carapinha, L., Balsa, C., Vital C., Urbano C., & Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação. (2014). *Consumo de alto risco de cannabis – Portugal 2012*. Lisboa: SICAD [no prelo].
- DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit (2014). *Flash Eurobarometer 401 TNS Political & Social: young people and drugs* (Results per country). European Commission. Consultado em outubro 2014 a partir de: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_present_en.pdf
- Dias, M., (2012a). *Relatório de Avaliação Final dos Resultados do Projeto DRUID, 2012*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- Dias, M., (2012b). *Seminário DRUID. Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicines*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- Feijão, F. (2008a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2006. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*.
- Feijão, F. (2008b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2006. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*.
- Feijão, F. (2012a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. Consultado em maio 2014 a partir de: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/129/Sintese_de_Resultados.pdf
- Feijão, F. (2012b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. Consultado em maio 2014 a partir de: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/127/Sintese_de_Resultados.pdf
- Feijão, F. (2009). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal - 2007*. Consultado em outubro 2014 a partir de: http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=120&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2002a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2001. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. Consultado em maio 2014 a partir de: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/98/Sintese_dos_resultados_3ciclo.pdf

- Feijão, F. & Lavado, E. (2002b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2001. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. Consultado em outubro 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/98/Sintese_dos_resultados_secundario.pdf
- Feijão, F. & Lavado, E. (2006). *Os Adolescentes e a Droga - Portugal 2003*. Consultado em maio 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/104/Os_adolescentes_e_a_droga.pdf
- Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2012). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal 2011*. Consultado em maio 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=125&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos
- Hibell, B., Andersson B., Bjarnason T., Kokkevi A., Morgan M. & Narusk A. (1997). *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. & Morgan M. (2000). *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson B., Bjarnason T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A. & Morgan M. (2004). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hibell, B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. & Kraus L. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson B., Bjarnason T., Kokkevi A., Morgan M. & Narusk A. (2012). *The 2011 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Houwing, S., Bernhoff, I., Van der Linden, T., et al. (2011). *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic. Parte I General results*. Netherlands: SWOV.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Estimativas Anuais da População Residente-2014*. Consultado em junho de 2015 a partir de:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004163&contexto=bd&selfab=tab2
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2015). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Isalberti, C.; Bernhoff, I.; Houwing, S., et al. (2011) – *Prevalence of alcohol and other psychoactive substance in injured and killed drivers*. Belgium: UGent.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C. (2000). *Aventura Social & Saúde. A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: FMH/PEPT - Saúde.
- Matos, M. & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares F., Diniz J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2006). *Aventura Social & Saúde. Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses: Relatório Preliminar*. Consultado em novembro 2013 a partir de:

http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_Preliminar_IDT_2006.pdf

- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão. Dados Nacionais. Relatório do Estudo HBSC 2014*. Lisboa: FMH/ Universidade Nova de Lisboa.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão. Dados Nacionais. HBSC/OMS. Estudo colaborativo 2014*. Lisboa: FMH/ Universidade Nova de Lisboa.
- Matos, M. & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: FMH.
- Negreiros, J., Magalhães, A. (2009). *Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas. Portugal 2005*. Lisboa: IDT, I.P..
- Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (2013). *Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções 2013*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Polícia Judiciária (2015). *Combate ao Tráfico de Estupefacientes em Portugal: 2014. Relatório Anual Estatística - TCD*. Lisboa: PJ.
- Ribeiro, C., Carapinha, L., Guerreiro, C., Lavado, E., & Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação. (2014). *Estimativa do Consumo Problemático / de Alto Risco de Drogas. Portugal Continental/2012*. Lisboa: SICAD [no prelo].
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013a). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Consultado em novembro 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducao_CA_D_2013-2020.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013b). *Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016*. Consultado em novembro 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Acao_Reducao_CAD_2013-2016.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). *Comunidades Terapêuticas Públicas 2009 – 2012*. Consultado em setembro 2014 a partir de:
<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015a). *Unidades de Desabilitação Públicas 2013, 2012, 2011, 2010, 2009*. Consultado em setembro 2015 a partir de:
<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015b). *Comunidades Terapêuticas Públicas 2013*. Consultado em setembro 2015 a partir de:
<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Sistema de Segurança Interna (2015). *Relatório Anual de Segurança Interna 2014*. Lisboa.

- The Gallup Organization (2011). *Flash Eurobarometer 330: youth attitudes on drugs* (Analytical Report). Directorate-General Justice, European Commission. Consultado em novembro 2013 a partir de: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf.
- Torres, A., Cruz, R., Maciel, D., Sousa, I. (2009). *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*. Lisboa: IDT, I.P.
- Torres, A., Mendes, R., Gaspar, S., Fonseca, R., Oliveira, C., Dias, C. (2015). Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional 2014. Relatório Final. Lisboa: CIEG/ISCSP - ULisboa.

Sinais convencionais

- .. Resultado nulo
- ... Segredo estatístico
- Dados não disponíveis
- Δ Variação
- % Percentagem
- c/ Com
- O total não corresponde à soma das parcelas

Lista de siglas e abreviaturas

2C-B	• 4-Bromo-2,5-dimetoxifenetilamina
ADR	• Aconselhamento, Detecção e Referenciação
AM	• Autoridade Marítima
ANSR	• Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
ARS, I.P.	• Administração Regional de Saúde, I.P.
ASAE	• Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
AT	• Autoridade Tributária e Aduaneira
CAD	• Comportamentos Aditivos e Dependências
CAST	• <i>Cannabis Abuse Screening Test</i>
CDT	• Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
CID	• Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIES	• Centro de Investigação e Estudos de Sociologia
CRI	• Centro de Respostas Integradas
CS	• Centro de Saúde
CT	• Comunidade Terapêutica
DEI	• Divisão de Estatística e Investigação
DGS	• Direção Geral de Saúde
DGRSP	• Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DMI	• Direção de Serviços de Monitorização e Informação
DMT	• Dimetiltryptamina
DRUID	• <i>Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicine</i>
ECATD	• Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga
EMPECO	• Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação Operacional
EP	• Estabelecimento Prisional

EPR	• Estabelecimento Prisional Regional
ESPAD	• <i>European School Project on Alcohol and other Drugs</i>
ET	• Equipa de Tratamento
EUA	• Estados Unidos da América
FPCE/UP	• Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação/Universidade do Porto
GHB	• Ácido gama-hidroxibutírico
GHD	• Grupo Horizontal Drogas
GNR	• Guarda Nacional Republicana
HBSC/OMS	• <i>Health Behaviour in School-age Children / Organização Mundial de Saúde</i>
IDT, I.P.	• Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
INE, I.P.	• Instituto Nacional de Estatística, I.P.
INCAMP	• Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional
INMLCF, I.P.	• Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.
INME	• Inquérito Nacional em Meio Escolar
INPG	• Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral
INSA, I.P.	• Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.
INTERPOL	• <i>International Criminal Police Organization</i>
ISCTE/UL	• Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa/ Universidade de Lisboa
KLOTHO	• Programa de Identificação Precoce da Infecção VIH e Prevenção direcionado a Utilizadores de Drogas
LPC/PJ	• Laboratório da Polícia Científica/Polícia Judiciária
LSD	• Dietilamida do Ácido Lisérgico
mCPP	• 1-3-clorofenil-piperazina
MDA	• Metilenodioxianfetamina
MDMA	• Metilenodioximetanfetamina
MNE	• Ministério dos Negócios Estrangeiros
NSP	• Novas Substâncias Psicoativas
NUTS	• Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OEDT	• Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OMS	• Organização Mundial da Saúde
ONU	• Organização das Nações Unidas
PALOP	• Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIAC	• Projeto Integrado de Apoio à Comunidade
PIAM	• Projeto Integrado de Atendimento Materno
PJ	• Polícia Judiciária
PNRCAD	• Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências
PNsida	• Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA
PSP	• Polícia de Segurança Pública
PTAO	• Programa Terapêutico com Agonistas Opiáceos
RRMD	• Redução de Riscos e Minimização de Danos
SDS	• <i>Severity of Dependence Scale</i>
SEN	• Sistema Estatístico Nacional
SICAD	• Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIDA	• Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIIC	• Sistema Integrado de Informação Criminal
SIM	• Sistema de Informação Multidisciplinar
TAS	• Taxa de Alcoolémia no Sangue
THC	• Tetrahydrocannabinol
UA	• Unidade de Alcoologia
UD	• Unidade de Desabituação
UE	• União Europeia
ULD	• Unidade Livre de Droga
UNCTE	• Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes / PJ
UNL	• Universidade Nova de Lisboa
UP	• Universidade do Porto
VHC	• Vírus da Hepatite C
VIH	• Vírus de Imunodeficiência Humana

Definição de termos

Por **apreensão** entende-se a ação que é levada a cabo por órgãos com responsabilidades na prevenção e investigação criminal das atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11, em que é detetada qualquer das substâncias compreendidas nas Tabelas anexas a este DL.

Por **caso de SIDA** entende-se a notificação do caso diagnosticado com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), obedecendo aos critérios da Organização Mundial de Saúde/*Centers for Disease Control*.

Por **circunstância agravante** entende-se o facto referente ao arguido, que é ponderado de forma penalizante na determinação da medida da pena a aplicar.

Por **circunstância atenuante** entende-se o facto referente ao arguido, que é ponderado de forma desculpabilizante na determinação da medida da pena a aplicar.

Por **cúmulo jurídico** entende-se a pena única aplicada pelo Tribunal como penalização conjunta por dois ou mais crimes praticados.

Por **indivíduo acusado** entende-se o indivíduo constante nos processos “findos” e levado a Tribunal por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **indivíduo condenado** entende-se o indivíduo constante nos processos “findos”, julgado e com pena condenatória, por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **novo utente** entende-se o utente inscrito com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu pela primeira vez às unidades de consulta na rede pública (primeiros pedidos de tratamento).

Por **polidrogas** entendem-se as ocorrências de posse de mais do que um tipo de droga.

Por **portador assintomático**, entende-se o caso diagnosticado com a infeção do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e num estadio da infeção em que ainda não apresenta sintomas.

Por **presumível infrator** entende-se o indivíduo que foi identificado ou detido por elementos das forças policiais por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção das tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **prevalência de consumo** entende-se taxa de consumo que informa de toda e qualquer experiência de consumo em determinado período, independentemente do modo, quantidade e frequência dos consumos.

Por **processo “findo”** entende-se o processo objeto de uma decisão judicial, em que já não é possível haver recurso.

Por **processo de contraordenação** entende-se o processo instaurado pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, a um indivíduo identificado como consumidor pelas autoridades competentes, ao abrigo da Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **quantidade significativa** entende-se no caso da heroína e cocaína as quantidades superiores a 100 g e no caso da cannabis as superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. No caso do ecstasy e de acordo com o critério utilizado pela Polícia Judiciária, foram consideradas como mais significativas, as apreensões envolvendo quantidades superiores a 250 comprimidos.

Por **sanção** entende-se a decisão punitiva (pecuniária e/ou não pecuniária) proferida pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, no âmbito das contraordenações por consumo de drogas.

Por **sentença** entende-se a decisão final do Tribunal relativa a um indivíduo envolvido num processo-crime.

Por **tipo de droga** entende-se todas as unidades/modalidades de uma mesma droga.

Por **utente em tratamento no ano**, entende-se o utente inscrito com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu às unidades de consulta na rede pública, com pelo menos um evento assistencial no ano.

Índice de quadros

Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos e Problemas relacionados	11
1. Alguns Resultados de Estudos	17
Quadro 1 População Geral, Portugal – Grupo 15-24 anos, idades de início dos consumos, (2001/2007/2012)	23
Quadro 2 Estimativas do número de consumidores problemáticos/de alto risco e taxas por mil habitantes, segundo a definição de caso e método (2012)	26
2. Tratamento	41
Quadro 3 Consumos dos utentes em tratamento da toxicodependência, por tipo de estrutura (Redes Pública e Licenciada - Portugal Continental) (2014)	46
Quadro 4 Socio demografia dos utentes em tratamento da toxicodependência, por tipo de estrutura (Redes Pública e Licenciada - Portugal Continental) (2014)	48
Quadro 5 Utes em programas de tratamento em estruturas dos estabelecimentos prisionais (2014 e variações relativas a 2013/2011/2008)	50
3. Doenças Infecciosas	51
3.1. Notificações da Infecção por VIH / SIDA	51
Quadro 6 Notificações de casos de infeção por VIH e casos de SIDA, associados ou não à toxicodependência (01/01/1983 - 31/12/2014)	51
3.2. Doenças Infecciosas nos Utes em Tratamento da Toxicodependência	56
Quadro 7 VIH nos utentes em tratamento da toxicodependência (total de utentes e consumidores de droga injetada Iv) (Redes Pública e Licenciada - Portugal Continental) (2014)	56
Quadro 8 Hepatite C nos utentes em tratamento da toxicodependência (total de utentes e consumidores de droga injetada Iv) (Redes Pública e Licenciada - Portugal Continental) (2014)	58
Quadro 9 Hepatite B nos utentes em tratamento da toxicodependência (total de utentes e consumidores de droga injetada Iv) (Redes Pública e Licenciada - Portugal Continental) (2014)	60
Quadro 10 Doenças infecciosas nos reclusos em tratamento da toxicodependência (31/12 de cada ano)	61
4. Mortalidade	63
Quadro 11 Mortes por overdose, segundo o ano, por substância (2008-2014)	67
Quadro 12 Outras causas de morte dos casos com resultados toxicológicos positivos, segundo o ano, por causa de morte (2008-2014)	69
5. Contraordenações	73
5.1. Processos e Decisões	73
Quadro 13 Distribuição dos processos de contraordenação, por distrito (2014 e variações relativas a 2013/2011/2008)	73

5.2. Indivíduos	79
Quadro 14 Socio demografia dos indivíduos em processos de contraordenação (2014)	80
Oferta	81
1. Alguns Resultados de Estudos	85
2. Apreensões Policiais	89
2.1. Apreensões / quantidades / rotas / preços.....	89
Quadro 15 Droga apreendida, segundo o ano, por tipo de droga (2008-2014).....	90
Quadro 16 Preço médio das drogas, segundo o ano, por tipo de droga (2008-2014).....	92
2.2. Presumíveis Infratores.....	93
Quadro 17 Presumíveis infratores, por situação face à droga e tipo de droga (2014 e variações relativas a 2013/2011/2008)	94
Quadro 18 Socio demografia dos presumíveis infratores (2014)	97
3. Decisões Judiciais.....	99
Quadro 19 Indivíduos condenados, por situação face à droga e tipo de droga (2014)	103
Quadro 20 Socio demografia dos indivíduos condenados (2014)	106
4. Reclusões	107
Quadro 21 Reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga, por tipo de crime (2014 e variações relativas a 2013/2011/2008)	107
Quadro 22 Socio demografia dos reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga (2014)	108
Tendências por Drogas	111
1. Cannabis.....	115
1.1. Consumos e Problemas relacionados.....	115
Quadro 23 Resultados de estudos: prevalências do consumo de cannabis ao longo da vida (%) (2006-2014)	117
Quadro 24 Cannabis: alguns indicadores sobre problemas relacionados com os consumos (2012-2014)	120
1.2. Oferta.....	121
Quadro 25 Cannabis: alguns indicadores sobre a oferta (2012-2014)	123
2. Cocaína	124
2.1. Consumos e Problemas relacionados.....	125
Quadro 26 Resultados de estudos: prevalências do consumo de cocaína ao longo da vida (%) (2006-2014)	127
Quadro 27 Cocaína: alguns indicadores sobre problemas relacionados com os consumos (2012-2014)	129
2.2. Oferta.....	130
Quadro 28 Cocaína: alguns indicadores sobre a oferta (2012-2014)	132
3. Heroína / Opiáceos	133
3.1. Consumos e Problemas relacionados.....	133
Quadro 29 Resultados de Estudos: prevalências do consumo de heroína ao longo da vida (%) (2006-2014)	134
Quadro 30 Opiáceos: alguns indicadores sobre problemas relacionados com os consumos (2012-2014)	137
3.2. Oferta.....	138
Quadro 31 Heroína: alguns indicadores sobre a oferta (2012-2014)	140
4. Ecstasy	141
4.1. Consumos e Problemas relacionados.....	141
Quadro 32 Resultados de estudos: prevalências do consumo de ecstasy ao longo da vida (2006-2014).....	143
Quadro 33 Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2012-2014)	144
4.2. Oferta.....	145
Quadro 34 Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2012-2014)	147

Índice de figuras

Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos e Problemas relacionados	11
1. Alguns resultados de estudos	17
Figura 1 População Geral, Portugal - Total (15-64 anos): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2001/2007/2012)	17
Figura 2 População Geral, Portugal – População Jovem Adulta (15-34 anos): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (%) (2001/2007/2012)	17
Figura 3 População Geral, Portugal - Total (15-64 anos): prevalências de consumo nos últimos 12 meses, por tipo de droga (%) (2001/2007/2012)	18
Figura 4 População Geral, Portugal: População Jovem Adulta (15-34 anos), prevalências de consumo nos últimos 12 meses, por tipo de droga (%) (2001/2007/2012)	18
Figura 5 População Geral, Portugal – Total (15-64 anos): taxa de continuidade dos consumos, por tipo de droga (2001/2007/2012)	19
Figura 6 População Geral, Portugal: População Jovem Adulta (15-34 anos): taxas de continuidade dos consumos, por tipo de droga (2001/2007 e 2012)	20
Figura 7 População Geral, Portugal - Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): avaliação da dependência através do CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>) (% total Inquiridos, 2007/2012)	21
Figura 8 População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): avaliação da dependência através do CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>) (% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, 2007/2012)	21
Figura 9 População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): avaliação da dependência através do SDS (<i>Severity of Dependence Scales – Cannabis</i>) (% total de Inquiridos, 2007/2012)	22
Figura 10 População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): avaliação da dependência através do SDS (<i>Severity of Dependence Scales – Cannabis</i>) (% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, 2007/2012)	22
Figura 11 População Geral, Portugal: prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida e nos últimos 12 meses, por região (NUTS II) (%) (2012)	25
Figura 12 População Jovem (15-24 anos): perceção do risco para saúde associado ao consumo de drogas, Portugal e Média Europeia (%) (2014)	28
Figura 13 População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (%) (2007/2011)	30
Figura 14 População Escolar – ECATD (alunos de 13-18 anos): prevalências de consumo de <i>qualquer droga</i> ao longo da vida (%) (2007/2011)	30
Figura 15 População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (%) (2006/2011)	31
Figura 16 População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário): prevalências de consumo nos últimos 12 meses, por tipo de droga (%) (2006/2011)	31
Figura 17 População Escolar – INME (3º Ciclo e Secundário): prevalências de consumo de <i>qualquer droga</i> ao longo da vida e nos últimos 12 meses, por região (NUTS II) (%) (2011)	32
Figura 18 População Escolar – HBSC/OMS (alunos do 8.º / 10.º ano): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (%) (2014)	33
Figura 19 População reclusa, Portugal: prevalências de consumo ao longo da vida e na atual reclusão, por tipo de droga (%) (2014)	34
Figura 20 População reclusa, Portugal: prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (%) (2001/2007/2014)	35
Figura 21 População reclusa, Portugal: prevalências de consumo na atual reclusão, por tipo de droga (%) (2001/2007/2014)	35
Figura 22 População reclusa, Portugal: prevalências de consumo na atual reclusão, por tipo de droga: últimos 12 meses e últimos 30 dias (%) (2007/2014)	36

Figura 23	População reclusa, Portugal: prevalências de consumo de droga injetada ao longo da vida e na atual reclusão (%) (2001/2007/2014)	37
Figura 24	População de condutores em geral: prevalências de consumo de substâncias psicoativas (%) (2008/2009)	39
Figura 25	População de condutores mortos em acidentes de viação: prevalências de consumo de substâncias psicoativas (%) (2008/2009)	39
2. Tratamento		41
Figura 26	Utentes em tratamento no ano, novos e readmitidos (Rede Pública – Ambulatório- Portugal Continental) (2008-2014)	42
Figura 27	Utentes em tratamento no ano, segundo a residência (Rede Pública – Ambulatório- Portugal Continental) (2014)	43
Figura 28	Utentes que iniciaram tratamento no ano, segundo a residência, novos utentes e utentes readmitidos (Rede Pública – Ambulatório- Portugal Continental) (2014)	44
Figura 29	Utentes em tratamento em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica, segundo o ano: total e % por problemas de uso de drogas (Rede Pública – Ambulatório- Portugal Continental) (2009-2014)	45
Figura 30	Utentes que iniciaram tratamento no ano: substância principal segundo o ano, novos utentes e utentes readmitidos (Rede Pública – Ambulatório- Portugal Continental) (2008-2014)	46
Figura 31	Utentes que iniciaram tratamento no ano: consumo de droga injetada nos últimos 12 meses, segundo o ano, novos utentes e utentes readmitidos (Rede Pública – Ambulatório- Portugal Continental) (2008-2014)	47
Figura 32	Utentes que iniciaram tratamento no ano, segundo o ano, por grupo etário, novos utentes e utentes readmitidos (Rede Pública – Ambulatório- Portugal Continental) (2008-2014)	49
3. Doenças Infecciosas		51
3.1. Notificações da Infecção por VIH/SIDA		51
Figura 33	Notificações de casos de Infecção por VIH e casos de SIDA, associados ou não à toxicodependência, (01/01/1983 - 31/12/2014)	52
Figura 34	Notificações de casos de infecção por VIH e casos de SIDA: casos associados ou não à toxicodependência, por ano de diagnóstico (2008-2014)	53
Figura 35	Notificações de casos de infecção por VIH e casos de SIDA: % casos associados ou não à toxicodependência, por ano de diagnóstico (2008-2014)	53
Figura 36	Notificações de casos de SIDA: frequência das doenças definidoras de SIDA, em casos associados ou não à toxicodependência (01/01/1983 - 31/12/2014)	54
Figura 37	Notificações de casos de infecção por VIH associados à toxicodependência, por zona geográfica de residência (01/01/1983 - 31/12/2014)	55
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência		56
Figura 38	Prevalências de VIH+ e novas infeções nos utentes em tratamento no ano: total de utentes e consumidores de droga injetada LV, rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2008-2014)	57
Figura 39	Prevalências de VHC+ e novas infeções nos utentes em tratamento no ano: total de utentes e consumidores de droga injetada LV, rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2008-2014)	59
4. Mortalidade		63
Figura 40	Óbitos gerais relacionados com o consumo de drogas (2007-2013)	64
Figura 41	Óbitos gerais relacionados com o consumo de drogas, por região de residência (NUTS II) (2013)	65
Figura 42	Autópsias, exames toxicológicos e resultados positivos <i>post-mortem</i> , segundo o ano (2008-2014)	66
Figura 43	Causas de morte dos casos com resultados toxicológicos positivos, segundo o ano (2008-2014)	66
Figura 44	Mortes por <i>overdose</i> , segundo o sexo (2014)	68
Figura 45	Mortes por <i>overdose</i> , segundo o grupo etário (2014)	68
Figura 46	Notificações de óbitos em casos de infecção por VIH e em casos de SIDA: % de casos mortos segundo o ano de diagnóstico, em casos associados ou não à toxicodependência (2008-2014)	70
Figura 47	Notificações de óbitos em casos de infecção por VIH e em casos de SIDA: Mortes segundo o ano de óbito, em casos associados ou não à toxicodependência (2008-2014)	70
Figura 48	Notificações de óbitos em casos de infecção por VIH e em casos de SIDA: % das mortes segundo os casos associados ou não à toxicodependência, por ano de óbito (2008-2014)	71
5. Contraordenações		73

5.1. Processos e decisões.....	73
Figura 49 Distribuição dos processos de contraordenação, por distrito (2014).....	74
Figura 50 Processos de contraordenação e decisões, segundo o ano (2008-2014).....	75
Figura 51 Processos de contraordenação, segundo o ano, por tipo de decisão (2008-2014).....	75
Figura 52 Processos de contraordenação, segundo o ano, por tipo de droga (2008-2014).....	76
Figura 53 Distribuição dos processos de contraordenação, segundo a droga envolvida, por distrito (2014).....	77
Figura 54 Percentagens intradistritais de processos de contraordenação por tipo de droga (2014).....	78
Figura 55 Processos de contraordenação por tipo de droga: intervalos das percentagens intradistritais, segundo o ano (2008-2014).....	79
5.2. Indivíduos.....	79
Figura 56 Percentagens intradistritais de indivíduos reincidentes no ano (2014).....	79
Oferta	81
1. Alguns resultados de estudos	85
Figura 57 População Jovem (15-24 anos), perceção da facilidade de acesso na obtenção de drogas (se desejado), Portugal e Média Europeia (2014).....	85
Figura 58 População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos): perceção da facilidade de acesso na obtenção de drogas (se desejado), Portugal e Média Europeia (2011).....	86
Figura 59 População Geral, Portugal – Total (15-64 anos), Perceção da facilidade de acesso na obtenção de drogas (se desejado) (2012).....	87
2. Apreensões Policiais	89
2.1 Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços.....	89
Figura 60 Número de apreensões, segundo o ano, por tipo de droga (2008-2014).....	89
Figura 61 Distribuição das quantidades de drogas apreendidas, por distrito e região autónoma (%) (2014).....	91
2.2 Presumíveis Infratores.....	93
Figura 62 Presumíveis infratores, segundo o ano, por situação face à droga (2008-2014).....	93
Figura 63 Total de presumíveis infratores, por zona geográfica de ocorrência da infração (2014).....	93
Figura 64 Presumíveis infratores, segundo o ano, por tipo de droga (2008-2014).....	95
Figura 65 Distribuição dos presumíveis infratores, segundo a droga envolvida, por distrito e região autónoma (%) (2014).....	95
Figura 66 Percentagens intradistritais de presumíveis infratores, por tipo de droga (2014).....	96
3. Decisões Judiciais	99
Figura 67 Processos, indivíduos acusados e condenados ao abrigo da Lei da Droga, segundo o ano (2008-2014).....	99
Figura 68 Indivíduos condenados, segundo o ano, por situação face à droga (2008-2014).....	100
Figura 69 Total de indivíduos condenados, por zona geográfica de ocorrência da condenação (2014).....	101
Figura 70 Indivíduos condenados, segundo o ano, por tipo de pena (2008-2014).....	101
Figura 71 Indivíduos condenados, segundo o ano, por tipo de droga (2008-2014).....	103
Figura 72 Distribuição dos indivíduos condenados segundo a droga envolvida, por distrito e região autónoma (%) (2014).....	104
Figura 73 Percentagens intradistritais dos indivíduos condenados por tipo de droga (2014).....	105
4. Reclusões	107
Figura 74 Total de reclusos condenados e reclusos condenados ao abrigo da lei da droga, segundo o ano (2007-2013).....	107
Figura 75 Principais crimes cometidos sob o efeito de drogas (2014).....	109

