

Relatório Anual

2016

A Situação do País em Matéria
de **Drogas e Toxicodependências**

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS

Relatório Anual 2016

A Situação do País em Matéria de
Drogas e Toxicodependências

2017

Ficha Técnica

Título: **Relatório Anual • 2016 - 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

Edição: 2017

Capa: Filipa Cunha (EMSI)

A informação relativa a este Relatório e ao respetivo volume Anexo está disponível no sítio web do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, www.sicad.pt

Índice

Agradecimentos	5
Preâmbulo	7
Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos e Problemas relacionados	11
1. Alguns Resultados de Estudos	19
2. Tratamento	49
3. Doenças Infecciosas	59
3.1. Notificações da Infecção por VIH/SIDA.....	59
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência	64
4. Mortalidade	71
5. Contraordenações	83
5.1. Processos e Decisões.....	83
5.2. Indivíduos.....	89
Oferta	91
1. Alguns Resultados de Estudos	95
2. Apreensões Policiais	99
2.1. Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços.....	99
2.2. Presumíveis Infratores.....	104
3. Decisões Judiciais	109
4. Reclusões	117
Tendências por Drogas	121
1. Cannabis	127
1.1. Consumos e Problemas relacionados	127
1.2. Oferta	135
2. Cocaína	139
2.1. Consumos e Problemas relacionados	139

2.2. Oferta	145
3. Heroína / Opiáceos	149
3.1. Consumos e Problemas relacionados	149
3.2. Oferta	154
4. Ecstasy	157
4.1. Consumos e Problemas relacionados	157
4.2. Oferta	162
5. Outras Drogas e Policonsumos.....	165
5.1. Consumos e Problemas relacionados	165
5.2. Oferta	170
Referências Bibliográficas.....	175
Sinais Convencionais	179
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	181
Definição de Termos.....	185
Índice de Quadros.....	187
Índice de Figuras	191

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.

Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação

Equipa Responsável:

Carla Ribeiro (coordenação e redação)

Catarina Guerreiro (estaticista)

Equipa de Apoio Técnico:

Liliana Ferreira (apoio geral)

Helena Neto, Lúcia Dias e Rosário Mendes (apoio temático)

Preâmbulo

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. Tendo como referência o *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020* e respetivo *Plano de Ação para o período 2013-2016*, este Relatório acolhe e compila a informação de numerosos parceiros de diversas áreas ministeriais, nos domínios da oferta e da procura, assim como os resultados de vários estudos nacionais sobre esta temática. Permite-nos, não só conhecer a situação do país, mas também avaliar e monitorizar a evolução do cumprimento das metas definidas naquele Plano, numa lógica de promoção da saúde e bem estar social.

Findo o primeiro ciclo de ação 2013-2016, é possível identificar ganhos em saúde ao nível das metas definidas naquele Plano, com especial destaque para os indicadores relacionados com as infeções por VIH e SIDA associadas à toxicodependência e com a mortalidade. De um modo geral, também foram atingidas as metas definidas para os indicadores relacionados com os consumos dos mais jovens, em particular no que respeita à cannabis (perceção dos riscos do consumo, o retardar a idade do início dos consumos e a prevalência do consumo recente).

Todavia, os recentes resultados do *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17* evidenciaram o não cumprimento das metas relacionadas com os consumos na população geral de 15-74 anos, devido ao agravamento do consumo de cannabis - ao nível das prevalências de consumo recente, das frequências mais intensivas e da dependência -, sendo de notar, a particularidade dos agravamentos no grupo feminino e nos 25-34 anos e 35-44 anos, o que coloca grandes desafios para o próximo ciclo de ação.

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. Só o reforço da cooperação e o aperfeiçoamento dos dispositivos permitirá consolidar os progressos que vimos alcançando, enfrentar novos desafios e manter o papel de referência internacional que o nosso País tem constituído.

Lisboa, 29 de dezembro de 2017

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 2013, o início do ciclo de ação 2013-2016, foram realizados diversos estudos nacionais na área das drogas e toxicodependência, alguns deles inseridos em projetos iniciados há muitos anos e que têm permitido a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional, e outros realizados pela primeira vez no atual ciclo estratégico.

No **INPG 2016/17 - IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17** - realizado na população geral residente em Portugal (15-74 anos), as prevalências de consumo de *qualquer droga* foram de 10% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e de 4% nos últimos 30 dias, verificando-se aumentos em relação a 2012, em particular ao nível do consumo recente e atual. A cannabis, a cocaína e o ecstasy foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas, embora as duas últimas com prevalências muito aquém das da cannabis. De um modo geral, a população de 15-34 anos apresentou prevalências de consumos recentes mais elevadas do que a de 15-74 anos. Em relação a consumos recentes mais intensivos de cannabis, a substância com maiores prevalências de consumo, cerca de 3% dos inquiridos (64% dos consumidores) consumiu 4 ou mais vezes por semana nos últimos 12 meses, sendo que 2% (55% dos consumidores) consumiu todos os dias. Quanto ao consumo atual, cerca de 3% dos inquiridos - 69% dos consumidores atuais de cannabis - declarou ter um consumo diário/quase diário nos últimos 30 dias. Em relação a padrões de consumo abusivo e dependência de cannabis, em 2016/17 cerca de 0,7% da população de 15-74 anos residente em Portugal tinha um consumo considerado de risco elevado (0,4%) ou de risco moderado (0,3%), quase duplicando o valor correspondente (1,2%) na população de 15-34 anos (0,6% com consumo de risco elevado e 0,6% de risco moderado) (CAST). Estes valores e tendências enquadram-se nos resultados de outro teste (SDS), em que cerca de 0,8% da população de 15-74 anos apresentava sintomas de dependência do consumo de cannabis, sendo a proporção correspondente na população de 15-34 anos de 1,4% (19% dos consumidores recentes).

Entre 2012 e 2016/17 verificou-se um agravamento do consumo de cannabis, ao nível das prevalências de consumo recente e das frequências mais intensivas: mais pessoas a consumir e mais com padrões de consumo diário (mais de três quintos dos consumidores recentes). Embora mais ligeiro, há também um agravamento da dependência do consumo de cannabis na população, apesar de tal não se verificar nas proporções de dependência entre os consumidores recentes (cerca de um quinto com sintomas de dependência), reflexo do aumento dos consumidores que não apresentam (ainda) estes sintomas. É de notar, a particularidade dos agravamentos no grupo feminino e nos 25-34 anos e 35-44 anos. Em relação à maioria das outras drogas, os consumos mantiveram-se estáveis, tendo mesmo diminuído em alguns casos.

Portugal continua a surgir abaixo dos valores médios europeus relativos às prevalências de consumo recente de cannabis, de cocaína e de ecstasy (e ainda mais quando se trata da população de 15-34 anos), as três substâncias ilícitas com maiores prevalências de consumo recente em Portugal.

Para além deste panorama nacional, é de notar que persistem relevantes heterogeneidades regionais, que deverão ser consideradas com vista a uma maior adequação das intervenções loco-regionais. Os Açores e o Norte foram as regiões (NUTS II) que apresentaram as prevalências de consumo recente e atual de *qualquer droga* mais elevadas na população de 15-74 anos, sendo que na população de 15-34 anos foram também estas regiões, a par do Centro e de Lisboa. Em contrapartida, o Alentejo foi a região com as menores prevalências de consumo recente e atual de *qualquer droga* em ambas as populações. O padrão nacional de evolução das prevalências de consumo recente entre 2012 e 2016/17 – subida das prevalências de consumo de cannabis e estabilidade ou descida da maioria das outras substâncias -, manteve-se de um modo geral ao nível de quase todas as regiões. São de destacar entre as exceções, a descida da cannabis no Alentejo, os aumentos dos consumos de cocaína e de ecstasy nos Açores e Madeira, tendencialmente superiores nos 15-34 anos, e as subidas das prevalências de consumo recente de NSP em várias regiões, em particular nos Açores, mas também na Madeira, Norte, Centro e Algarve, sendo de um modo geral mais acentuadas na população de 15-34 anos.

Em 2016, foi realizada a 2.^a edição do inquérito anual **Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional**. As prevalências de consumo de *qualquer droga* - 33% ao longo da vida, 25% nos últimos 12 meses e de 16% nos últimos 30 dias - enquadraram-se, de um modo geral, no padrão dos resultados do ano anterior e de outros estudos recentes em populações escolares da mesma idade, embora em relação a estes hajam algumas diferenças nos padrões de consumo, como a maior frequência do consumo de cannabis e também maiores prevalências de consumo de outras substâncias ilícitas que não cannabis. A cannabis surgiu com prevalências muito próximas às de *qualquer droga*, e 10%, 7% e 4% dos inquiridos declararam consumir outra substância ilícita que não cannabis ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. Entre estas destacam-se as anfetaminas/metanfetaminas (ecstasy incluído) com prevalências de 7% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 3% nos últimos 30 dias, seguindo-se-lhe a cocaína, os alucinogénios e as *novas substâncias psicoativas*, com prevalências de consumo próximas. As prevalências de consumo de *qualquer droga* foram próximas às de 2015, resultando as pequenas diferenças de um ligeiro aumento do consumo de cannabis, mantendo-se muito idênticas as prevalências de consumo das outras drogas. É de notar quanto a consumos atuais mais intensivos que, 5% dos inquiridos (31% dos consumidores) tinha um consumo diário/quase diário de cannabis. Os consumos foram mais expressivos nos rapazes, existindo significativas heterogeneidades regionais, como os consumos mais elevados de cannabis no Algarve, e os consumos de outras substâncias ilícitas nos Açores, que importa continuar a monitorizar com vista a uma maior adequação das intervenções loco-regionais.

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**. As estimativas de 2015 apontaram, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 9,8 ‰ para os consumidores recentes de cocaína (17,7 nos homens e 2,1 nas mulheres), e de 5,2 ‰ para os consumidores recentes de opiáceos (9,0 nos homens e 0,4 nas mulheres). O cálculo destas estimativas foi diferente do utilizado em 2012, não sendo por isso possível a sua comparabilidade direta. Para os consumidores recentes de drogas por via endovenosa, a estimativa apontou para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos de 2,1 ‰, sendo de 4,0 ‰ nos homens e de 0,2 ‰ nas mulheres, valores tendencialmente inferiores aos de 2012. Foi também realizada uma estimativa do consumo de alto risco de cannabis

com base nos dados do IV INPG, Portugal 2016/17, e os resultados das 3 estimativas realizadas consoante se considere a frequência do consumo, o risco moderado e elevado (CAST), ou a dependência (SDS), apontaram para taxas por mil habitantes de 15-64 anos na ordem dos 32,2‰ (42,9 nos homens e 22,0 nas mulheres), 7,2‰ (11,0 nos homens e 3,7 nas mulheres) e 9,0‰ (12,9 nos homens e 5,2 nas mulheres), representando um aumento em relação a 2012 (7,0‰ para as 3 estimativas). É de notar que a superioridade da estimativa baseada na frequência dos consumos pode ser reflexo de estes consumos mais frequentes não serem (ainda) determinantes da perceção da existência de problemas a eles associados, sendo que muito poucos declararam ter procurado, na sua vida, ajuda especializada para estes consumos.

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo o estudo **Flash Eurobarometer – Young People and drugs** realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos, a cannabis era a droga ilícita a que os jovens portugueses atribuíam em menor proporção um *risco elevado* para a saúde (34% para o *consumo ocasional* e 74% para o *consumo regular*). A evolução destas perceções entre 2011 e 2014 evidenciou, 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 estudos nacionais evidenciaram que o consumo de drogas que vinha aumentando desde os anos 90 diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007. Em 2010 e 2011 houve um aumento a que se seguiu, em 2014 e 2015, novamente uma diminuição destes consumos. Nos estudos realizados em 2014 e 2015, a cannabis continuava a ser a droga preferencialmente consumida. No **ECATD-CAD 2015 - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015** -, as prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* (entre 3% nos 13 anos e 35% nos 18 anos) foram muito idênticas às de cannabis (entre 2% nos 13 anos e 34% nos 18 anos). Seguiam-se-lhe com valores bastante inferiores (abaixo dos 4%), a cocaína nos mais novos e o ecstasy nos mais velhos. As prevalências de consumo recente de cannabis variaram entre 1% (13 anos) e 27% (18 anos) e as de consumo atual entre 0,7% (13 anos) e 14% (18 anos). Entre 2011 e 2015 registou-se uma descida das prevalências de consumo de *qualquer droga* em quase todas as idades, exceto nos mais velhos (estabilidade nos 17 anos e subida nos 18 anos). No **ESPAD 2015 - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2015**, Portugal registou, de um modo geral, prevalências de consumo de *qualquer droga* (16%), de cannabis (15%) e de outras substâncias ilícitas (4%) inferiores às médias europeias, com prevalências mais baixas no grupo masculino português e muito idênticas entre os grupos femininos. Entre 2011 e 2015 registou-se uma descida das prevalências de consumo da generalidade das drogas consideradas, sendo essa diminuição mais expressiva no grupo masculino. Cerca de 1% dos inquiridos declarou ter um consumo diário/quase diário de cannabis, valor igual ao registado em 2011. É de notar que as prevalências de consumo ao longo da vida de outras substâncias, nomeadamente NSP e medicamentos, foram iguais ou inferiores a 2% nos vários estudos realizados em 2014 e 2015, com exceção do consumo de tranquilizantes/sedativos, e em particular com receita médica, que registou prevalências superiores.

Segundo este estudo, a cannabis continuava a ser a droga ilícita a que os jovens portugueses atribuíam em menor proporção um *risco elevado* para a saúde, constatando-se uma diminuição do risco percebido associado ao consumo de drogas entre 2011 e 2015. No entanto, comparativamente às médias europeias, os alunos portugueses percecionavam como de maior risco o consumo de cannabis, de ecstasy e de anfetaminas.

No **INCAMP 2014 - Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, 2014**, a população reclusa apresentou prevalências de consumo de *qualquer droga* superiores às da população geral: 69% dos reclusos já tinham consumido uma *qualquer droga* ao longo da vida e 30% na atual reclusão. Tal como nos estudos anteriores, a cannabis foi a substância ilícita com as maiores prevalências de consumo alguma vez na vida (56%), na atual reclusão (28%) e nos últimos 12 meses na atual reclusão (24%). As outras substâncias registaram menores prevalências, e sobretudo no contexto da atual reclusão, com prevalências de consumo inferiores a 10%, sendo as mais elevadas a de cocaína (8%), da heroína (8%) e a dos hipnóticos/sedativos sem receita médica (4%). As prevalências de consumo de NSP alguma vez na vida (4%) e na atual reclusão (2%) foram próximas às dos esteroides anabolizantes (5% e 2%). Entre 2007 e 2014 constatou-se uma estabilidade e diminuição das prevalências de consumo para as substâncias comparáveis entre os dois estudos, sendo de notar a descida das de consumo de heroína ao longo da vida e durante a atual reclusão. Cerca de 14% dos reclusos declararam já ter consumido droga injetada alguma vez ao longo da sua vida, 4% na atual reclusão e menos de 1% nos últimos 30 dias na atual reclusão. Entre as substâncias com mais consumo injetado na atual reclusão encontravam-se as cocaínas, a heroína e os esteroides anabolizantes. Entre 2007 e 2014 verificou-se uma redução desta prática, sobretudo ao nível das prevalências de consumo ao longo da vida, consolidando a acentuada quebra registada entre 2001 e 2007. Cerca de 7% dos reclusos (11% dos consumidores) disseram já ter tido alguma overdose fora da prisão e 2% em contexto de reclusão.

Em 2015 foi realizado pela primeira vez a nível nacional o **Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015**. Estes jovens apresentaram prevalências de consumo de substâncias ilícitas, bem como padrões de consumo nocivo, superiores às de outras populações juvenis. Cerca de 89% já tinham consumido substâncias ilícitas ao longo da vida e, 80% e 68% fizeram-no nos últimos 12 meses e últimos 30 dias antes do internamento. É de notar a importante redução dos consumos com o internamento (34% e 19% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias), e ainda mais quando se restringe ao Centro Educativo. Também entre estes jovens a cannabis foi a substância com maiores prevalências de consumo, muito próximas à de *qualquer droga*, seguindo-se-lhe com valores muito inferiores, ao nível dos consumos nos últimos 12 meses e últimos 30 dias antes do internamento, as cocaínas (14% e 9%), o ecstasy (14% e 7%) e as anfetaminas (11% e 6%), e nos consumos recentes e atuais após o internamento, o ecstasy (3% e 2%) e o LSD (2% e 2%). Em relação a padrões de consumo de risco acrescido, 52% dos inquiridos (59% dos consumidores) declararam que, habitualmente, consumiam numa mesma ocasião, uma substância ilícita com outra(s) substância lícita ou ilícita, e quase metade (46%) tinha, nos 30 dias antes do internamento, um consumo diário/quase diário de cannabis (passando para 5% após o internamento).

No âmbito do **tratamento** da toxicodependência, em 2016 estiveram em tratamento 27 834 utentes com problemas relacionados com o uso de drogas no ambulatório da rede pública. Dos 3 294 que iniciaram tratamento no ano, 1 204 eram readmitidos e 2 090 novos utentes. Em 2016 houve um acréscimo de utentes em tratamento no ambulatório, contrariando a tendência de decréscimo registada desde 2009. Apesar de o número de novos utentes em 2016 ter sido o mais elevado desde 2010, não apresenta variações relevantes no último quadriénio (+5% entre 2013 e 2016 e +3% entre 2015 e 2016), por comparação aos acréscimos verificados entre 2010 e 2012. Quanto aos utentes readmitidos, pelo quarto ano consecutivo que se constata uma diminuição, sendo os valores dos últimos quatro anos os mais baixos desde 2010. Em 2016, nas redes pública e licenciada registaram-se 665 internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabituação (590 nas públicas e 75 nas licenciadas) e 2 064 em Comunidades Terapêuticas (43 nas públicas e 2 021 nas licenciadas), correspondendo a 52% e 60% do total de internamentos nestas estruturas. De um modo geral, os internamentos em UD e CT por problemas relacionados com o uso de drogas têm vindo a diminuir desde 2009, em ambas as redes.

Quanto aos consumos, a heroína continua a ser a droga principal mais referida pelos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas na maioria das estruturas de tratamento, sendo de destacar entre as exceções, os novos utentes em ambulatório, em que uma vez mais foi a cannabis (54%), o que poderá refletir a maior articulação dos serviços interventores com vista a adequar as respostas às necessidades específicas de acompanhamento desta população. No último quadriénio e face ao anterior, verificou-se uma tendência de aumento nas proporções de utentes com a cannabis e a cocaína como drogas principais. Os indicadores sobre o consumo de droga injetada e partilha de material apontam para reduções destes comportamentos no último quadriénio face ao anterior. Em 2016, as prevalências dos consumos recentes de droga injetada variaram entre 4% e 22% nos utentes das diferentes estruturas, e as proporções de práticas recentes de partilha de material variaram entre 0% e 50% nos subgrupos de injetores. É de notar a persistência de algumas "bolsas de utentes" ainda com prevalências elevadas destas práticas.

Mantém-se a heterogeneidade nas idades dos utentes que iniciaram tratamento no ambulatório, com um grupo mais jovem de novos utentes e, outro, de utentes readmitidos, cada vez mais envelhecido. É de notar no entanto, um decréscimo nos últimos três anos da proporção de novos utentes em idades jovens, contrariamente aos aumentos contínuos registados entre 2010-2013. Nos utentes readmitidos mantém-se o progressivo envelhecimento.

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 2016 estiveram integrados 103 reclusos nos programas orientados para a abstinência, e a 31/12/2016 estavam 958 reclusos em programas farmacológicos, 907 com agonistas opiáceos e 51 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 por parte dos reclusos. Também se constata nos últimos quatro anos uma ligeira descida contínua no número de reclusos em programas farmacológicos, que poderá estar relacionada com a diminuição de consumidores de opiáceos, evidenciada no estudo nacional de 2014 na população reclusa. Têm também vindo a surgir nos últimos anos outros tipos de respostas face a necessidades específicas de acompanhamento desta população, tendo estado integrados em 2016, 839 reclusos em outras unidades / programas de tratamento da toxicodependência.

Em relação às **doenças infecciosas** nas populações em tratamento da toxicodependência em meio livre, em 2016, as prevalências nos vários grupos de utentes enquadraram-se no padrão dos últimos anos - VIH+ (3% - 13%), VHC+ (25% - 60%) e AgHBs+ (0% - 5%) -, sendo superiores nos respetivos subgrupos de injetores - VIH+ (7% - 27%) e VHC+ (67% - 88%). Em 2016 verificou-se nos utentes em ambulatório e no subgrupo de injetores uma ligeira descida nas proporções de novas infeções face a 2015. Após a descida acentuada das proporções de novas infeções por VIH até 2011, constata-se uma estabilidade, sendo os valores dos últimos dois anos no subgrupo de injetores (6%) os mais baixos da década. É de notar no entanto que, no subgrupo de readmitidos injetores a proporção de novas infeções por VIH+ foi superior às dos três anos anteriores, sendo necessário perceber se se trata de um pico pontual ou de um real agravamento da situação. Em relação às hepatites B e C, as proporções de novas infeções não apresentaram variações relevantes nos últimos quatro anos. Nos reclusos em tratamento da toxicodependência, as prevalências de VIH+ (17%), VHC+ (48%) e AgHBs+ (4%) enquadraram-se nas registadas no quadriénio 2013-16, bem como nas encontradas em meio livre, embora a de VIH+ seja tendencialmente superior. A proporção de seropositivos com terapêutica antirretroviral em contexto de reclusão continua a ser superior às registadas na maioria dos grupos de utentes em

tratamento em meio livre. Continua a existir, em ambos os contextos, uma elevada comorbilidade de VIH+ e VHC+ nestas populações.

Nas notificações da infeção por VIH e SIDA, em 2016, os casos associados à toxicodependência representavam 35% do total acumulado de notificações de infeção por VIH e 44% das de SIDA. Em 2016 tinham sido diagnosticados 1 030 casos de infeção por VIH e 261 casos de SIDA, 3% e 9% dos quais relacionados com a toxicodependência. Continua a registar-se um decréscimo de casos de infeção por VIH e de SIDA diagnosticados anualmente, tendência que se mantém a um ritmo mais acentuado nos associados à toxicodependência. Considerando o decréscimo de novos casos de infeção por VIH associados à toxicodependência, reflexo das políticas implementadas, designadamente na mudança de comportamentos de risco ao nível do consumo injetado de drogas, importa continuar a investir nas políticas promotoras do diagnóstico precoce e do acesso ao tratamento 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, segundo o INE, I.P., em 2015 ocorreram 54 mortes segundo o critério do OEDT (+46% do que em 2014). Destes, 80% foram atribuídos a intoxicação (acidental ou intencional), sobretudo devido a opiáceos e à cocaína. São de assinalar, embora com cautelas nesta leitura uma vez que só em 2014 foi concluída a implementação em todo o território nacional do certificado médico *online*, os aumentos registados entre 2013 e 2015 no número destes óbitos.

Quanto à informação dos registos específicos do INMLCF, I.P., em 2016, dos 208 óbitos com a pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito e com informação sobre a causa de morte, 27 (13%) foram considerados *overdoses*. Após os aumentos nos dois anteriores, em 2016 diminuíram as *overdoses* (-33%), mantendo-se os valores dos últimos seis anos aquém dos registados entre 2008 e 2010. Nestas *overdoses* é de destacar a presença de opiáceos (44%), a de metadona (37%) e a de cocaína (33%). Uma vez mais, na maioria (89%) foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar em associação com as drogas ilícitas, o álcool (44%) e as benzodiazepinas (41%). Em relação às outras causas das mortes com a presença de drogas (181), foram atribuídas a acidentes (39%), morte natural (35%), suicídio (16%) e homicídio (4%).

No que se refere à mortalidade relacionada com o VIH, segundo o INSA, em 2016 foram notificados 95 óbitos ocorridos no próprio ano em casos de infeção por VIH associados à toxicodependência. Verifica-se uma tendência decrescente no número de mortes ocorridas a partir de 2002, e a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência. É de notar que, para os óbitos ocorridos em 2016, 81% dos 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 acompanhamento da população toxicodependente com VIH.

Ao nível das **contraordenações por consumo de drogas**, foram instaurados 10 765 processos de ocorrências em 2016, representando o valor mais elevado desde 2001 e um ligeiro aumento (+4%) face a 2015. À data da recolha de informação, 82% destes processos tinham decisão proferida (61% já arquivados), constatando-se no último quadriénio um aumento da capacidade decisória face ao anterior. Entre as decisões proferidas uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (70%). Seguiu-se-lhes as decisões punitivas (18%) e as suspensões provisórias dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (9%).

Tal como nos anos anteriores, a maioria dos processos estavam relacionados com a posse de cannabis (86% 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

Desde 2013, o início do ciclo de ação 2013-2016, foram realizados diversos estudos nacionais na área das drogas e toxicod dependência, alguns deles inseridos em projetos iniciados há muitos anos e que têm permitido a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional, e outros realizados pela primeira vez no atual ciclo estratégico.

Contexto População Geral

Em 2016/2017 foi realizado em Portugal o *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017²*, replicando os estudos de 2012, 2007 e 2001.

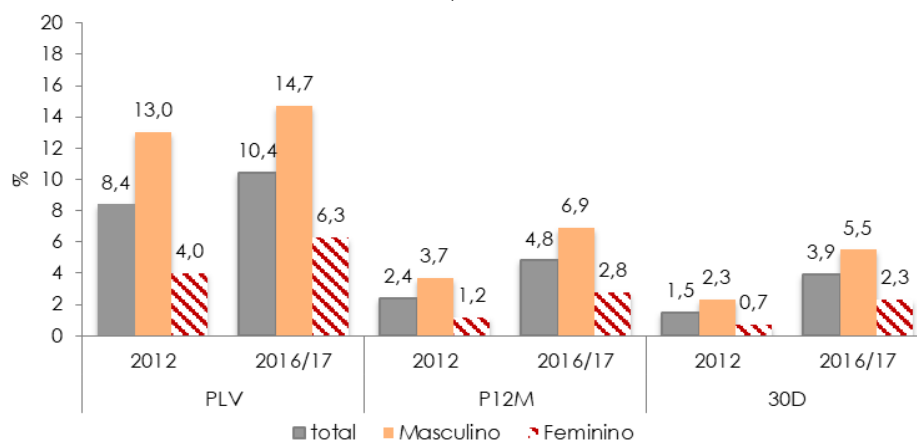
Em relação às **idades de início dos consumos**, e focando no grupo de 15-24 anos onde é maior a probabilidade de inícios recentes dos consumos, a cannabis continua a ser a substância que apresenta as idades mais precoces, com uma idade média de início do consumo idêntica à registada em 2012 (17 anos) e uma idade modal superior (16 anos em 2012 e 17 anos em 2016/17).

Em 2016/17, as **prevalências de consumo** de qualquer droga foram de 10% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e de 4% nos últimos 30 dias, verificando-se aumentos em relação a 2012, em particular ao nível do consumo recente (últimos 12 meses) e atual (últimos 30 dias).

Estas prevalências de consumo continuam a ser mais expressivas no grupo masculino (15% ao longo da vida, 7% nos últimos 12 meses e 6% nos últimos 30 dias), por comparação ao feminino (6% ao longo da vida, 3% nos últimos 12 meses e 2% nos últimos 30 dias). Apesar de se terem verificado subidas destas prevalências em ambos os sexos, verifica-se uma diminuição do rácio de masculinidade entre 2012 e 2016/17.

Figura 1 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos

Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Sexo (%)
2012 / 2016 - 17



Fonte: Balsa et al., 2017/ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

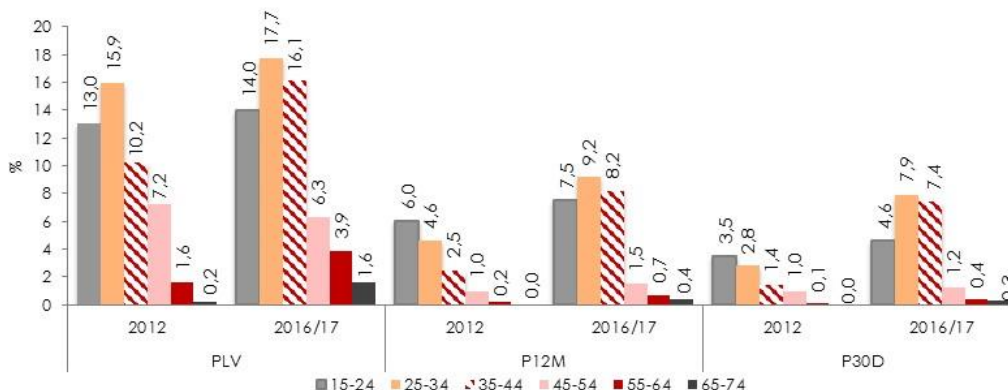
¹Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências, p. 19-40, disponível em <http://www.sicad.pt>

²Balsa et al., 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

As subidas das prevalências de consumo recente e atual de *qualquer droga* foram particularmente relevantes nos grupos etários dos 25-34 anos e dos 35-44 anos, sendo menos expressivas na população jovem de 15-24 anos. Tal evolução alterou os perfis etários ao nível do consumo recente e atual, deixando de haver uma clara variação das prevalências na razão inversa das idades como em 2012, ou seja, passando os grupos decenais dos 25-34 anos e dos 35-44 anos a registar as maiores prevalências de consumo recente e atual (e com valores mais próximos nestes grupos), e já não a população jovem de 15-24 anos.

Figura 2 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos

Prevalências de Consumo de *Qualquer Droga* ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Grupo Etário (%)
2012 / 2016 - 17

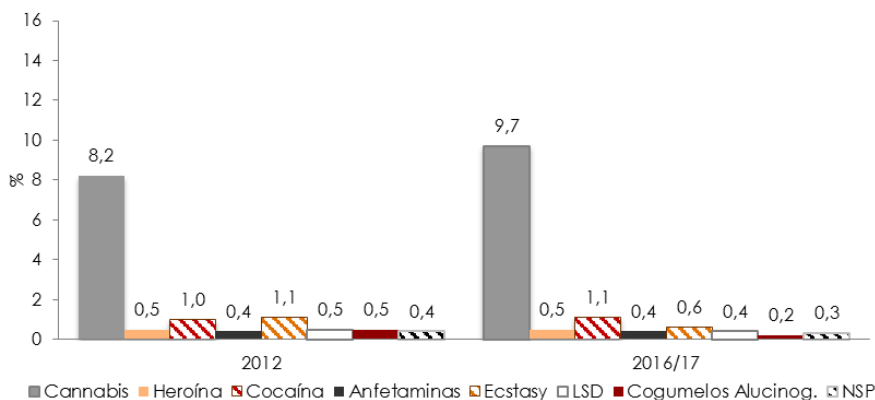


Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em 2016/17, uma vez mais a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo (10% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 4% nos últimos 30 dias), muito próximas às de *qualquer droga*, sendo bastante inferiores as prevalências de consumo de outras substâncias, seja na população total (15-74 anos), seja na população jovem e jovem adulta (15-34 anos). Aliás, as subidas das prevalências de consumo de *qualquer droga* resultaram do aumento do consumo de cannabis, já que em relação à maioria das outras substâncias os consumos se mantiveram estáveis ou até registaram algumas descidas.

Figura 3 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos

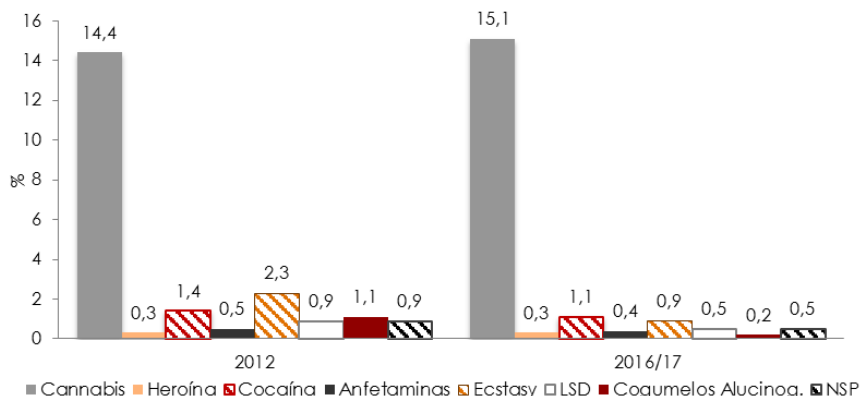
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)
2012 / 2016 - 17



Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 4 - População Geral, Portugal – INPG: 15-34 anos

Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)
2012 / 2016 - 17



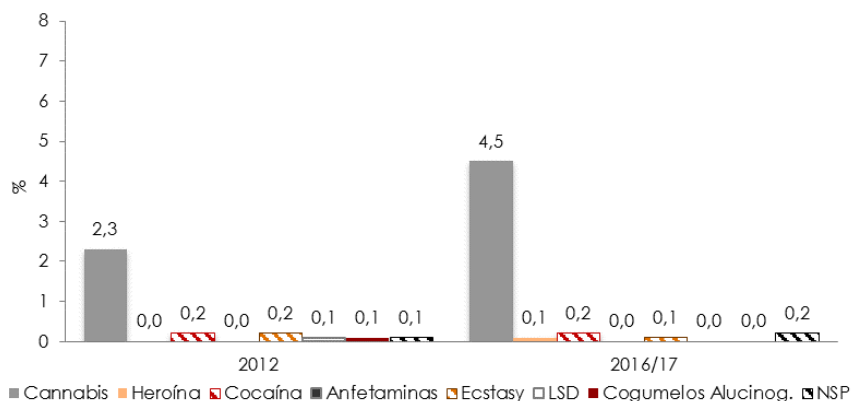
Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

De um modo geral, a cocaína e o ecstasy surgiram como a segunda e terceira drogas preferencialmente consumidas, tanto na população de 15-74 anos, como na de 15-34 anos (neste grupo, com exceção do consumo recente, em que a prevalência de NSP foi um pouco superior à do ecstasy), com este último grupo a apresentar prevalências de consumo um pouco superiores. É de notar, em relação a 2012, as descidas das prevalências de consumo de ecstasy, mantendo-se mais estáveis as de cocaína.

Em relação às *novas substâncias psicoativas* (NSP) verificou-se entre 2012 e 2016/17 uma ligeira descida das prevalências de consumo ao longo da vida na população geral de 15-74 anos (de 0,4% para 0,3%), sendo mais acentuada na de 15-34 anos (de 0,9% para 0,5%). Em contrapartida, aumentaram ligeiramente as prevalências de consumo recente, na população de 15-74 anos (de 0,1% para 0,2%) e na de 15-34 anos (de 0,3% para 0,4%).

Figura 5 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos

Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)
2012 / 2016 - 17

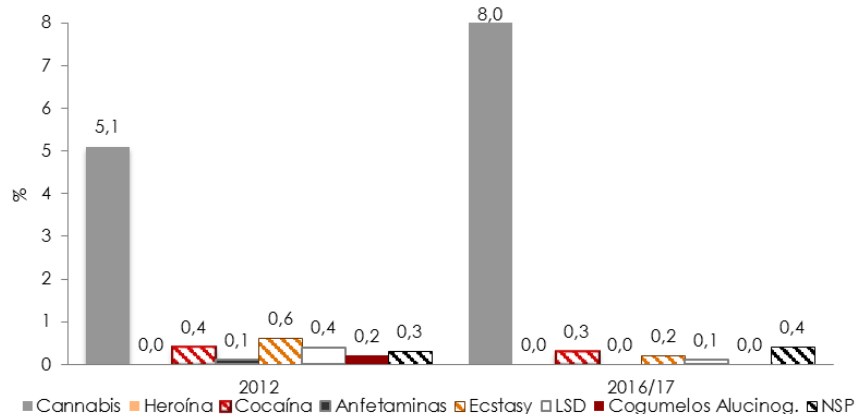


Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 6 - População Geral, Portugal – INPG: 15-34 anos

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

2012 / 2016-17



Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Relativamente às **taxas de continuidade dos consumos**, ou seja, a proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, consumiram essa mesma substância nos últimos 12 meses, tal como em 2012, a população de 15-34 anos apresentou taxas superiores às da população total, para todas as drogas consideradas. A cannabis apresentou a maior taxa de continuidade dos consumos (47% na população total e 53% na de 15-34 anos). Seguiu-se-lhe o *ecstasy*, a cocaína e a heroína na população de 15-74 anos (19%, 18% e 11%) e, a cocaína, o *ecstasy* e a heroína na de 15-34 anos (29%, 26% e 17%). Entre 2012 e 2016, apenas a cannabis, a heroína e as NSP apresentaram aumentos das taxas de continuidade dos consumos.

Ao nível das **frequências de consumo**, e no que se refere à cannabis, a substância com maiores prevalências de consumo, cerca de 3% dos inquiridos (64% dos consumidores recentes de cannabis) consumiu 4 ou mais vezes por semana nos últimos 12 meses, sendo que 2% (55% dos consumidores) consumiu todos os dias. É ainda de notar quanto ao consumo atual que, cerca de 3% dos inquiridos - 69% dos consumidores atuais de cannabis - declarou ter um consumo diário/quase diário nos últimos 30 dias.

Estes consumos mais intensivos continuam a ser mais prevalentes no grupo masculino do que no feminino, com cerca de 4% dos inquiridos e 2% das inquiridas a terem um consumo diário/quase diário nos últimos 12 meses³ e nos últimos 30 dias. Todavia, se considerarmos os consumidores recentes e atuais de cannabis, os consumos diários/quase diários nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias são mais prevalentes no grupo feminino (73% e 78%), por comparação ao masculino (60% e 65%).

De um modo geral, estes consumos diários/quase diários são mais predominantes nos grupos etários decenais que apresentaram as maiores prevalências de consumo recente e atual de cannabis, ou seja, os de 25-34 anos e 35-44 anos.

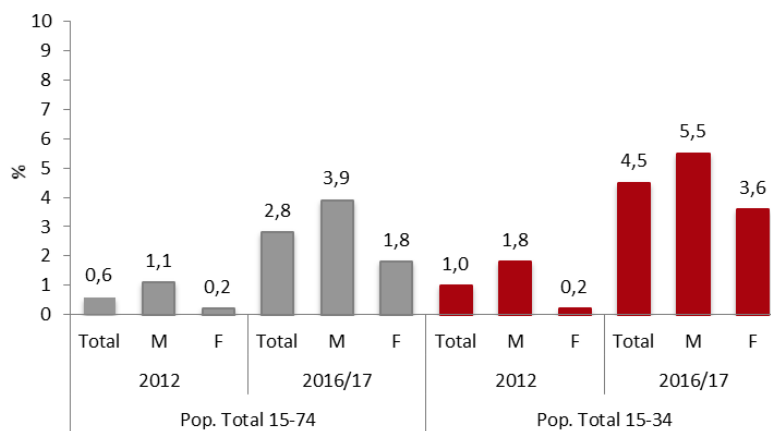
Entre 2012 e 2016/17 verificou-se um agravamento destes consumos mais intensivos em ambos os sexos, embora maior no feminino, bem como em todos os grupos etários decenais, e muito em particular nos de 25-34 anos e 35-44 anos.

³ 4 ou mais vezes por semana nos últimos 12 meses.

Figura 7 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos

Prevalências de Consumo Diário/Quase Diário* de Cannabis nos Últimos 12 Meses, por Sexo (%)

% total de Inquiridos
2012 / 2016-17



* 4 ou mais vezes por semana.

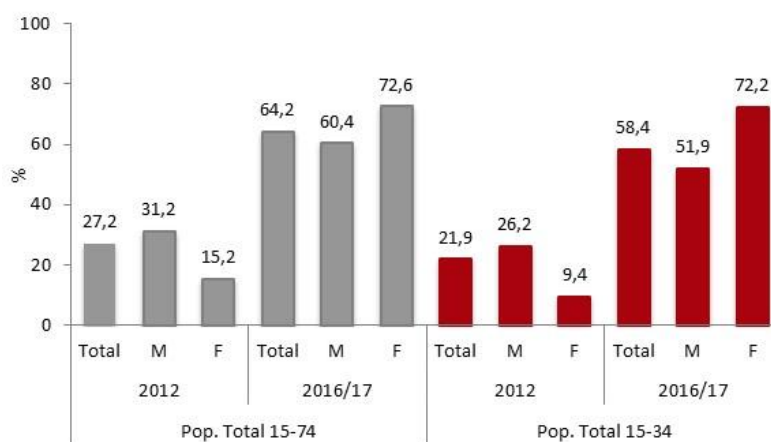
Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 8 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos

Prevalências de Consumo Diário/Quase Diário* de Cannabis nos Últimos 12 Meses, por Sexo (%)

% consumidores de cannabis nos últimos 12 meses

2012 / 2016-17



* 4 ou mais vezes por semana

Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Quanto a **padrões de consumo abusivo e dependência de cannabis**, apresentam-se de seguida os resultados do *Cannabis Abuse Screening Test (CAST)*⁴ e do *Severity of Dependence Scales (SDS)*⁵.

⁴ 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).

⁵ 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).

De acordo com o *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), aplicado aos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, em 2016/17, cerca de 0,7% da população de 15-74 anos residente em Portugal tinha um consumo considerado de risco elevado (0,4%) ou de risco moderado (0,3%), quase duplicando o valor correspondente (1,2%) na população de 15-34 anos (0,6% com consumo de risco elevado e 0,6% de risco moderado).

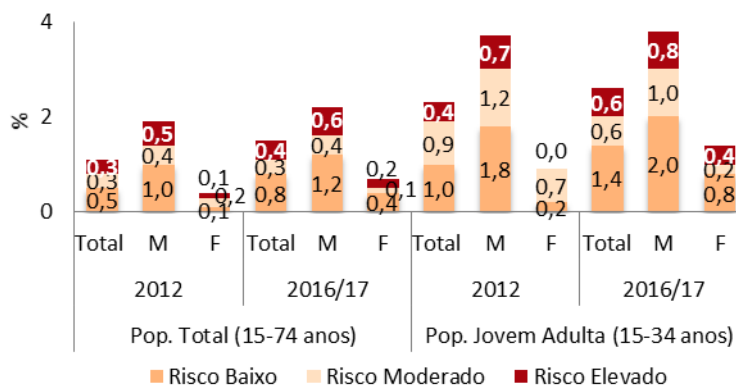
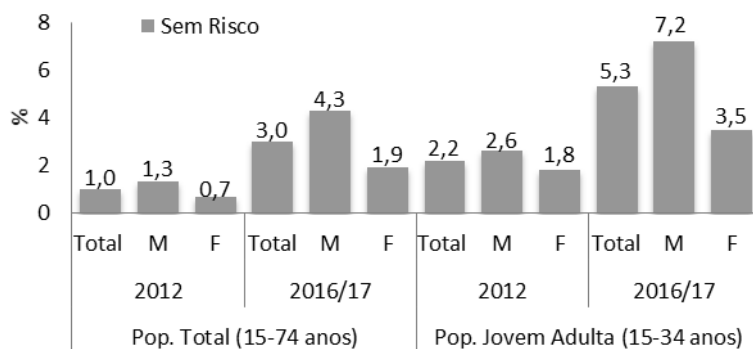
O grupo masculino apresentou maiores prevalências de consumo de risco elevado (0,6%) e moderado (0,4%) do que o feminino (respetivamente 0,2% e 0,1%), assim como os grupos decenais entre os 15 anos e os 44 anos, com os de 15-24 anos e de 35-44 anos a apresentarem as prevalências mais altas de risco elevado (0,7%).

Figura 9 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos

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

% total de Inquiridos

2012 / 2016-17



*Aplicado aos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses.

Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Entre 2012 e 2016/17, manteve-se idêntica a prevalência de consumo de risco moderado na população total (0,3%), tendo descido na de 15-34 anos (de 0,9% para 0,6%). Em contrapartida, aumentaram as de consumo de risco elevado na população total (de 0,3% para 0,4%) e na de 15-34 anos (de 0,4% para 0,6%). Considerando o conjunto das prevalências de consumo de risco elevado e de risco moderado, estas foram próximas às de 2012, tanto na população total, como na de 15-34 anos. É de notar também o aumento dos que têm consumos considerados sem risco.

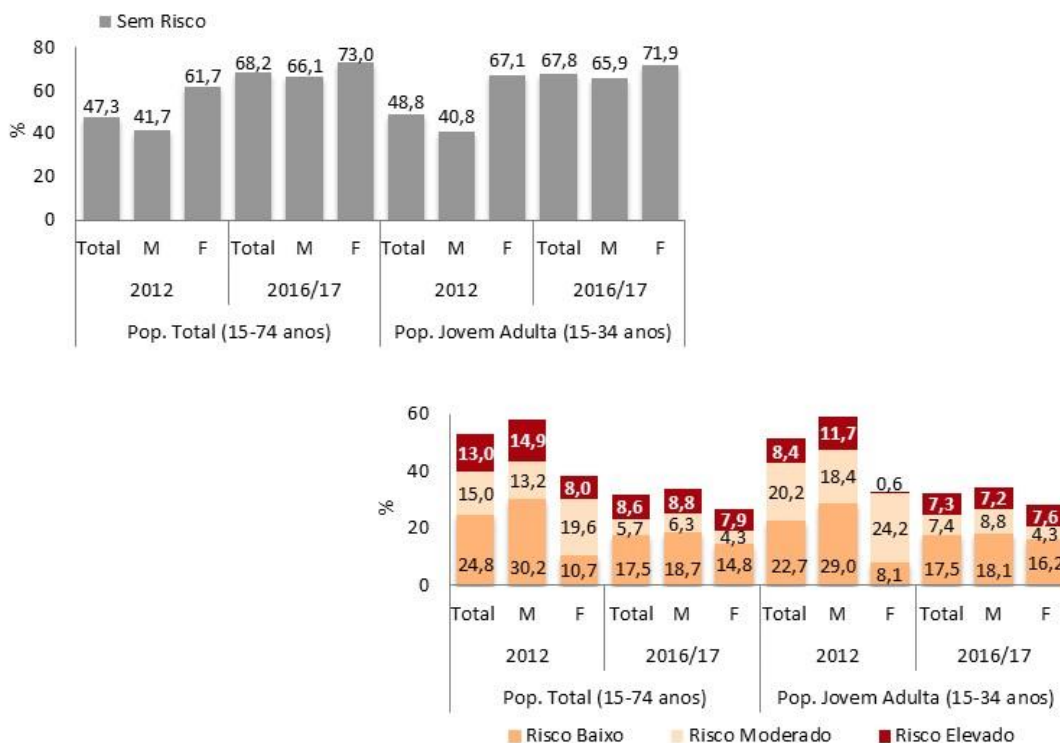
Cerca de 9% dos consumidores recentes de cannabis de 15-74 anos residentes em Portugal tinham, em 2016/17, um consumo considerado de risco elevado e 6% de risco moderado, sendo as proporções correspondentes nos consumidores de cannabis de 15-34 anos, de 7% e 7%.

Figura 10 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos

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

% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses

2012 / 2016-17



Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Entre 2012 e 2016/17 diminuíram as prevalências de consumo de risco moderado nos consumidores de cannabis de 15-74 anos (de 15% para 6%) e nos de 15-34 anos (de 20% para 7%), assim como as de risco elevado em ambos os grupos de consumidores (de 13% para 9% nos de 15-74 anos e de 8% para 7% nos de 15-34 anos).

Estes valores e tendências enquadram-se nos resultados do *Severity of Dependence Scales* (SDS), que também foi aplicado aos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses. De acordo com os resultados deste, em 2016/17, cerca de 0,8% da população de 15-74 anos residente em Portugal (19% dos consumidores recentes) apresentava sintomas de dependência do consumo de cannabis, sendo a percentagem correspondente na população jovem e jovem adulta de 1,4% (19% dos consumidores recentes). Estes valores foram um pouco superiores aos verificados em 2012 na população de 15-74 anos e na de 15-34 anos, embora diminuam quando se consideram essas prevalências nos respetivos grupos de consumidores recentes.

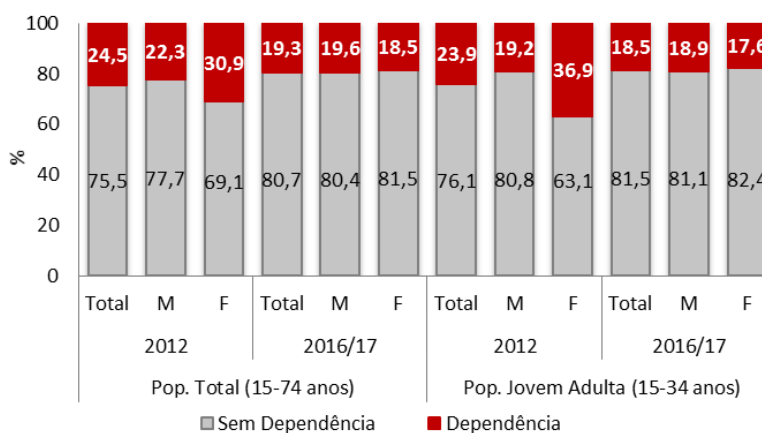
Figura 11 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos
 Avaliação da Dependência através do SDS* (Severity of Dependence Scales - Cannabis)
 % total de Inquiridos
 2012 / 2016-17



*Aplicado aos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses.

Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 12 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos
 Avaliação da Dependência através do SDS (Severity of Dependence Scales - Cannabis)
 % total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses
 2012 / 2016-17



Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

As proporções de dependência foram mais elevadas no grupo masculino (1,2% dos inquiridos) por comparação ao feminino (0,4%), apesar de serem muito idênticas nos respetivos grupos de consumidores (20% no masculino e 19% no feminino). Também são mais altas nos grupos etários decenais entre os 15 anos e os 44 anos, com o de 15-24 anos a apresentar uma prevalência ligeiramente superior (1,5%) aos grupos de 25-34 anos e 35-44 anos (1,3%).

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.

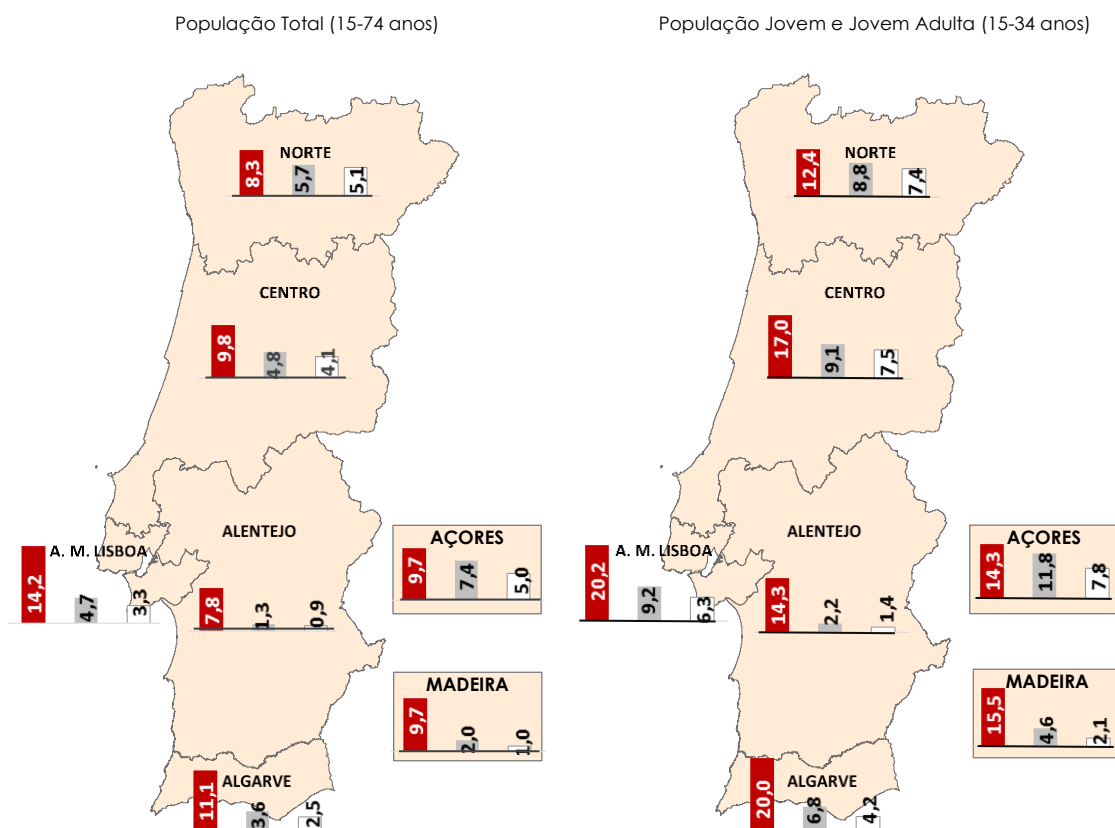
É de destacar destes resultados, o agravamento do consumo de cannabis, ao nível das prevalências de consumo recente e das frequências mais intensivas: mais pessoas a consumir e mais com padrões de consumo diário/quase diário, em que mais de três quintos dos consumidores teve consumos diários/quase diários nos últimos 12 meses. Embora mais ligeiro, há também um agravamento da dependência do consumo de cannabis na população, apesar de não se verificar um agravamento das proporções de dependência entre os consumidores recentes (cerca de um quinto com sintomas de dependência), reflexo do aumento do número de consumidores que não apresentam (ainda) estes sintomas. É de notar, a particularidade dos agravamentos no grupo feminino e nos 25-34 anos e 35-44 anos.

Para além deste panorama nacional, é de notar que persistem relevantes heterogeneidades regionais, que deverão ser consideradas com vista a uma maior adequação das intervenções loco-regionais. A título de exemplo, destacam-se algumas ao nível das prevalências de consumo.

A Região Autónoma dos Açores e o Norte foram as **regiões** (NUTS II) que apresentaram as prevalências de consumo recente e atual de *qualquer droga* mais elevadas na população de 15-74 anos, sendo que ao nível da população de 15-34 anos foram também estas regiões, a par do Centro e de Lisboa. Em contrapartida, o Alentejo foi a região com as menores prevalências de consumo recente e atual de *qualquer droga* na população de 15-74 anos e na de 15-34 anos.

Figura 13 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos

Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Região (NUTS II)* (%)
2016-17



Legenda:

■ - Prev. Longo da Vida ■ - Prev. últimos 12 meses □ - Prev. últimos 30 dias

*Segundo a classificação por NUTS de 2013.

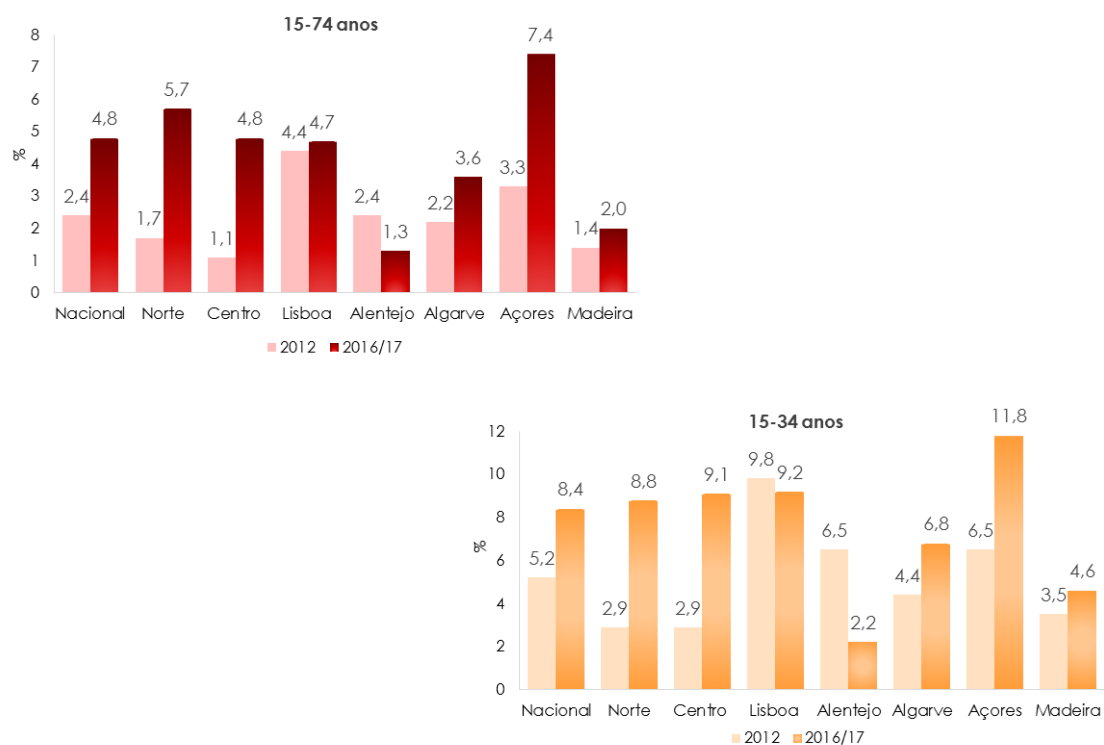
Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Uma vez que as prevalências de consumo de *qualquer droga* refletem sobretudo as de cannabis, importa aqui destacar alguns resultados sobre as outras substâncias, que apresentaram, em todas as regiões, prevalências de consumo recente e atual muito inferiores às de cannabis.

Em relação às duas outras substâncias com prevalências de consumo recente mais altas a nível nacional, a cocaína e o *ecstasy*, foram as regiões dos Açores (0,8% e 0,3% nos 15-74 anos e 1,5% e 0,4% nos 15-34 anos) e de Lisboa (0,5% e 0,2% nos 15-74 anos e 0,9% e 0,5% nos 15-34 anos) que apresentaram as prevalências de consumo recente mais altas, sendo de destacar também, no caso do *ecstasy*, a Madeira (0,3% nos 15-74 anos e 0,5% nos 15-34 anos). Por sua vez, o consumo recente de NSP é bem mais prevalente sobretudo nos Açores (3,6% na população de 15-74 anos e 6,1% na de 15-34 anos), mas também na Madeira (0,4% na população de 15-74 anos e 0,8% na de 15-34 anos), por comparação com as outras regiões.

O padrão nacional de evolução das prevalências de consumo recente entre 2012 e 2016/17 – subida das prevalências de consumo de cannabis e estabilidade ou descida da maioria das outras substâncias, quer na população total, como na de 15-34 anos -, manteve-se de um modo geral ao nível de quase todas as regiões. São de destacar entre as exceções, a descida da cannabis no Alentejo, os aumentos dos consumos de cocaína e de *ecstasy* nos Açores e Madeira, tendencialmente superiores nos 15-34 anos, e por último, as subidas das prevalências de consumo recente de NSP em várias regiões, em particular nos Açores, mas também na Madeira, Norte, Centro e Algarve, sendo de um modo geral mais acentuadas na população de 15-34 anos.

Figura 14 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos
Prevalências de Consumo de Qualquer Droga nos Últimos 12 Meses, por Região (NUTS II) (%)
2012 / 2016-17



Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

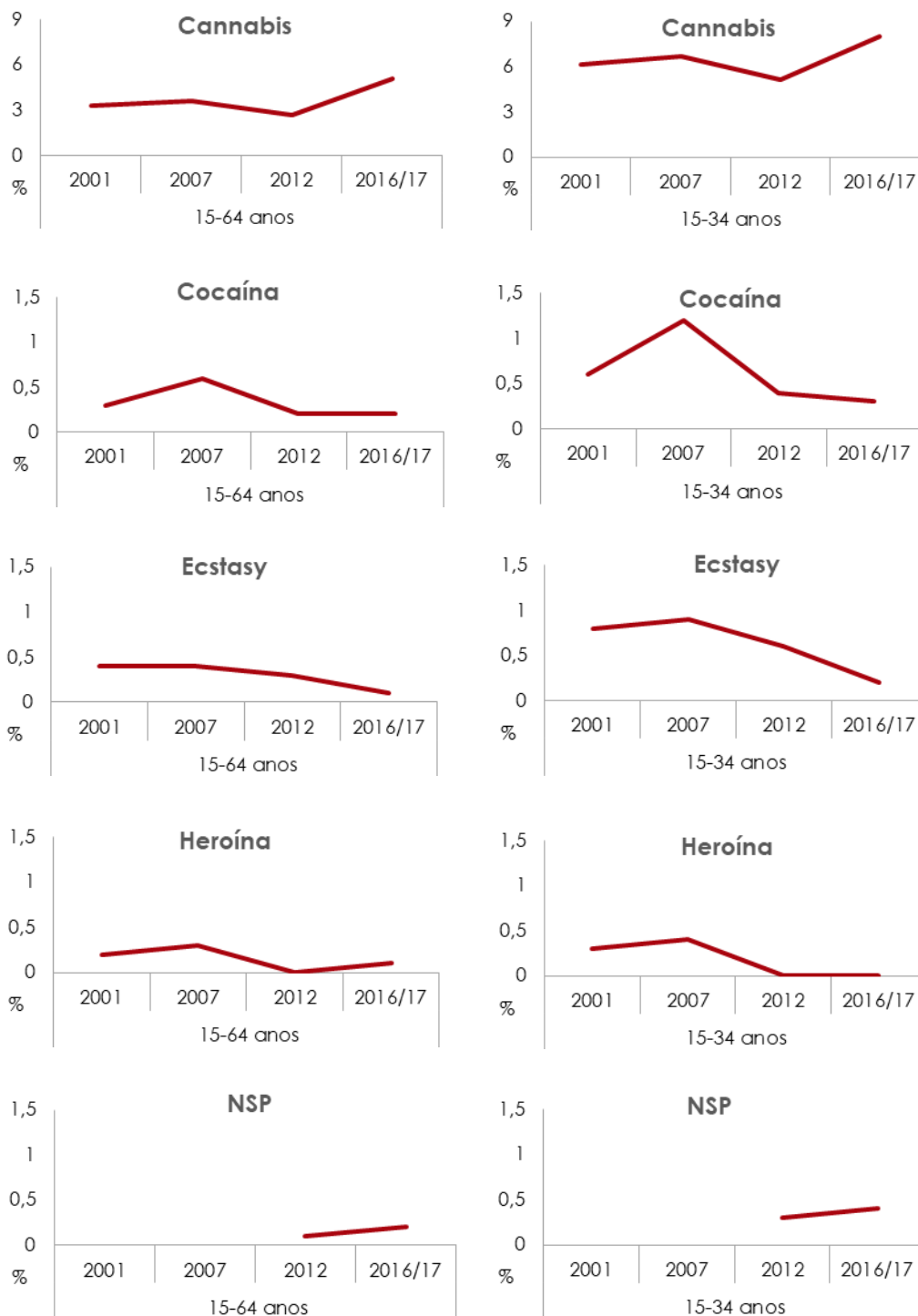
A título complementar, e em termos de evolução desde 2001 ao nível da população geral de 15-64 anos e de 15-34 anos, no que se reporta ao consumo recente é de assinalar o aumento

do consumo de cannabis em 2016/17, sendo que em relação à maioria das outras substâncias os consumos se mantiveram estáveis ou até registaram algumas descidas.

Figura 15- População Geral, Portugal – INPG: 15-64 anos e 15-34 anos

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

2001 / 2007 / 2012 / 2016-17



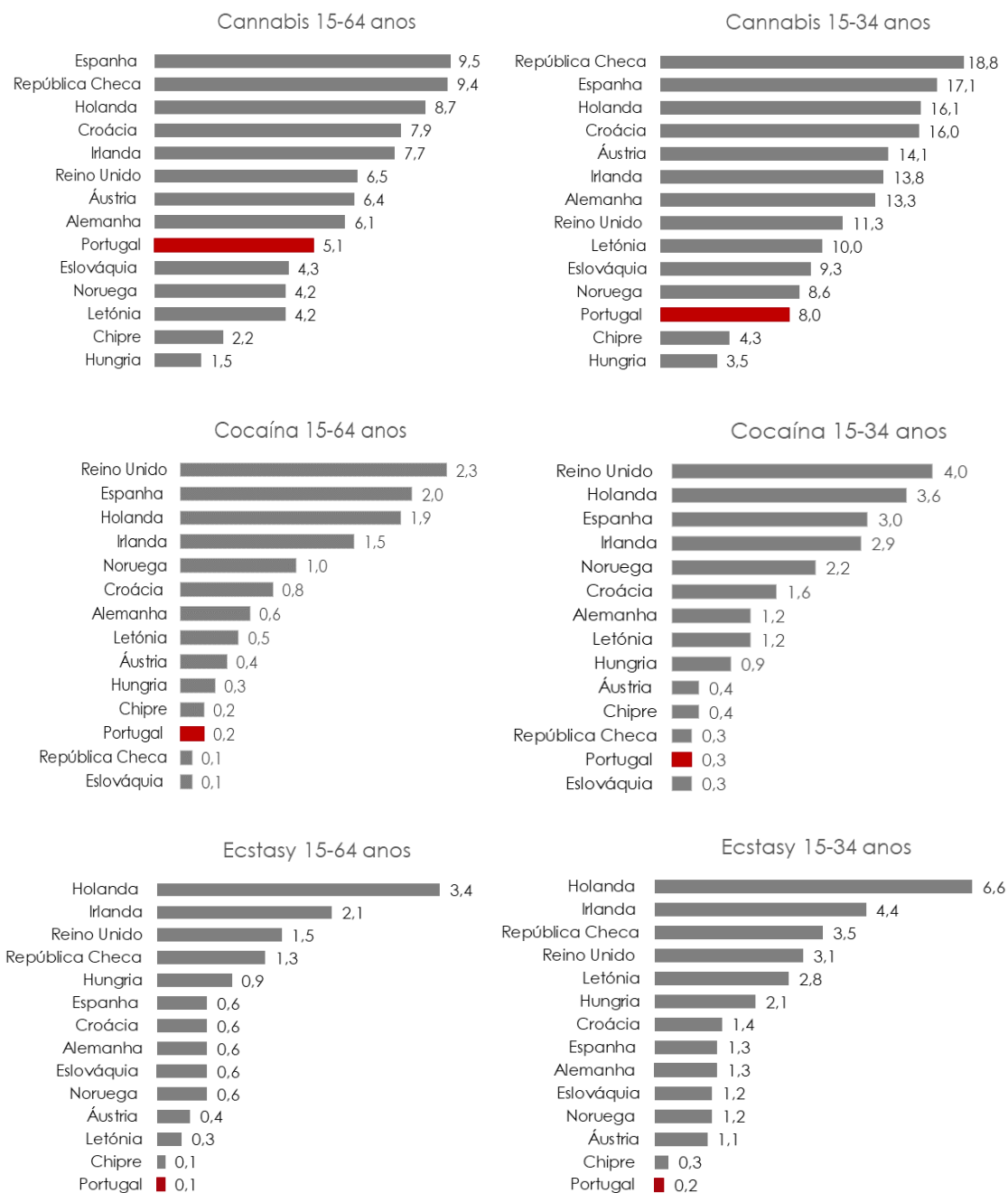
Fonte: Balsa *et al.*, 2014; Balsa *et al.*, 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Por último, é de assinalar que no conjunto de 14 países europeus com estudos na população geral realizados desde 2015, Portugal surge abaixo dos valores médios relativos às prevalências de consumo recente de cannabis, de cocaína e de ecstasy, as três substâncias ilícitas com

maiores prevalências de consumo recente em Portugal. É de notar que o posicionamento de Portugal no ranking destes países é mais favorável ao nível da população jovem e jovem adulta (15-34 anos), por comparação à população de 15-64 anos.

Figura 16- População Geral, Portugal – INPG: 15-64 anos e 15-34 anos

Prevalências de Consumo de Cannabis, Cocaína e de Ecstasy nos Últimos 12 Meses, em alguns países europeus* (%)
2015 / 2017



* Países com estudos na população realizados desde 2015. A maioria dos estudos reportam-se a 2015, com exceção do Chipre (2016) e de Portugal (2016/17). No caso da Alemanha e da Hungria, as faixas etárias das prevalências apresentadas referem-se aos 18-64 anos e 18-34 anos, e no caso da Noruega e do Reino Unido referem-se aos 16-64 anos e 16-34 anos.

Fonte: Balsa *et al.*, 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em 2016, foi realizada a 2.ª edição do inquérito anual *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*⁶, que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2016 (convocados para o Dia da Defesa Nacional).

Os resultados sobre as prevalências de consumo de *qualquer droga* enquadraram-se, de um modo geral, no padrão dos resultados do ano anterior e de outros estudos recentes em populações escolares da mesma idade, sendo no entanto de assinalar em relação aos alunos de 18 anos, algumas diferenças nos padrões de consumo.

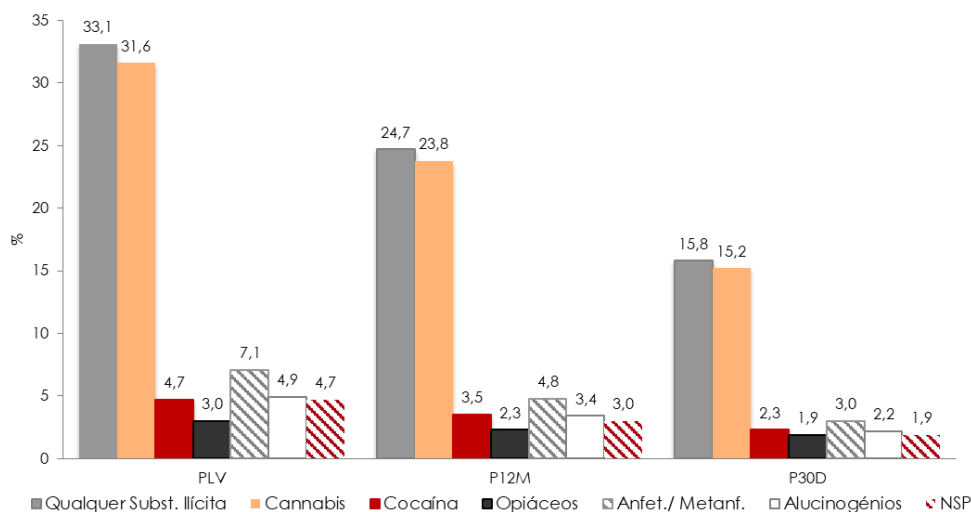
As prevalências de consumo de *qualquer droga* foram de 33% ao longo da vida, 25% nos últimos 12 meses e de 16% nos últimos 30 dias. A cannabis surgiu como a substância com maiores prevalências de consumo - 32% ao longo da vida, 24% nos últimos 12 meses e 15% nos últimos 30 dias. Ainda assim, 10%, 7% e 4% dos inquiridos consumiram outra substância ilícita que não cannabis, respetivamente ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias.

Entre estas outras substâncias ilícitas que não cannabis é de destacar, embora com valores muito inferiores, as anfetaminas/metanfetaminas (ecstasy incluído), com prevalências de consumo de 7% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 3% nos últimos 30 dias. Seguiram-se-lhe a cocaína, os alucinogénios e as novas substâncias psicoativas (NSP), com prevalências de consumo próximas – cerca de 5% ao longo da vida, 3%-4% nos últimos 12 meses e 2% nos últimos 30 dias.

São de referir ainda os tranquilizantes /sedativos não prescritos, com prevalências de consumo de 8%, 5% e de 3% ao longo da vida, nos últimos 12 meses e últimos 30 dias.

Figura 17 - População Geral, Portugal – DDN (18 anos)

Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias (%)
2016



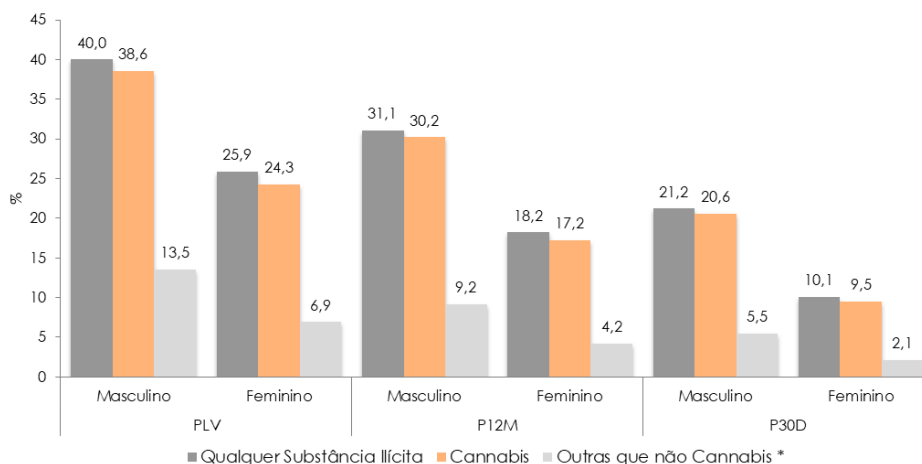
Fonte: Calado & Carapinha, 2017a / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

As prevalências de consumo de *qualquer droga* continuam a ser muito superiores no grupo masculino por comparação ao feminino, seja ao longo da vida (40% face a 26%), seja ao nível do consumo recente (31% face a 18%) e do consumo atual (21% face a 10%).

⁶ Calado & Carapinha, 2017a; Calado & Carapinha, 2017b; Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 81 207 jovens de 18 anos em 2016 e 70 646 em 2015.

Figura 18 - População Geral, Portugal – DDN (18 anos)

Prevalências de Consumo de *qualquer substância ilícita*, de *cannabis* e de *outras drogas que não cannabis**, por Sexo: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias (%)
2016



* Podendo ou não ter consumido também cannabis.

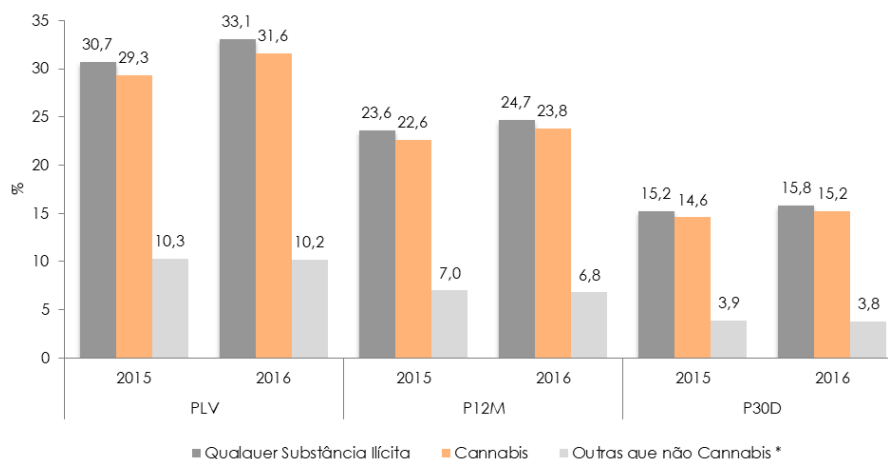
Fonte: Carapinha & Calado, 2016; Calado & Carapinha, 2017a / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em relação à frequência dos consumos e apesar das variações em função da substância, de um modo geral, os consumos continuam a ser tendencialmente mais ocasionais. No que se refere ao consumo recente de cannabis, a substância com maiores prevalências de consumo, tal como em 2015, um pouco mais de metade dos consumidores declarou, ou ter consumido apenas 1 a 2 ocasiões (28%) ou 40 ou mais ocasiões (27%) nos últimos 12 meses. É ainda de notar quanto ao consumo atual que, cerca de 5% dos inquiridos - 31% dos consumidores atuais - declarou ter um consumo diário/quase diário (20 ou mais ocasiões) nos últimos 30 dias, tendo sido estas proporções em 2015 de 4% e 30% respetivamente.

As prevalências de consumo de *qualquer droga* são próximas às registadas em 2015, resultando as pequenas diferenças de um ligeiro aumento do consumo de cannabis, mantendo-se praticamente iguais as prevalências de consumo de *outras drogas que não cannabis*.

Figura 19 - População Geral, Portugal – DDN (18 anos)

Prevalências de consumo de *qualquer substância ilícita*, de *cannabis* e de *outras drogas que não cannabis** Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias
2015 / 2016



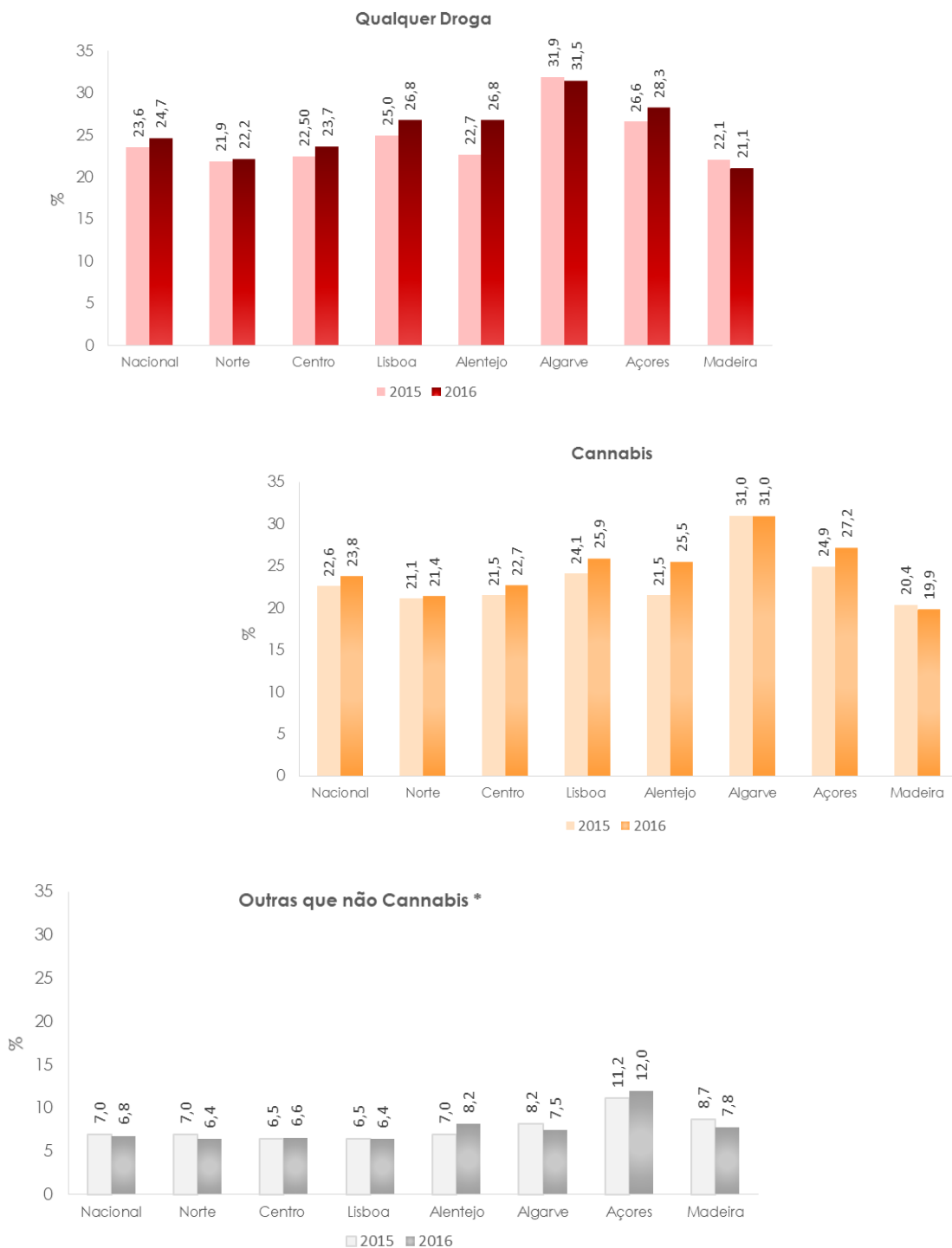
* Podendo ou não ter consumido também cannabis.

Fonte: Carapinha & Calado, 2016; Calado & Carapinha, 2017a / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Tal como em 2015, mantêm-se as significativas heterogeneidades regionais - de destacar, os consumos mais elevados de cannabis no Algarve, e os consumos de outras substâncias que não cannabis (consideradas individualmente e no seu conjunto) nos Açores -, que importa continuar a monitorizar com vista a uma maior adequação das intervenções loco-regionais.

Figura 20 - População Geral, Portugal – DDN (18 anos)

Prevalências de Consumo de *qualquer substância ilícita*, de cannabis e de *outras drogas que não cannabis**, por Região**:
Últimos 12 Meses (%)
2015 / 2016



* Podendo ou não ter consumido também cannabis.

** No continente é considerada a organização territorial das Administrações Regionais de Saúde.

Fonte: Carapinha & Calado, 2016; Calado & Carapinha, 2017a; Calado & Carapinha, 2017b / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI.

É de notar ainda que, apesar dos resultados deste estudo sobre as prevalências de consumo de *qualquer droga* se enquadrarem, de um modo geral, no padrão dos resultados de outros estudos recentes em populações escolares da mesma idade, verificam-se algumas diferenças nos padrões de consumo. A título de exemplo e por comparação aos alunos de 18 anos (ECATD-CAD 2015), constata-se uma maior frequência do consumo de cannabis na população geral de 18 anos, em que 5% dos inquiridos/31% dos consumidores atuais de cannabis declaram ter um consumo diário/quase diário nos últimos 30 dias, sendo estas, nos alunos de 18 anos, de 2%/15%. Por outro lado, registam-se também maiores prevalências de consumo de outras substâncias ilícitas que não cannabis, o que pode ter a ver com o facto da cobertura geográfica deste estudo incluir as Regiões Autónomas, onde se verificaram prevalências mais elevadas destes consumos.

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 respeitam ao ano 2016⁸, e as anteriores a 2012⁹, 2005 e 2000¹⁰.

Em 2016 recorreu-se à aplicação de métodos indiretos de estimação para definições de caso distintas - consumidores recentes de opiáceos, 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 *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*.

Quadro 1 - Estimativas do Número de Consumidores Problemáticos/de Alto Risco e Taxas por Mil Habitantes, segundo a Definição de Caso e Método

2015 e 2016-17

		N.º de Consumidores	Taxas por mil habitantes (15-64 anos)
População 15-64 anos - Portugal Continental (2015)			
Consumidores de opiáceos nos últimos 12 meses	Captura - Recaptura (2015)	33 290	5,2
		24 070 - 48 565	3,8 - 7,6
Consumidores de cocaína nos últimos 12 meses	Captura - Recaptura (2015)	62 570	9,8
		40 911 - 96 823	6,4 - 15,2
Consumidores de drogas por via endovenosa nos últimos 12 meses	Captura - Recaptura (2015)	13 162	2,1
		6 416 - 28 497	1,0 - 4,5
População 15-64 anos - Portugal (2016/17)			
Consumidores de alto risco de cannabis nos últimos 12 meses	Método Direto (INPG, 2016/17)	Consumo frequente (≥ 4 vezes por semana)	
		214 097	32,2
		187 335 - 240 859	28,0 - 36,4
		Consumo de risco moderado e elevado (CAST)	
		48 172	7,2
		34 791 - 61 553	5,2 - 9,2
		Dependência (SDS)	
		60 215	9,0
		44 827 - 75 603	6,7 - 11,3

Fonte: SICAD, 2017a; SICAD, 2017b; SICAD, 2017c; SICAD, 2017d / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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 SICAD, 2017a; SICAD, 2017b; SICAD, 2017c; SICAD, 2017d.

⁹ Ribeiro *et al.*, 2014; Carapinha *et al.*, 2014.

¹⁰ Negreiros *et al.*, 2009.

As estimativas de 2015 apontaram, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 9,8 ‰ (IC 6,4 – 15,2) para os consumidores recentes de cocaína (17,7 nos homens e 2,1 nas mulheres), e de 5,2‰ (IC 3,8 – 7,6) para os consumidores recentes de opiáceos (9,0 nos homens e 0,4 nas mulheres). O cálculo destas estimativas foi diferente do utilizado em 2012¹¹, não sendo por isso possível a sua comparabilidade direta.

Para os consumidores recentes de drogas por via endovenosa, a estimativa apontou para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos de 2,1 ‰ (IC 1,0 – 4,5), sendo de 4,0‰ nos homens e de 0,2‰ nas mulheres. Apesar de não ser possível a sua comparabilidade direta com as estimativas realizadas em 2015, é de notar, a título indicativo, caso fosse aplicado em 2015 o método de 2012, as taxas de 2015 eram tendencialmente inferiores às de 2012.

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 2016/17, os resultados das 3 estimativas realizadas consoante se considere a frequência do consumo, o risco moderado e elevado (CAST), ou a dependência (SDS), apontaram para taxas por mil habitantes de 15-64 anos na ordem dos 32,2‰ (42,9 nos homens e 22,0 nas mulheres), 7,2‰ (11,0 nos homens e 3,7 nas mulheres) e 9,0‰ (12,9 nos homens e 5,2 nas mulheres), representando um aumento em relação a 2012 (7,0‰ para as três estimativas). É de notar que a superioridade da estimativa baseada na frequência dos consumos pode estar relacionada com o facto de, estes consumos mais frequentes não serem (ainda) determinantes da perceção da existência de problemas atribuídos a esse consumo, e apenas uma parte desses consumidores identificar problemas a eles associados, sendo que muito poucos declaram ter procurado, na sua vida, ajuda especializada relativamente a estes consumos.

De um modo geral, as estimativas obtidas em 2015 e 2016/17 estão em consonância com as tendências identificadas neste período temporal ao 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 2014¹² -, 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%)¹³, 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%).

¹¹ Na sequência dos trabalhos no âmbito do grupo de especialistas deste indicador chave do OEDT.

¹² 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), tendo sido uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia. Embora estivesse prevista a sua replicação até 2017, tal não se concretizou.

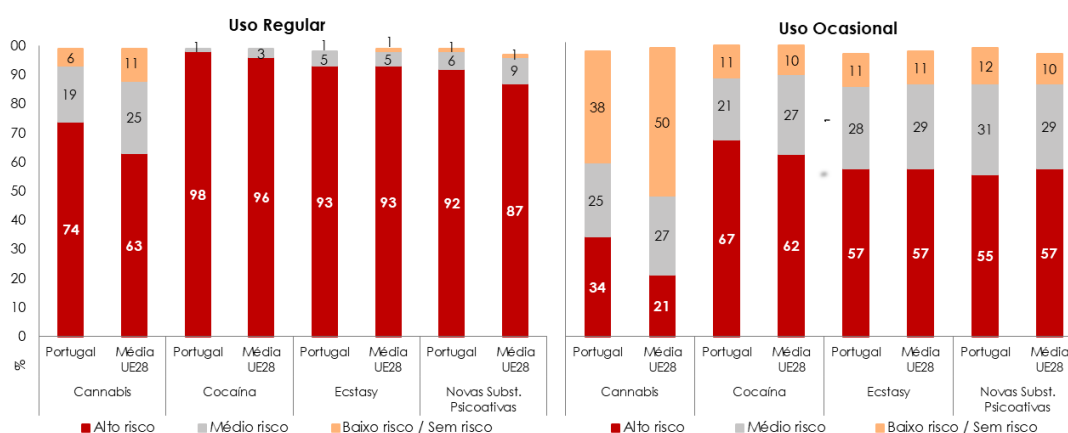
¹³ Não existem dados para as novas substâncias psicoativas no estudo de 2011.

Figura 21 - População Jovem – Eurobarómetro (15-24 anos)

Perceção 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

Comparando com as médias europeias, constatou-se que as percepções dos jovens portugueses de 15-24 anos, de um modo geral eram próximas das médias europeias, com exceção para a cannabis, em que se verificou uma maior atribuição de *risco elevado* para a saúde por parte dos jovens portugueses, tanto em relação ao consumo ocasional como regular.

A evolução destas percepções entre 2011 e 2014 evidenciou, 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.

Contexto Populações Escolares

Nas populações escolares, e considerando o período 2013-2016, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹⁴ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹⁵ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD¹⁶ (alunos dos 13 aos 18 anos).

Os estudos realizados entre **1995 e 2003** - o *ESPAD* em 1995, 1999 e 2003, o *HBSC/OMS* em 1998 e 2002, o *INME*¹⁷ em 2001, e, o *ECATD* em 2003 -, evidenciaram, de um modo geral, um aumento generalizado dos consumos durante esse período. Posteriormente, os estudos de **2006 e 2007** - *HBSC/OMS* e do *INME* em 2006 e o *ESPAD* e o *ECATD* em 2007 - mostraram, de forma consistente, descidas das prevalências dos consumos. 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 alguns aumentos dos consumos, em particular da cannabis, mas também de outras drogas como o LSD e as anfetaminas. Apesar das oscilações quadrienais em termos de variação

¹⁴ Matos et al., 2015. 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.

¹⁵ ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹⁶ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (gaming e gambling), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

¹⁷ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 e 2011. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

das prevalências de consumo, constatou-se que, no final da primeira década do milénio, as prevalências de consumo das várias substâncias eram, de um modo geral, muito próximas às do início do milénio. Todos estes estudos apresentaram prevalências de consumo de cannabis bem mais elevadas que as das outras drogas.

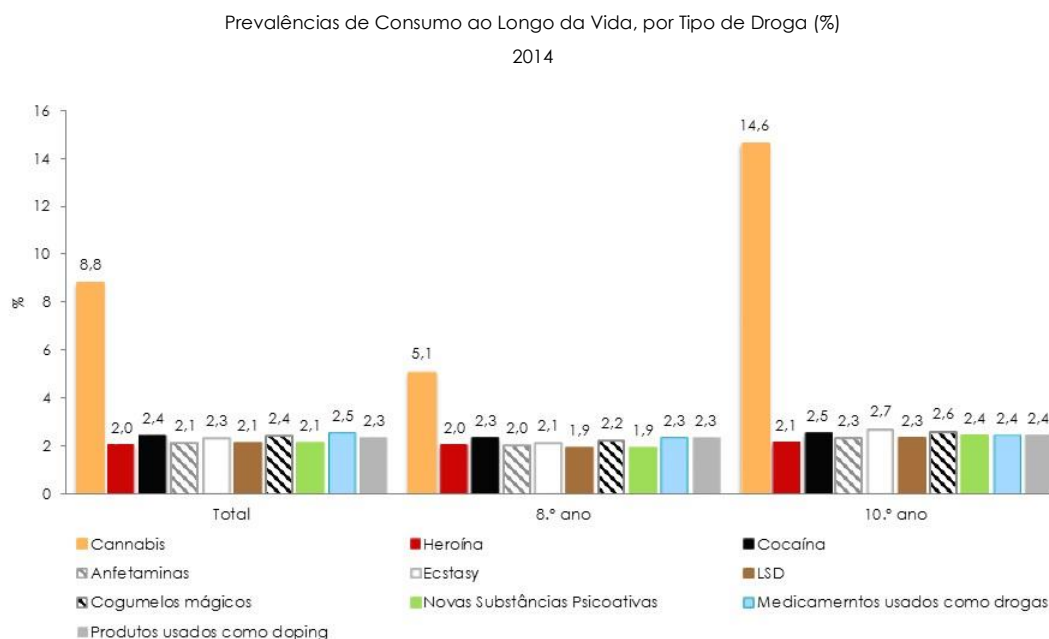
Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2014** e **2015** nas populações escolares - o **HBSC/OMS** em 2014, e o **ESPAD** e o **ECATD-CAD** em 2015 - evidenciaram uma tendência de descida dos consumos por comparação a 2010 e 2011, ao nível da grande maioria das substâncias e grupos etários.

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 continuava 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 *smartdrugs* (2,1%). 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).

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.

Figura 22 - População Escolar – HBSC/OMS (alunos do 8.º / 10.º ano)



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

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

¹⁸ Exceto solventes (benzinas) ou colas.

¹⁹ Com resultados divulgados nos Relatórios dos estudos.

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 ligeira subida da prevalência de consumo de cocaína (de 1,7% para 2,5%).

No *ECATD-CAD 2015*, as prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* variaram entre cerca de 3% (13 anos) e 35% (18 anos). A cannabis destacou-se com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida em todas as idades (entre 2% nos 13 anos e 34% nos 18 anos), seguindo-se-lhe a cocaína nos mais novos e o ecstasy nos mais velhos, apresentando o grupo de 16 anos prevalências de consumo idênticas para estas duas substâncias.

As prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* e de cannabis variaram na razão direta das idades, ocorrendo o mesmo, de um modo geral, para a maioria das outras drogas.

Entre 2011 e 2015 registou-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* em todas as idades, exceto nos mais velhos (estabilidade nos 17 anos e subida nos 18 anos). De um modo geral, ocorreram descidas das prevalências de consumo em todas as idades para a maioria das drogas consideradas, salvo raras exceções, como a cannabis e o ecstasy a nível dos mais velhos (em particular os de 18 anos).

Figura 23 - População Escolar – ECATD-CAD (alunos de 13-18 anos)

Prevalências de Consumo de *Qualquer Droga* ao Longo da Vida (%)
2007 / 2011 / 2015



Fonte: Feijão, 2009; Feijão et al., 2012; Feijão, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

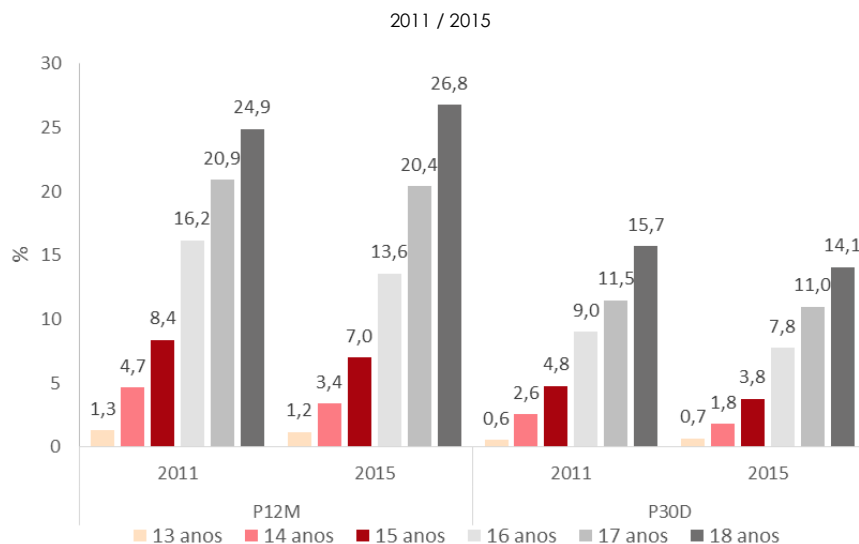
Em 2015, as prevalências de consumo de *qualquer droga* nos últimos 12 meses variaram entre 2% (13 anos) e 27% (18 anos).

As prevalências de consumo de cannabis nos últimos 12 meses variaram entre 1% (13 anos) e 27% (18 anos) e as nos últimos 30 dias entre 0,7% (13 anos) e 14% (18 anos). Com valores muito inferiores, as prevalências de consumo recente de ecstasy variaram entre 0,5% (14 anos) e 2% (16, 17 e 18 anos) e as de consumo atual entre 0,3% (14 e 15 anos) e 1% (16, 17 e 18 anos).

De um modo geral, entre 2011 e 2015 verificou-se uma diminuição dos consumos recentes e atuais de cannabis em quase todas as idades, sendo de destacar entre as exceções, o consumo recente nos alunos de 18 anos, que registou um ligeiro aumento.

Figura 24 - População Escolar – ECATD-CAD (alunos de 13-18 anos)

Prevalências de Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses e nos Últimos 30 Dias (%)



Fonte: Feijão, 2009; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em relação à frequência dos consumos atuais, estes eram tendencialmente ocasionais, com a maioria dos consumidores atuais de cannabis a declarar que consumiu 1 a 5 ocasiões nos últimos 30 dias. É de notar no entanto que, cerca de 2% dos inquiridos de 18 anos (15% dos consumidores atuais de cannabis dessa idade) declarou ter um consumo diário/quase diário (20 ou mais ocasiões).

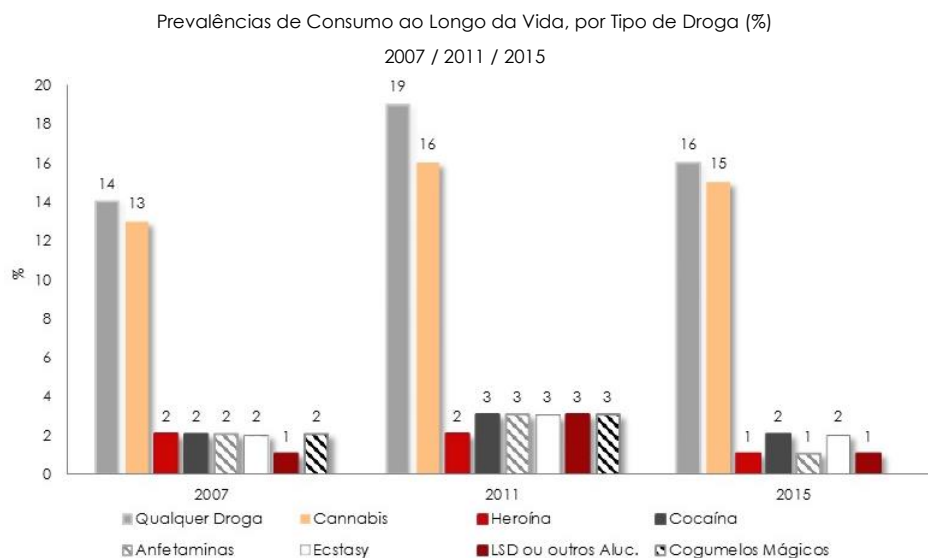
Tal como nos anos anteriores, de um modo geral, os consumos de substâncias ilícitas foram mais expressivos nos rapazes por comparação às raparigas em todas as idades, sendo estas diferenças mais evidentes entre os mais velhos.

São de referir ainda as prevalências de consumo ao longo da vida de outras substâncias, nomeadamente NSP e medicamentos: as de NSP variaram entre os 0,6% (13 anos) e os 2% (18 anos); as de tranquilizantes/sedativos sem receita médica variaram entre os 2% (13 anos) e os 6% (17 e 18 anos), e com receita médica entre os 7% (13 anos) e os 17% (18 anos); as de *painkillers* e as de esteroides anabolizantes foram iguais ou inferiores a 1% em todas as idades.

No **ESPAD 2015**, uma vez mais a cannabis apresentou a maior prevalência de consumo ao longo da vida (15%), com um valor próximo à de *qualquer droga* (16%). A prevalência de consumo de outras substâncias ilícitas que não cannabis foi de 4%, variando as de cada uma dessas várias substâncias entre 1% e 2% (esta, só no caso da cocaína e do ecstasy). Estas prevalências foram um pouco inferiores às médias europeias (*qualquer droga*: 18%; *cannabis*: 16%; *outras que não cannabis*: 5%).

Entre 2011 e 2015 desceu a prevalência de consumo ao longo da vida de *qualquer droga*, de 19% para 16%, mantendo-se ligeiramente superior à registada em 2007 (14%), mas inferior à de 2003 (18%). Em 2015 registaram-se descidas das prevalências de consumo ao longo da vida das várias drogas consideradas.

Figura 25 - População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos)



Fonte: Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012; ESPAD Group, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

As prevalências do consumo recente e atual de cannabis também diminuíram ligeiramente entre 2011 e 2015 (respetivamente de 16% para 13% e de 9% para 8%), sendo essa diminuição mais expressiva no grupo masculino (de 18% para 14% e de 11% para 8%), do que no feminino (de 14% para 12% e de 8% para 8%).

Figura 26 - População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos)

Prevalências de Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Sexo (%)

2011 / 2015

Portugal e médias europeias

Prevalências nos Últimos 12 Meses						
	Masculino		Feminino		Total	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Portugal	16	13	18	14	14	12
Média Europeia	13	13	15	15	11	11

Prevalências nos Últimos 30 Dias						
	Masculino		Feminino		Total	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Portugal	9	8	11	8	8	8
Média Europeia	7	7	8	8	5	5

Fonte: Hibell et al., 2012; ESPAD Group, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

É ainda de notar quanto ao consumo atual que, cerca de 1% dos inquiridos declarou ter um consumo diário/quase diário (20 ou mais ocasiões) de cannabis, valor igual ao registado em 2011.

As prevalências de consumo recente e atual de cannabis (13% e 8%) foram próximas às médias europeias (13% e 7%), com prevalências tendencialmente inferiores ou iguais no grupo masculino português e superiores no grupo feminino. Esta aproximação às médias europeias já se tinha verificado em 2011, contrariamente ao sucedido em 2007, em que foram inferiores.

Quanto ao consumo de NSP, a prevalência de consumo ao longo da vida entre os alunos portugueses de 16 anos foi de 1%, muito inferior à média europeia (4%). A prevalência de consumo ao longo da vida de tranquilizantes/sedativos sem receita médica foi de 5% e a de esteroides anabolizantes inferior a 1%, ambas um pouco inferiores às médias europeias (6% e 2%).

É de referir ainda que, cerca de 3% destes alunos experimentaram cannabis em idades iguais ou inferiores a 13 anos, proporção idêntica à média europeia.

Os resultados do ESPAD evidenciaram uma diminuição do risco percebido associado ao consumo de drogas entre 2011 e 2015. No que se refere à cannabis, a droga com maiores prevalências de consumo, em 2015, 78% dos alunos referiram ser de *grande risco* o seu consumo regular, 43% o seu consumo ocasional e 30% o *experimentar uma ou duas vezes* (79%, 48% e 34% em 2011). No caso do *ecstasy* e das anfetaminas, 76% declararam ser de *grande risco* o seu consumo regular e 35% o *experimentar uma ou duas vezes* (respetivamente 78% e 38%, e 78% e 39%, em 2011).

De um modo geral, em 2015, comparativamente às médias europeias, os alunos portugueses percecionavam como de maior risco o consumo regular de cannabis, de *ecstasy* e de anfetaminas (as médias europeias de atribuição de *grande risco* foram de 65%, 71% e 71%), assim como o *experimentar uma ou duas vezes* (as médias europeias de atribuição de *grande risco* foram de 28%, 33% e 36%, para a cannabis, *ecstasy* e anfetaminas).

As tendências positivas evidenciadas nos estudos recentes realizados em populações escolares tornam-se ainda mais relevantes se considerarmos o crescente dinamismo dos mercados de substâncias ilícitas à escala global.

Contexto População Reclusa

Ao nível da população reclusa, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*²⁰, um estudo periódico antes 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.

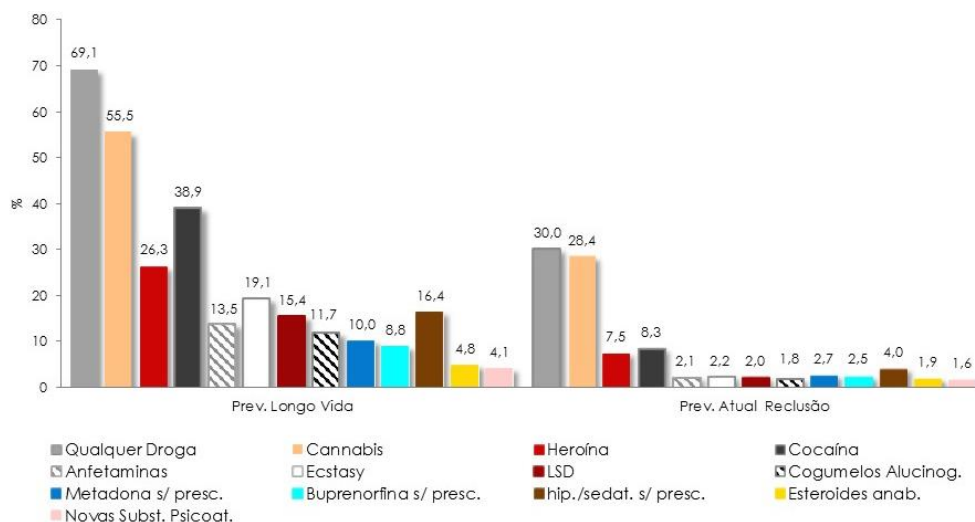
Tal como nos estudos anteriores, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo em 2014, quer alguma vez na vida (56%), quer durante a atual reclusão (28%). Seguiu-se-lhe, o consumo de cocaínas (39% alguma vez na vida e 8% durante a atual reclusão) e de heroína (26%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

²⁰ Torres *et al.*, 2015.

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

Figura 27 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

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

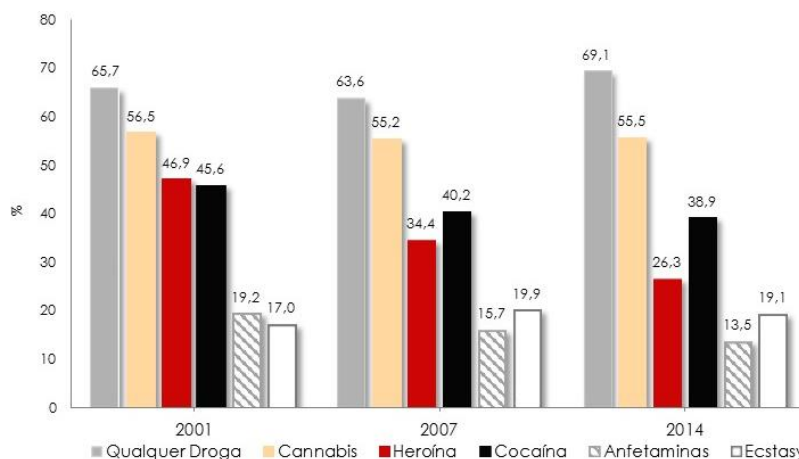
Todas as outras substâncias registaram prevalências de consumo inferiores. Com prevalências de consumo ao longo da vida entre os 10% e os 20%, surgiram o ecstasy, os hipnóticos/sedativos sem receita médica, o LSD, as anfetaminas e os cogumelos alucinogénios. Na atual reclusão é de destacar o consumo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

O consumo de NSP - *novas substâncias psicoativas* – registou prevalências de consumo (4% alguma vez na vida e 2% durante a atual reclusão) ligeiramente inferiores às de consumo de esteroides anabolizantes (5% alguma vez na vida e 2% 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 28 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

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

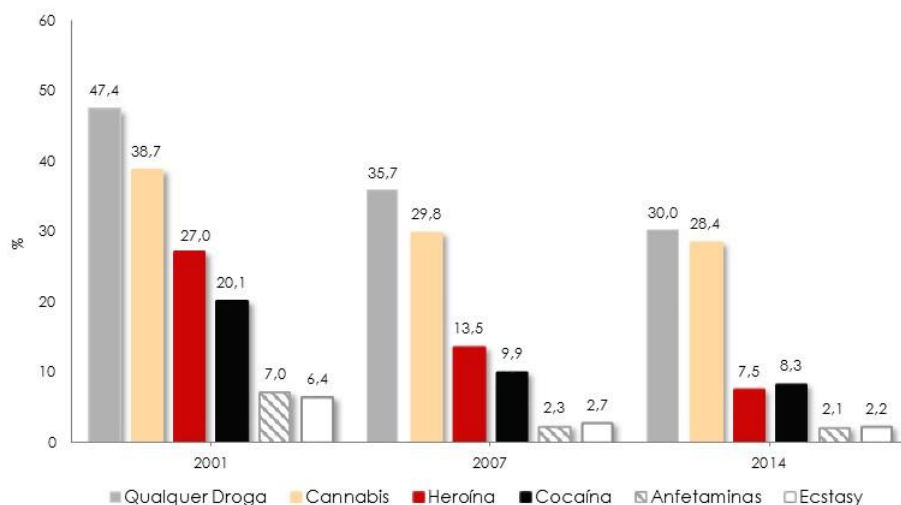


* São necessárias cautelas na comparação das prevalências de consumo de *qualquer droga* entre os anos, uma vez que em 2014 foi alargado o leque das substâncias psicoativas especificadas no questionário (de 7 em 2007 e 2001, para 18 em 2014).

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

Figura 29 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

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

Nos últimos 12 meses na atual reclusão, a prevalência de consumo de *qualquer droga* foi de 26%. Predominava o consumo de cannabis (24%), seguindo-se-lhe com prevalências muito inferiores o de cocaínas (6%), o de heroína (5%) e o de hipnóticos/sedativos sem receita médica (4%). Todas as outras substâncias registaram prevalências de consumo inferiores a 3%.

Como expectável, as prevalências de consumo atual foram ligeiramente inferiores às dos últimos 12 meses durante a atual reclusão, não existindo 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 (10% e 2% dos inquiridos).

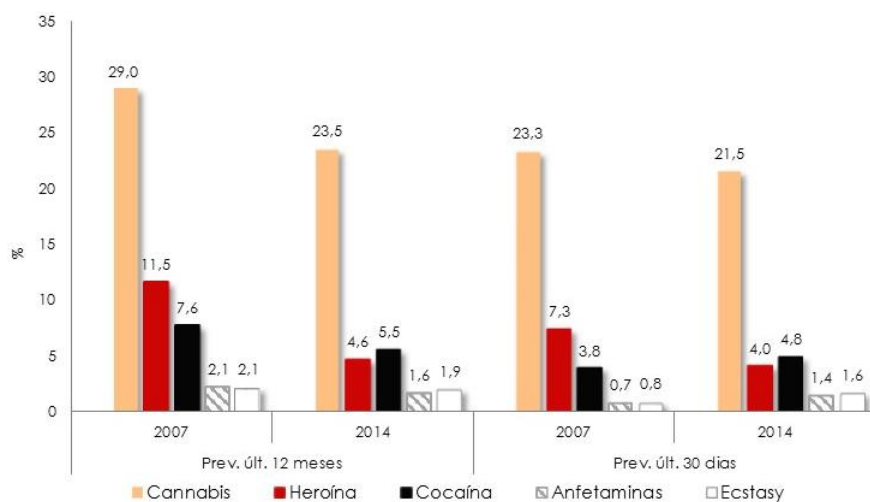
Entre 2007 e 2014 constatou-se uma diminuição das prevalências de consumo recente, para as substâncias comparáveis entre os dois estudos, sendo de destacar uma vez mais a descida do consumo de heroína.

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

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

Figura 30 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

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

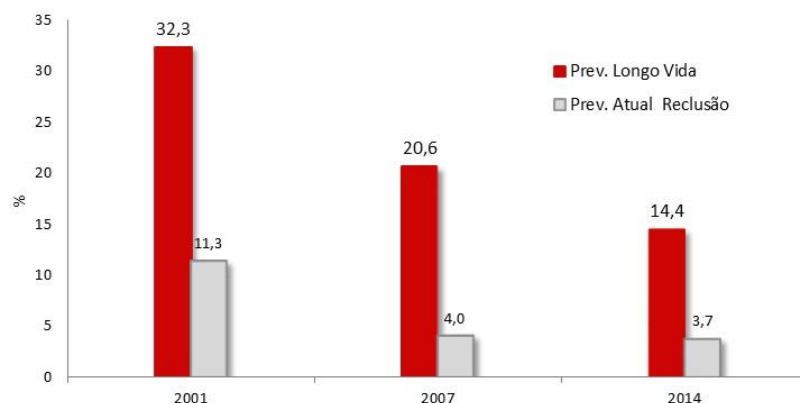
Em relação ao consumo de droga injetada, em 2014, cerca de 14% dos reclusos inquiridos declararam já ter tido esta prática alguma vez ao longo da sua vida, 6% alguma vez em contexto de reclusão – nesta e/ou anteriores reclusões –, e 4% durante a atual reclusão. Menos de 1% declarou tê-lo feito nos últimos 30 dias na atual reclusão (0,7% dos inquiridos e 0,9% dos consumidores). Entre as substâncias com mais consumo injetado durante a atual reclusão encontram-se as cocaínas, a heroína e os esteroides anabolizantes (10%, 11% e 18% dos consumidores de cada uma destas substâncias).

Verificou-se uma redução desta prática entre 2007 e 2014, em particular nas prevalências de consumo ao longo da vida, consolidando a acentuada quebra registada entre 2001 e 2007.

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

Figura 31 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

Prevalências de Consumo de Droga Injetada ao Longo da Vida e na Atual Reclusão (%)
2001 / 2007 / 2014



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

De um modo geral, persiste a tendência de prevalências de consumo mais elevadas no grupo masculino e nos 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 também face a 2007 um envelhecimento dos injetores, com uma importante redução desta prática entre os mais jovens (grupos dos 16-25 anos e 26-35 anos).

Contexto População Internada em Centros Educativos²³

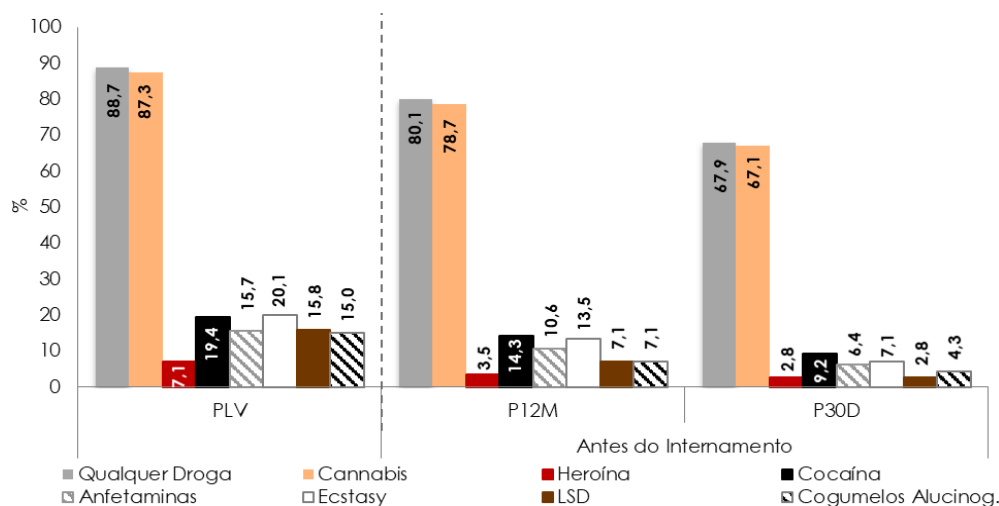
Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*²⁴.

Os jovens internados nos Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de substâncias ilícitas e padrões de consumo nocivo superiores às de outras populações juvenis.

A grande maioria (89%) dos inquiridos já tinha consumido substâncias ilícitas ao longo da vida (antes e/ou após o início do internamento), e 80% e 68% fizeram-no nos últimos 12 meses e últimos 30 dias antes do internamento. É de notar a importante redução dos consumos com o início do internamento²⁵ (34% e 19% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias), e ainda mais quando se restringe ao Centro Educativo (22% e 13% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias).

Independentemente do período temporal, a cannabis era a substância com maiores prevalências de consumo. Com prevalências muito inferiores, seguiram-se-lhe, a nível dos consumos recentes e atuais antes do internamento, as cocaínas²⁶, o ecstasy e as anfetaminas.

Figura 32 - População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos)
Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida*, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias Antes do Internamento (%)
2015



* antes e/ou após o início do internamento.

Fonte: Carapinha et al., 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

²³ O contexto tutelar encontra-se na charneira dos contextos escolar e prisional - identificados como prioritários para a intervenção no PNRCAD 2013-2020 -, ao abranger jovens a cumprir uma medida de internamento devido a crimes, tendo, simultaneamente, uma forte componente pedagógica.

²⁴ Carapinha et al., 2016. Este inquérito foi aplicado à população de jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015, tendo participado 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, maioritariamente entre os 16 e os 18 anos (média e mediana - 17 anos).

²⁵ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

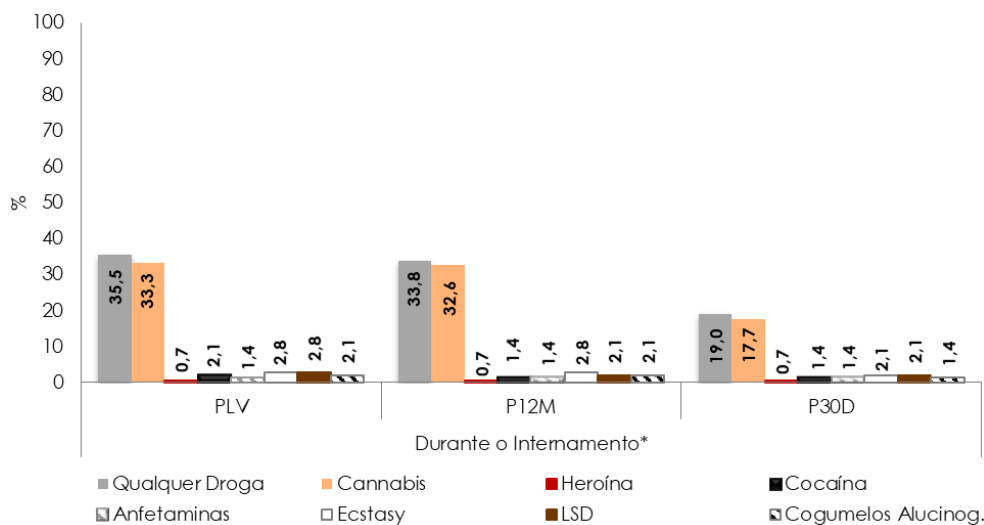
²⁶ Inclui o cloridrato de cocaína, a base/crack e outras cocaínas.

Cerca de 4% destes jovens já tinham consumido hipnóticos/sedativos não prescritos ao longo da vida, 2% fizeram-no nos últimos 12 meses e 1% nos últimos 30 dias antes do internamento. Estes consumos são nulos após o início do internamento. O consumo de esteroides anabolizantes é residual, com uma prevalência de consumo ao longo da vida de 1%.

Ao nível dos consumos recentes e atuais após o início do atual internamento, seguiram-se à cannabis, com prevalências residuais, o ecstasy e o LSD.

Figura 33 - População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos)

Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias Durante o Internamento* (%)
2015



* Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

Fonte: Carapinha et al., 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em relação a padrões de consumo de risco acrescido, 46% dos jovens tinha, nos 30 dias antes do internamento, um consumo diário/quase diário de cannabis (passando para 5% após o início do internamento). Por outro lado, 4% destes jovens já tinham injetado algumas das substâncias elencadas sem ser para fins médicos. Quanto ao policonsumo, 52% dos inquiridos (59% dos que já consumiram substâncias ilícitas) declararam que, habitualmente (sem referência a um período temporal específico), consumiam numa mesma ocasião, uma substância ilícita com pelo menos outra substância psicoativa (lícita ou ilícita).

A análise por sexo e grupo etário evidenciou prevalências de consumo recente tendencialmente mais elevadas no grupo feminino e nos mais velhos²⁷.

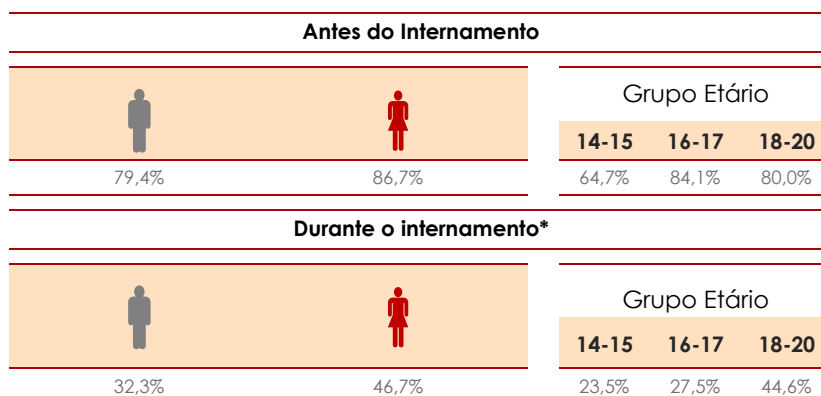
²⁷ É de notar que, neste estudo, o grupo feminino representa 11% dos participantes e é tendencialmente mais velho que o grupo masculino.

Figura 34 - População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos)

Prevalências de Consumo (Qualquer Droga) nos Últimos 12 Meses por Sexo e Grupo Etário (%)

Antes do Internamento e Durante o Internamento*

2015



* Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

Fonte: Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

É de referir ainda que no **contexto rodoviário**, no ciclo estratégico 2005-2012 foi realizado pela primeira vez em Portugal um estudo epidemiológico sobre as prevalências 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*)²⁸. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009 e o estudo foi concluído em 2011²⁹. 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, importando a replicação do estudo nacional para aferir sobre a evolução dos resultados, o que não foi possível no ciclo estratégico 2013-2016.

Por último, e porque 2016 corresponde ao final do ciclo de ação 2013-2016, importa referir que dos 10 indicadores das metas do PNRCAD 2013-2020 na área do consumo de drogas que têm como fonte vários destes estudos – *INPG*, *ESPAD* e *Eurobarómetro* –, metade foram atingidos: dos 4 indicadores sobre a perceção dos riscos associados aos consumos, 2 foram atingidos; dos 2 relativos ao retardar a idade de inícios dos consumos, 1 foi atingido; e dos 4 indicadores sobre prevalências e padrões de consumo de risco, 2 foram atingidos.

²⁸ No âmbito deste projeto coordenado pelo *Federal Highway Research Institute*, competiu ao INMLCF, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

²⁹ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing *et al.*, 2011; Isalberti, *et al.*, 2011. Alguns dos resultados deste estudo constam também nos *Relatórios Anuais sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, 2011, 2012, 2013 e 2014.

2. Tratamento³⁰

Em 2016 prosseguiu o investimento na 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 psicoativas³¹.

Em relação à contextualização metodológica dos dados aqui apresentados, importa referir que, 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 álcool³².

Por outro lado, em 2010 entrou em funcionamento ao 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.

É de notar ainda que a informação 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 2016, na rede pública de tratamento dos comportamentos aditivos e dependências (ambulatório) estiveram em tratamento no ano, 27 834 utentes, inscritos como utentes com problemas relacionados com o uso de drogas e com pelo menos um evento assistencial no ano.

Dos 3 294 utentes que iniciaram tratamento em 2016, 1 204 eram utentes readmitidos e 2 090 eram novos utentes, ou seja, utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

³⁰ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 41-60, 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.

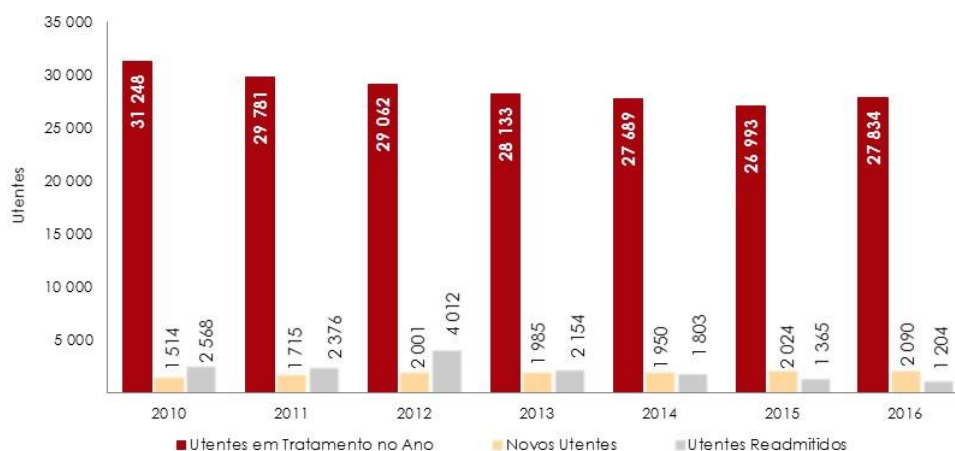
³¹ Ver Relatório Anual 2016 - Respostas e Intervenções no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências.

³² Ver o Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Álcool, disponível em <http://www.sicad.pt>.

Figura 35 - Utentes: em Tratamento no Ano*, Novos** e Readmitidos

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)

2010 – 2016



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2013 (dados até 2012), e 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação, para os dados a partir de 2013.

* 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, ajustes progressivos no sistema e alterações dos critérios de registo, o que impõe cautelas na leitura evolutiva dos dados.

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

Em 2016 verificou-se um acréscimo do número de utentes em tratamento em ambulatório por problemas relacionados com o uso de drogas, contrariando a tendência de decréscimo registada desde 2009.

Apesar de o número de novos utentes em 2016 ter sido o mais elevado desde 2010, não apresenta variações relevantes nos últimos quatro anos (+5% entre 2013 e 2016 e +3% entre 2015 e 2016), por comparação aos acréscimos verificados entre 2010 e 2012.

Em relação aos utentes readmitidos, pelo quarto ano consecutivo que se constata uma diminuição, representando os valores dos últimos quatro anos os mais baixos desde 2010. Pelo terceiro ano consecutivo que o número de readmitidos foi inferior ao de novos utentes, à semelhança do ocorrido anteriormente a 2010³³.

Em 2016, estiveram integrados nesta rede 16 367 utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos³⁴, 11 526 em metadona e 4 997 em buprenorfina (156 em metadona e buprenorfina em diferentes períodos no ano). Cerca de 14% dos utentes integrados em programas de buprenorfina estiveram com tomas de associação de buprenorfina e naloxona.

Os utentes em tratamento no contexto desta rede eram, à data do início do tratamento, maioritariamente residentes nos distritos do Porto (22%), Lisboa (20%), Setúbal (10%) e Faro (9%). As

³³ 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).

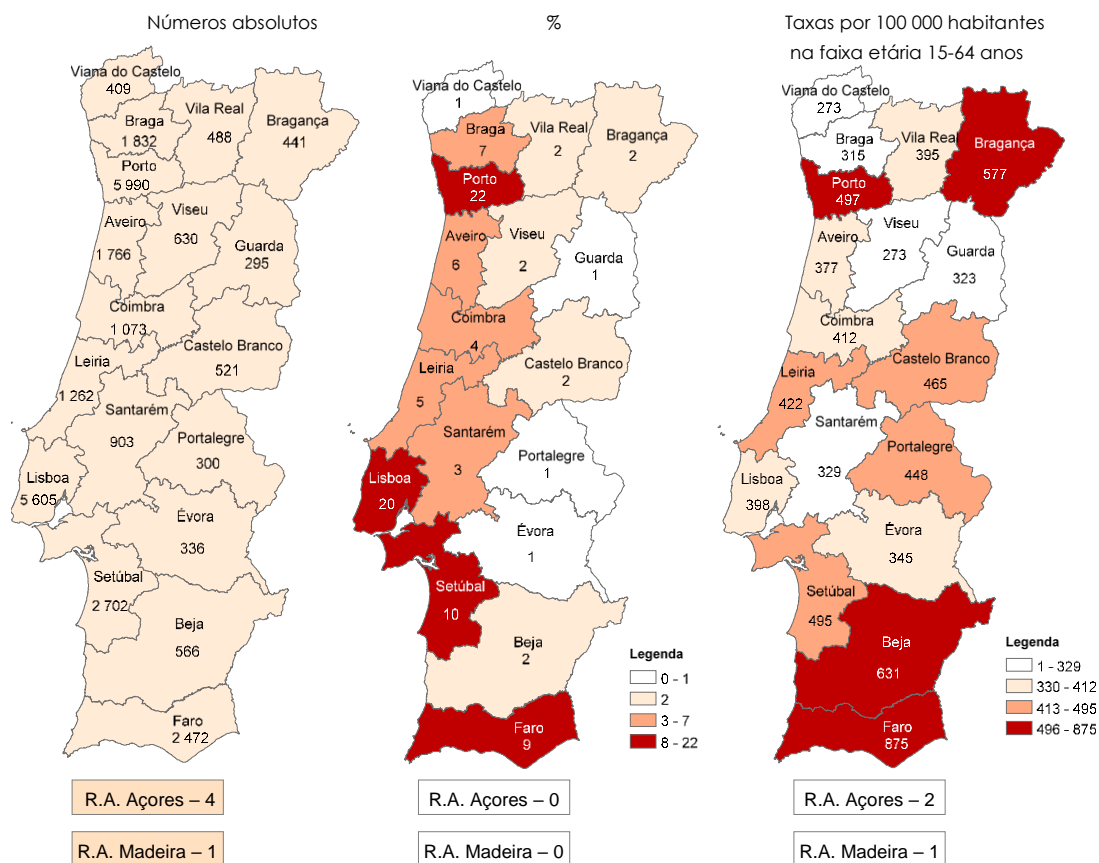
³⁴ Com pelo menos uma toma de metadona ou uma receita de buprenorfina no ano. Continua a existir um subregisto no SIM dos utentes em programa de metadona por parte de algumas Equipas de Tratamento.

taxas mais elevadas de utentes por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Faro, Beja, Bragança e Porto.

Figura 36- Utes em Tratamento no Ano*, segundo a Residência**

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)

2016



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2017.

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

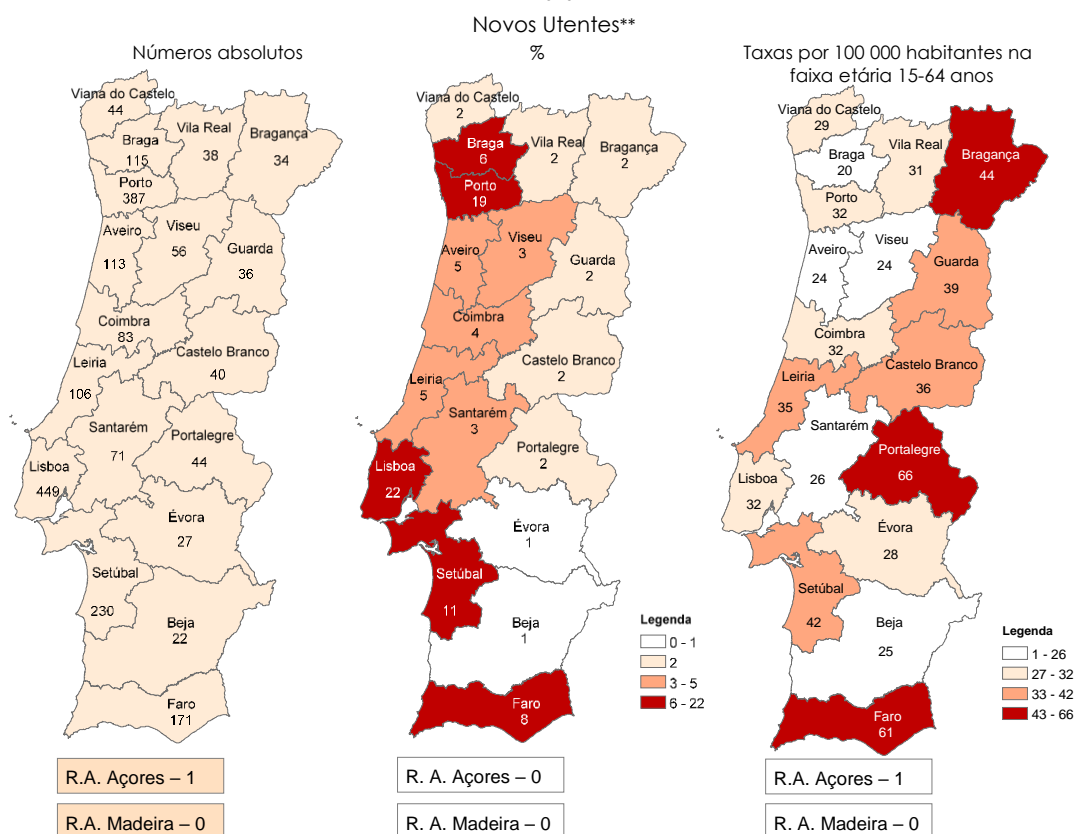
** Desconhece-se o local de residência de 238 indivíduos.

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 2016, os novos utentes eram predominantemente residentes nos distritos de Lisboa (22%), Porto (19%), Setúbal (11%), Faro (8%), e Braga (6%). As taxas mais elevadas de novos utentes por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Portalegre, Faro e Bragança.

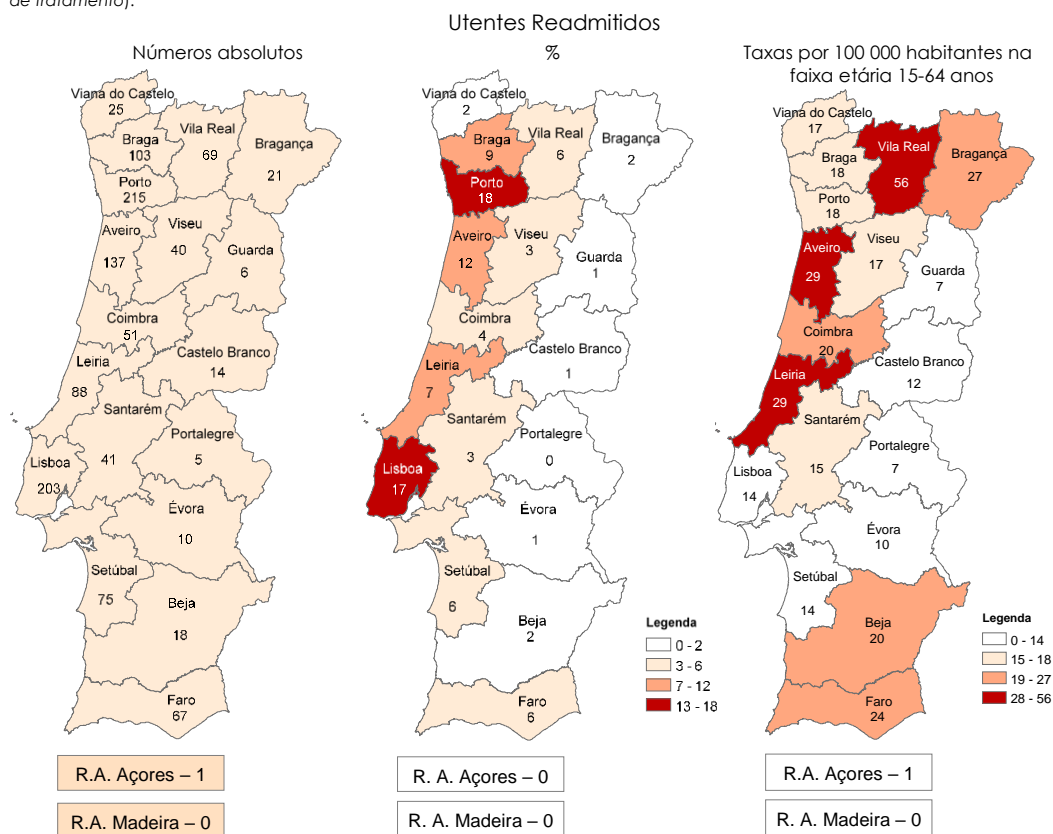
No que respeita aos utentes readmitidos em 2016, residiam sobretudo nos distritos do Porto (18%), Lisboa (17%), Aveiro (12%), Braga (9%) e Leiria (7%), e as taxas mais elevadas por habitantes de 15-64 anos registaram-se nos distritos de Vila Real, Aveiro e Leiria.

Figura 37 - Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo a Residência*
 Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental),
 2016



* Desconhece-se o local de residência de 23 indivíduos.

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



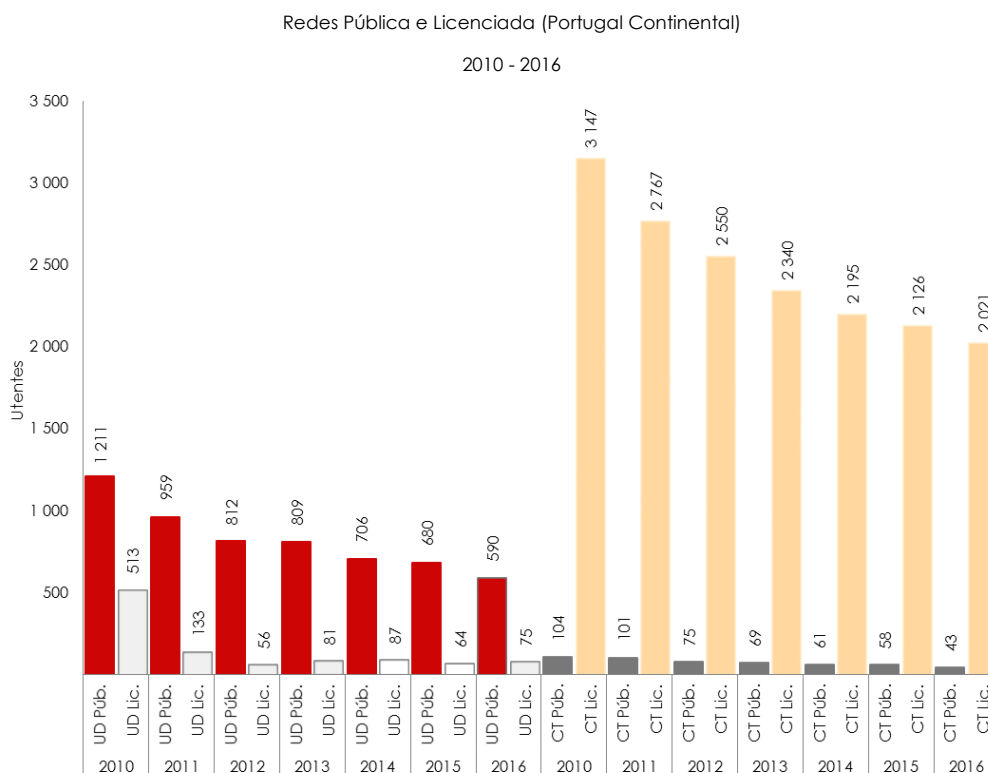
* Desconhece-se o local de residência de 15 indivíduos.

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2017.

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

Em 2016, nas redes pública e licenciada³⁵, registaram-se 665 internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabilitação (590 em UD públicas e 75 em UD licenciadas), representando 52% do total de internamentos nestas estruturas³⁶. O número de internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas em Comunidades Terapêuticas foi de 2 064 (43 em CT públicas e 2 021 em CT licenciadas), correspondendo a 60% do total de internamentos nestas estruturas³⁷.

Figura 38 - Utentes em Tratamento em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica*, segundo o Ano



* Internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas.

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.

Quanto à caracterização dos consumos dos utentes que recorreram em 2016 às estruturas de tratamento³⁸ por problemas relacionados com o uso de drogas, no ambulatório, a heroína continua a ser a substância principal mais referida pelos utentes em tratamento no ano (75%). Nos que iniciaram tratamento em 2016, tal ocorreu também com os utentes readmitidos (70%), mas não com os novos utentes, em que, pelo quinto ano consecutivo, a cannabis surgiu como a droga principal mais referida (54%).

³⁵ Base %: casos com informação sobre as dependências/patologias.

³⁶ 47% por problemas relacionados com o consumo de álcool e 0,2% relacionados com outras dependências/patologias.

³⁷ 39% por problemas relacionados com o consumo de álcool e 1% relacionados com outras dependências/patologias.

³⁸ 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 (75% nas públicas e 63% nas licenciadas), assim como nas Comunidades Terapêuticas públicas (58%), sendo que nas CT licenciadas são muito próximas as proporções das referências à cannabis (32%), heroína (31%) e cocaína³⁹ (29%), enquanto drogas principais.

Quadro 2 - Consumos dos Utes em Tratamento da Toxicodependência*, por Tipo de Estrutura
Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2016

Consumos ^{a)}	Estrutura / Rede	Utes em Ambulatório na Rede Pública			Utes Unidades Desab.		Utes Comunidades Terap.	
		Em Tratamento Ano	Novos	Readmitidos	Públicas	Licenciadas	Públicas	Licenciadas
Substância Principal	Cannabis	10,3%	54,0%	13,8%	4,6%	6,7%	14,0%	32,2%
	Cocaína ^{b)}	7,9%	15,8%	9,2%	16,7%	28,0%	25,6%	29,2%
	Heroína	75,0%	25,0%	70,2%	74,7%	62,7%	58,1%	31,1%
Consumo de Droga por Via Injetada	Ao Longo da Vida	38,3%	9,2%	34,8%	58,5%	52,1%	43,8%	35,1%
	Nos Últimos 12 Meses	- ^{d)}	3,9%	17,7%	22,2%	13,7%	18,8%	16,0%
Partilha de Qualquer Material de Consumo de Droga Injetada ^{c)}	Ao Longo da Vida	70,0%	58,2%	63,1%	52,0%	51,4%	53,8%	59,6%
	Nos Últimos 12 Meses	- ^{d)}	32,4%	33,3%	17,6%	50,0%	0,0%	27,9%

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2017.

* 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.

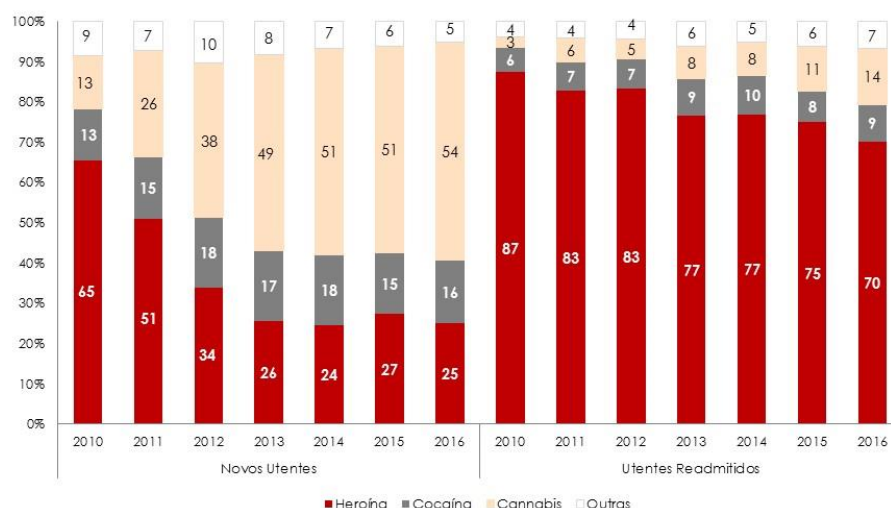
b) Inclui cocaína e base de cocaína.

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

d) 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 39 - Utes que Iniciaram Tratamento no Ano: Substância Principal, segundo o Ano
Novos Utes* e Utes Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)
2010 – 2016



* 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

³⁹ Inclui cocaína e base de cocaína.

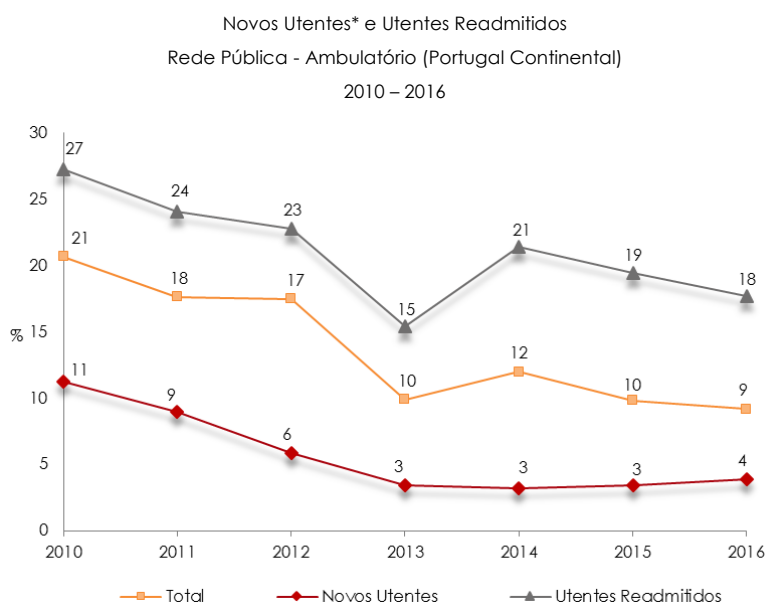
A análise da evolução das substâncias principais dos utentes que iniciaram tratamento no ano evidencia, no último quadriénio por comparação com o anterior, uma tendência de aumento nas proporções de novos utentes que referem como substâncias principais a cannabis e também, embora de forma mais ténue, a cocaína. Ao longo do último quadriénio, as proporções de novos utentes por tipo de substância principal têm-se mantido mais estáveis do que no quadriénio anterior. Entre os utentes readmitidos a heroína mantém-se com proporções elevadas, vindo no entanto a decrescer nos últimos sete anos, com proporções muito inferiores no período 2013-2016 comparativamente ao anterior quadriénio.

Quanto ao consumo de droga injetada, com exceção dos novos utentes em ambulatório, as prevalências ao longo da vida variaram entre os 35% e 59% e as dos últimos 12 meses entre os 14% e 22%, apresentando as Unidades de Desabilitação públicas as prevalências mais altas de utentes com estas práticas de consumo. Entre os novos utentes em ambulatório, em que a substância predominante é a cannabis, as prevalências de consumo de droga injetada são bastante inferiores, com valores em 2016 na ordem dos 9% ao longo da vida e 4% 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 significativas nos comportamentos de consumo.

Por outro lado, entre os que iniciaram tratamento no ano - novos e readmitidos -, as prevalências de consumo recente de droga injetada no período 2013-2016 foram bastante inferiores às registadas no quadriénio anterior. Nos últimos quatro anos estas prevalências têm-se mantido estáveis no caso dos novos utentes, verificando-se uma tendência de diminuição no caso dos readmitidos.

Figura 40 - Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano: Consumo de Droga Injetada nos Últimos 12 Meses, segundo o Ano



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2013 (dados até 2012), e 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação, para os dados a partir de 2013.

* 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, e apesar das oscilações anuais, constata-se entre os utentes das UD e CT uma tendência de diminuição dos consumos recentes de droga injetada no último quadriénio.

Relativamente às proporções de partilha de material de consumo de droga injetada⁴⁰ nos subgrupos de injetores nas temporalidades consideradas, entre 51% e 70% dos injetores partilharam este tipo de material ao longo da vida. Nos últimos 12 meses, estas proporções variaram entre os 0% e 50%, surgindo a mais elevada no subgrupo de injetores das UD 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 2016 estiveram em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas nas diferentes estruturas evidencia que, continuam a ser na sua maioria do sexo masculino (74% a 89%) e com idades médias entre os 33 anos (novos utentes) e 43 anos.

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

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2016

Estrutura/Rede		Utentes em Ambulatório na Rede Pública			Utentes das Unidades Desabituação		Utentes das Comunidades Terapêuticas	
		Em tratamento no Ano	Novos	Readmitidos	Públicas	Licenciadas	Públicas	Licenciadas
Caracterização Sociodemográfica ^{a)}								
Sexo	Masculino	84,2%	86,8%	89,1%	79,7%	85,3%	74,4%	82,4%
Grupo Etário	25-34 anos	13,5%	32,8%	19,7%	19,3%	21,3%	23,3%	18,7%
	35-44 anos	38,3%	25,3%	39,0%	46,3%	34,7%	48,8%	32,0%
	45-54 anos	35,6%	11,8%	31,5%	29,0%	33,3%	16,3%	19,0%
	Idade Média	43	33	41	41	41	38	35
Nacionalidade	Portuguesa	96,5%	90,9%	98,0%	95,4%	92,0%	95,3%	95,5%
Estado Civil	Solteiro	58,6%	67,9%	59,6%	63,1%	59,7%	65,1%	72,4%
	Casado / União de Facto	26,7%	21,5%	23,2%	20,7%	26,4%	11,6%	11,6%
Situação Coabituação	Só com família de origem	43,9%	49,3%	44,3%	39,1%	44,3%	51,2%	44,6%
	Sozinho	15,8%	14,5%	18,3%	20,0%	22,9%	14,0%	32,1%
	Só c/ companheiro	12,2%	10,0%	12,1%	11,6%	8,6%	4,7%	6,4%
Nível Ensino	Só c/ companheiro e filhos	13,2%	10,4%	10,4%	8,8%	8,6%	4,7%	4,2%
	< 3.º Ciclo	54,8%	37,9%	53,2%	44,6%	38,0%	30,2%	32,5%
Situação Profissional	3.º Ciclo	27,1%	32,4%	27,8%	33,0%	32,4%	39,5%	36,2%
	Empregado	40,8%	41,4%	35,6%	37,9%	32,4%	16,3%	18,2%
	Desempregado	47,5%	40,0%	51,9%	53,9%	53,5%	55,8%	52,6%
	Estudante / Form. Profissional	4,3%	12,0%	3,7%	2,7%	1,4%	11,6%	23,7%

Data da recolha de informação dos utentes em ambulatório: 2.º semestre de 2017.

* 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.

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

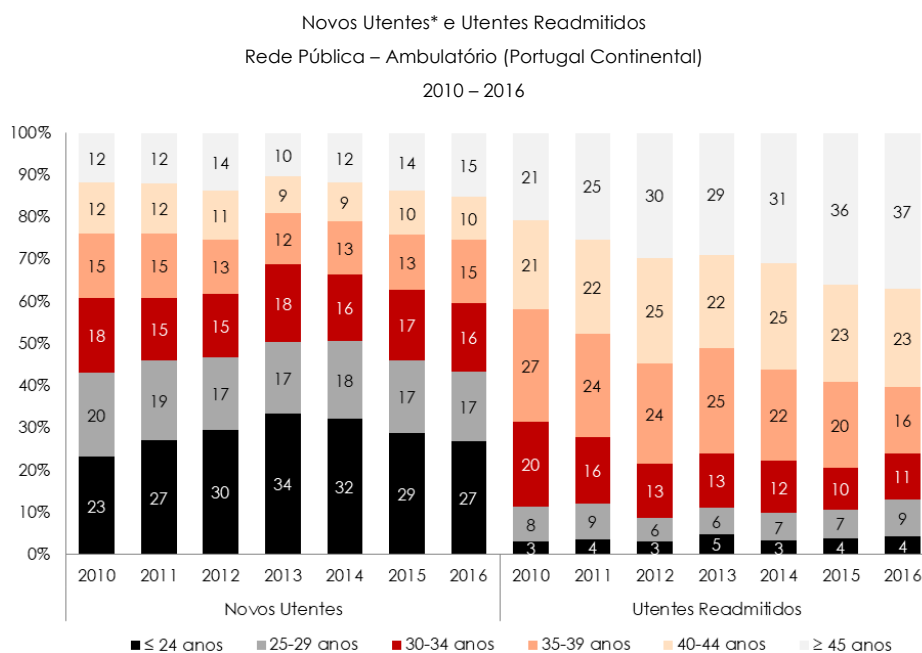
Continuam a ser predominantemente indivíduos de nacionalidade portuguesa (91% a 98%) e solteiros (59% a 72%). A maioria vive com familiares, predominando uma vez mais a coabituação só com a família de origem (39% a 51%). De um modo geral, continuam a ser populações com

⁴⁰ É de referir, a nível dos utentes em ambulatório, que continua a persistir um importante subregisto desta informação, considerada fundamental para o planeamento e avaliação das políticas nesta matéria.

baixas habilitações literárias (69% a 82% com habilitações iguais ou inferiores ao 3.º ciclo do ensino básico) e situações laborais precárias (40% a 56% estavam desempregados).

É de notar um decréscimo nos últimos três anos da proporção de novos utentes em idades jovens, contrariamente aos aumentos contínuos registados entre 2010-2013. No caso dos utentes readmitidos mantém-se o progressivo envelhecimento.

Figura 41 - Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo o Ano, por Grupo Etário



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2013 (dados até 2012), e 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação, para os dados a partir de 2013.

*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

A 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 desta população, em termos de cuidados de saúde, importando continuar a reforçar a diversificação das respostas e a investir nas intervenções preventivas de comportamentos de consumo de risco.

Contexto Prisional⁴¹

Em 2016, no contexto das estruturas de tratamento da toxicodependência da responsabilidade do sistema prisional, persiste a tendência de decréscimo da capacidade dos programas de tratamento orientados para a abstinência, tendência que reflete a procura destes programas por parte da população reclusa.

⁴¹ 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.

Em 2016 estiveram integrados 103 reclusos nos programas de tratamento orientados para a abstinência⁴², representando o valor mais baixo desde a década anterior e reforçando a tendência de decréscimo já verificada no anterior ciclo estratégico 2005-2012.

Quadro 4 - Utentes em Programas de Tratamento nos Estabelecimentos Prisionais*

2016 e variações relativas a 2015 / 2013 / 2010

Programas de Tratamento	2016	%	Δ 15-16	Δ 13-16	Δ 10-16
Responsabilidade dos Estabelecimentos Prisionais**					
Programas de Tratamento Orientados para Abstinência					
Unidades Livres de Drogas	103 ^{a)}	100	-14,9	-44,3	-51,0
Programas Farmacológicos					
	31 Dez. 2016	%	Δ 31 Dez. 15-16	Δ 31 Dez. 13-16	Δ 31 Dez. 10-16
	337 ^{b)}	100,0	-19,0	-27,7	-40,4
Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos	331	98,2	-18,5	-23,9	-34,5
Programas Terapêuticos com Antagonistas Opiáceos	6	1,8	-40,0	-80,6	-90,0
Responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde (ARS) / Centros de Respostas Integradas (CRI) - ET**					
Programas Farmacológicos					
	502 ^{c)}	100,0	4,1	-18,1	-19,4
Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos	462	92,0	-1,3	-24,6	-24,5
Programas Terapêuticos com Antagonistas Opiáceos	40	8,0	185,7	-	263,6
Responsabilidade das Estruturas de Saúde das Regiões Autónomas**					
Programas Farmacológicos					
	119	100,0	-16,8	-23,2	63,0
Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos	114	95,8	-20,3	-26,0	78,1
Programas Terapêuticos com Antagonistas Opiáceos	5	4,2	-	400,0	-44,4

* Em 2016, estiveram ainda 839 reclusos em outras unidades / programas de tratamento da toxicodependência.

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

a) Os dados relativos ao EP de Tires e ao EP do Porto reportam-se a 31/12/2016 e não a todos os utentes em tratamento no ano em programas orientados para a abstinência.

b) Dados não disponíveis do EP de Paços de Ferreira e do EP do Porto.

c) Dados não disponíveis do EP de Torres Novas.

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

A 31/12/2016 estavam integrados 958 reclusos em programas farmacológicos, 907 dos quais com agonistas opiáceos e 51 com antagonistas opiáceos. É de notar que a descida verificada face aos valores registados em 2015 e 2014, pode não ser real, uma vez que não estão contabilizados os dados de 3 EP que, de um modo geral, têm um número significativo de reclusos integrados nestes programas. Aliás, se se considerassem os valores do ano anterior para estes EP, o número de reclusos em programas farmacológicos em 2016 seria superior ao registado no ano anterior.

De qualquer forma, a tendência nos três anos anteriores foi de descida do número de reclusos integrados nestes programas – da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais e em articulação com outras estruturas de tratamento em meio livre –, o que poderá estar relacionado com a eventual diminuição do número de reclusos consumidores de opiáceos, evidenciada no estudo nacional realizado em 2014 na população reclusa⁴³.

Por último, é ainda de mencionar que em 2016 estiveram 839 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.

⁴² Os dados relativos aos EP de Tires e do Porto reportam-se a 31/12/2016 e não aos utentes em tratamento no ano, e para o EP de Paços de Ferreira não há dados disponíveis. No entanto, mesmo que se considerassem os valores do ano anterior para estes EP, tal não alteraria as tendências referidas.

⁴³ 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 Infecciosas⁴⁴

3.1. Notificações da Infeção por VIH e SIDA⁴⁵

De acordo com os dados do INSA, I.P., à data da recolha da informação⁴⁶ encontravam-se notificados 56 001 casos de infeção por VIH diagnosticados até 31/12/2016 em Portugal, 21 614 (39%) com diagnóstico de SIDA.

Quadro 5 - Notificações de Casos de Infeção por VIH e Casos de SIDA,
Associados ou não à Toxicodependência

01/01/1983 - 31/12/2016

Ano de Diagnóstico ^{a)}	Total	2016 ^{b)}
Total Casos de Infeção por VIH	56 001	1 030
Associados à Toxicodependência	19 019	30
Não Assoc. à Toxicodependência	35 978	956
Não referido	1 004	44
Total Casos de SIDA	21 614	261
Associados à Toxicodependência	9 323	22
Não Assoc. à Toxicodependência	11 898	233
Não referido	393	6

Data da recolha de informação: 30 de junho de 2017.

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

⁴⁴ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 61-75, disponível em <http://www.sicad.pt>

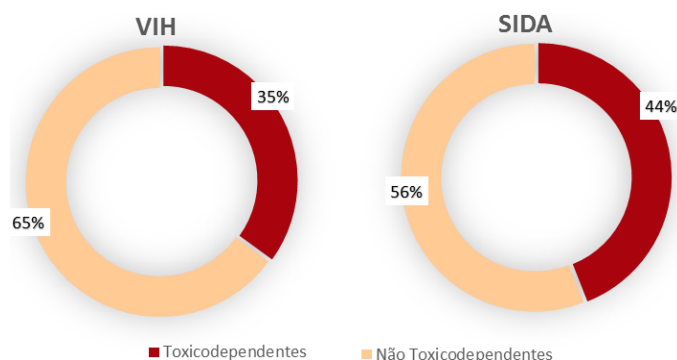
⁴⁵ Em 2012, foram atualizadas a nível europeu, as definições de caso para a notificação de doenças transmissíveis (J.O. L 262/1 de 27.9.2012), contribuindo para uma melhor uniformização da informação epidemiológica nos diferentes países do espaço comunitário. Face aos requisitos atuais da vigilância 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, já transpostas para a legislação nacional (Despacho n.º 5681-A/2014, de 29 de abril, da Direção Geral da Saúde, atualizado pelo Despacho n.º 15385-A/2016, de 21 de dezembro). 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 estadió, 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.

⁴⁶ 30 de junho de 2017.

Nas categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência encontravam-se notificados 19 019 casos de infeção por VIH e 9 323 (49%) com diagnóstico de SIDA. Os casos associados à toxicodependência representavam 35% do total das notificações de casos de infeção por VIH e 44% das notificações de SIDA.

Figura 42 - Notificações de Casos de Infeção por VIH e Casos de SIDA, Associados ou não à Toxicodependência (%)
01/01/1983 - 31/12/2016



Data da recolha de informação: 30 de junho de 2017.

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 1 030 casos de infeção por VIH diagnosticados em 2016, 3% dos quais em categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência, e 261 casos de SIDA diagnosticados em 2016, 9% 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, tanto casos com infeção adquirida recentemente, como há vários anos. A este propósito, é de referir que, em relação aos novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2016 e com informação referente ao número de células TCD4+⁴⁷, de acordo com o critério imunológico, os casos com transmissão associada a consumo de drogas ou transmissão heterossexual apresentaram-se mais tardiamente aos cuidados clínicos (respetivamente 48% e 64%) que os registados na categoria de transmissão homo ou bissexual (40%), o que evidencia a necessidade de se continuar a investir no diagnóstico precoce junto da população toxicodependente⁴⁸.

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.

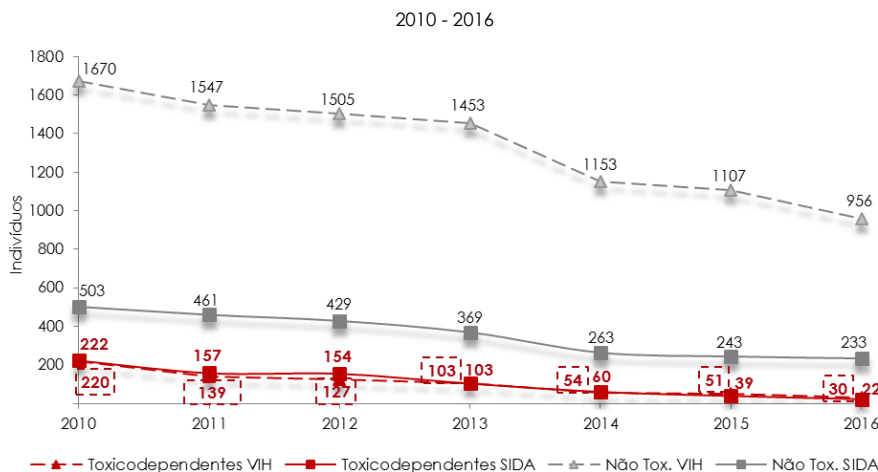
Nos anos mais recentes continua a registar-se a tendência de decréscimo no número total de notificações de casos de infeção por VIH e de casos de SIDA diagnosticados anualmente, e a um

⁴⁷ INSA, 2017. A informação relativa ao número de células TCD4+ da primeira avaliação clínica esteve disponível para cerca de 80% dos casos com diagnóstico em 2016.

⁴⁸ 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, Deteção e Referenciação - a nível dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência e dos utentes das equipas de rua. Por outro lado, a nível da população geral, houve uma mudança da estratégia de diagnóstico precoce da infeção por VIH, através da implementação faseada da realização de testes rápidos nos Cuidados de Saúde Primários (atualização da Norma de Orientação Clínica n.º 58/2011, em dezembro de 2014).

ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicod dependência (30 casos diagnosticados com VIH em 2016, 51 em 2015, 54 em 2014, 103 em 2013, 127 em 2012, 139 em 2011 e 220 em 2010), salvaguardadas as atualizações futuras dos dados.

Figura 43 - Notificações de Casos de Infeção por VIH e Casos de SIDA:
Casos Associados ou não à Toxicod dependência, por Ano de Diagnóstico*



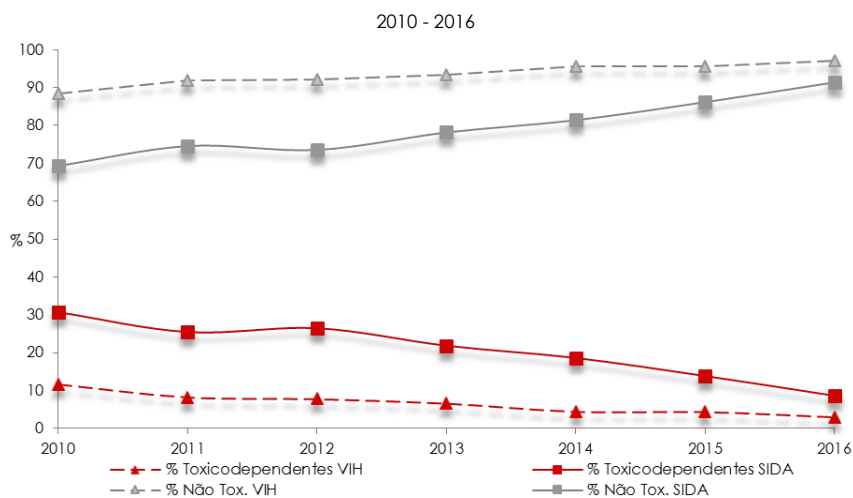
Data da recolha de informação: 30 de junho de 2017.

* 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

Mantém-se a tendência decrescente do peso da categoria de transmissão relacionada com a toxicod dependência nos diagnósticos de VIH (3%, 4%, 4%, 7%, 8%, 8% e 12% dos casos diagnosticados em 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010), e nos de SIDA (9%, 14%, 19%, 22%, 26%, 25% e 31% dos casos diagnosticados em 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010).

Figura 44 - Notificações de Casos de Infeção por VIH e Casos de SIDA:
% Casos Associados ou não à Toxicod dependência, por Ano de Diagnóstico*



Data da recolha de informação: 30 de junho de 2017.

* 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.

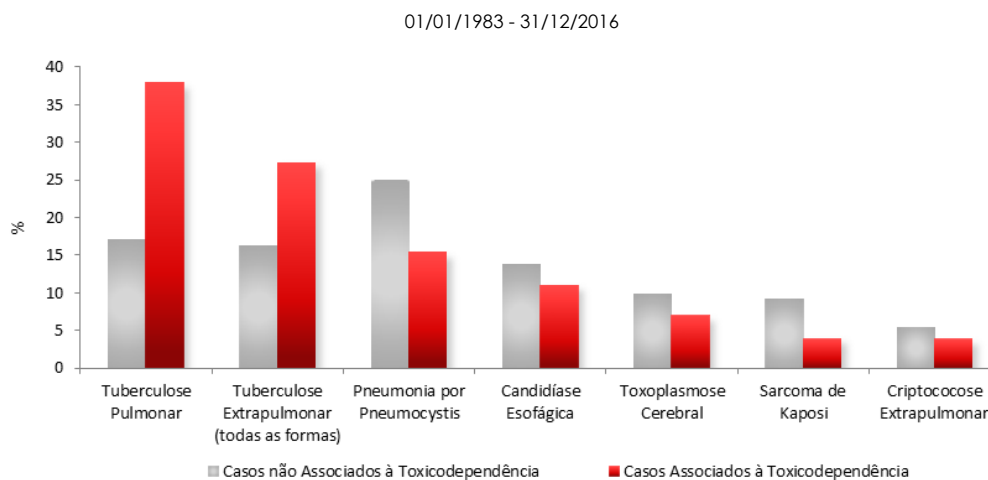
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.); DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; DMI - DEI

Esta tendência de decréscimo de novos diagnósticos de infeção por VIH associados à toxicodependência, reforçada com o atrás referido sobre o diagnóstico tardio 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 e estratégias implementadas na área das drogas, designadamente os programas de redução de riscos e minimização de danos (programas de substituição opiácea e programa troca de seringas) com impacto 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 consumo⁴⁹.

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 extrapulmonar (27%) -, sendo estas patologias bastante menos expressivas nos restantes casos de SIDA (17% e 16% respetivamente).

É de notar que se forem considerados os diagnósticos de SIDA nos casos relacionados com a toxicodependência em anos mais recentes, como por exemplo no quadriénio 2013-2016, verifica-se uma diminuição das proporções da tuberculose em qualquer das suas formas clínicas - pulmonar (29%) e extrapulmonar (19%).

Figura 45 - 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 2017.

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

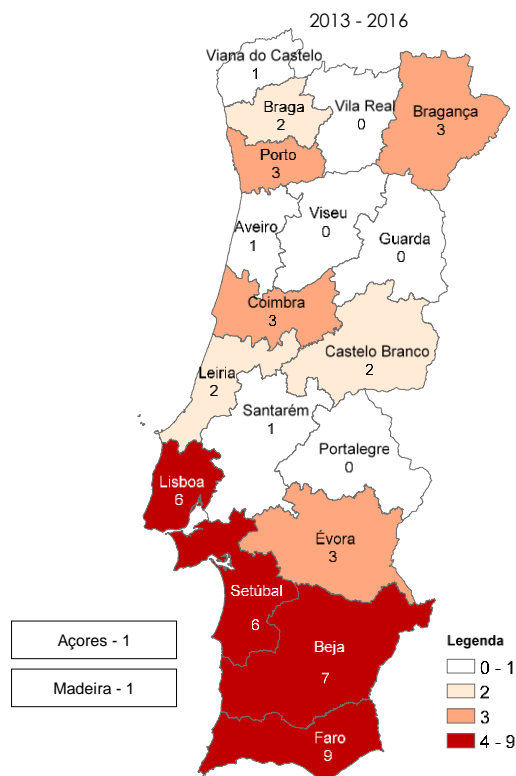
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.); DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em relação ao local de residência à data da notificação, no quadriénio 2013-2016, Lisboa, Setúbal, Porto e Faro foram os distritos com o maior número de casos diagnosticados com infeção por VIH associados à toxicodependência (38%, 14%, 13% e 11% destes casos respetivamente), assim como de casos com SIDA associados à toxicodependência (38%, 16%, 17% e 10% destes casos respetivamente).

⁴⁹ Ver capítulo *Tratamento* deste Relatório. No âmbito do Programa de Troca de Seringas, entre 2015 e 2016 houve um crescimento de cerca de 34% no total de seringas distribuídas/trocadas (de 1 004 706 em 2015, para 1 350 258 em 2016).

Persiste pois a assimetria da distribuição geográfica da infeção por VIH, com os distritos de Faro, Beja, Setúbal e Lisboa, a apresentarem as maiores taxas de diagnósticos no último quadriénio de infeção por VIH associados à toxicoddependência por 100 000 habitantes da faixa etária 15-64 anos.

Figura 46 - Notificações de Casos de Infeção por VIH Associados à Toxicoddependência,
por Zona Geográfica de Residência*
taxas por 100 000 habitantes na faixa etária 15-64 anos



Data da recolha de informação: 30 de junho de 2017.

* 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 toxicoddependência pertenciam ao grupo masculino (83%), e à data do diagnóstico, 74% tinham idades inferiores a 35 anos. Se se considerarem os diagnósticos de infeção por VIH associados à toxicoddependência em anos mais recentes, como por exemplo no quadriénio 2013-2016, mantém-se semelhante a proporção do grupo masculino (82%), mas verifica-se um envelhecimento dos casos diagnosticados, com uma diminuição relevante da proporção de casos com idades inferiores a 35 anos (22%).

Existindo 2 indicadores nas metas do PNRCAD 2013-2020 na área da morbilidade sobre as notificações de casos diagnosticados nos últimos 3 anos com VIH e SIDA associados à toxicoddependência, importa referir que, para ambos os indicadores, foi ultrapassada a diminuição de 3 pontos percentuais definida para o primeiro ciclo de ação.

No que se refere aos óbitos notificados ao INSA, I.P. em casos de infeção por VIH, a informação mais detalhada consta mais adiante no Capítulo Mortalidade.

3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência⁵⁰

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 tratamento⁵¹, bem como nos respetivos subgrupos de consumidores de droga injetada alguma vez na vida.

Quadro 6 - VIH nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência*

(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2016

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 em Tratamento no Ano ^{b)}	79%	13%	4%	63%	87%	21%	6%
Novos Utentes ^{c)}	38%	3%	3%	19%	62%	7%	5%
Utentes Readmitidos	72%	9%	5%	41%	80%	17%	12%
Unidades de Desabitação							
Rede Pública	86%	12%	–	56%	89%	20%	–
Rede Licenciada	73%	7%	–	25%	71%	15%	–
Comunidades Terapêuticas							
Rede Pública	79%	12%	–	100%	79%	27%	–
Rede Licenciada	89%	10%	–	78%	92%	25%	–

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2017.

* 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

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 2016, eram conhecidos os resultados dos rastreios para 79% dos utentes em tratamento no ano, 38% dos novos utentes e 72% dos utentes readmitidos, sendo estas taxas superiores nos subgrupos de injetores (respetivamente 87%, 62% e 80%). De um modo geral, as taxas de cobertura dos rastreios de VIH nos utentes internados em UD e CT foram superiores.

Em 2016, as prevalências de VIH+ variaram entre os 3% e os 13% consoante o grupo de utentes, com o valor mínimo nos novos utentes e o valor máximo nos utentes em tratamento no ano. Como

⁵⁰ Ver contextualização metodológica relativa aos dados utilizados no capítulo anterior 2. *Tratamento*.

⁵¹ 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 Desabitação (UD) e Comunidades Terapêuticas (CT) das redes pública e licenciada.

expectável, as prevalências foram superiores nos subgrupos de injetores alguma vez na vida, variando entre os 7% e os 27%, com o valor máximo nos utentes das CT licenciadas.

A proporção de novas infeções⁵² nos utentes em ambulatório foi de 4%, e, de 6% no subgrupo dos injetores. Entre os que iniciaram tratamento em ambulatório em 2016, as proporções variaram entre os 3% (novos utentes) e os 5% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de injetores entre os 5% e os 12%.

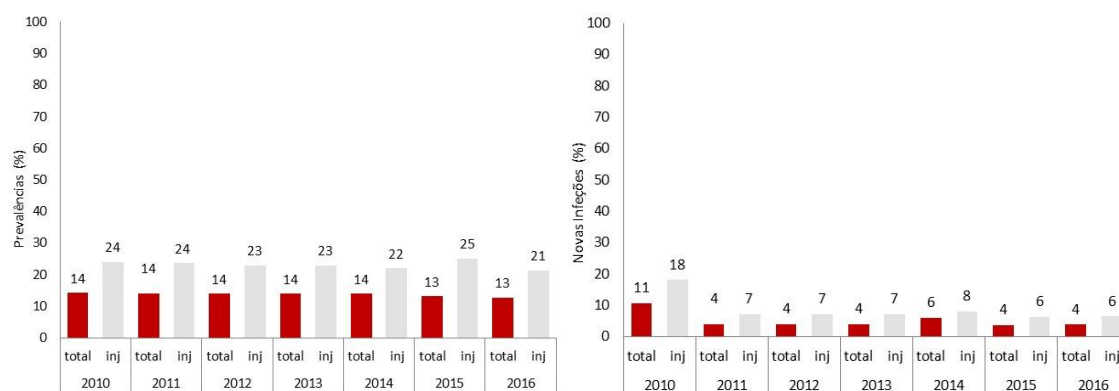
Entre os utentes em ambulatório com consumos de droga injetada ao longo da vida, a tendência de descida das prevalências de VIH+ verificada desde o último quinquénio da década anterior tem prosseguido a um ritmo mais lento a partir de 2010.

Figura 47 - 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)

2010 - 2016



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2013 (dados até 2012), e 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação, para os dados a partir de 2013.

* 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

Relativamente aos novos casos de infeção por VIH entre os utentes em ambulatório com consumos de droga injetada ao longo da vida, após a tendência de descida acentuada das proporções de novas infeções por VIH até 2011, constata-se desde então uma relativa estabilidade, com os valores registados em 2015 e 2016 (6%) a serem os mais baixos da década. É de notar no entanto que, no subgrupo de utentes readmitidos em 2016 com consumos de droga injetada ao longo da vida, se verificou uma proporção de novas infeções por VIH (12%) superior às registadas nos três anos anteriores (entre 5% e 7%), sendo necessário perceber se se trata de um pico pontual ou de um real agravamento da situação.

De um modo geral, a evolução no último quadriénio das prevalências de VIH+ entre os utentes internados por problemas relacionados com o uso de drogas em UD e em CT, bem como

⁵² Resultados positivos (VIH+) nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

nos respetivos subgrupos de injetores, enquadra-se no padrão do total de utentes em ambulatório, ou seja, tendência para a estabilidade, embora com maiores flutuações anuais⁵³.

Em 2016, as proporções de seropositivos com terapêutica antirretroviral variaram entre os 19% 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 2016, as taxas de cobertura dos rastreios do vírus da Hepatite C variaram entre os 19% e os 90%, consoante o grupo de utentes, sendo estas taxas, de um modo geral, superiores nos respetivos subgrupos de injetores.

Quadro 7 - Hepatite C nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência*
(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2016

Estrutura/Rede	Hepatite C					
	Total Utentes			Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infeções ^{a)} (VHC+)	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infeções ^{a)} (VHC+)
Ambulatório / Rede Pública						
Utentes em Tratamento no Ano ^{b)}	68%	60%	48%	78%	88%	85%
Novos Utentes ^{c)}	19%	25%	20%	45%	83%	83%
Utentes Readmitidos	54%	53%	51%	68%	82%	87%
Unidades de Desabituação						
Rede Pública	90%	53%	–	95%	84%	–
Rede Licenciada	80%	47%	–	82%	77%	–
Comunidades Terapêuticas						
Rede Pública	88%	45%	–	86%	83%	–
Rede Licenciada	88%	27%	–	90%	67%	–

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2017.

* 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

As prevalências de VHC+ variaram entre os 25% e os 60% nos diferentes grupos de utentes, sendo muito superiores nos subgrupos de injetores (entre os 67% e os 88%).

A proporção de novas infeções⁵⁴ nos utentes em ambulatório foi de 48%, sendo de 85% no subgrupo dos que consumiram droga injetada alguma vez na vida. Entre os que iniciaram

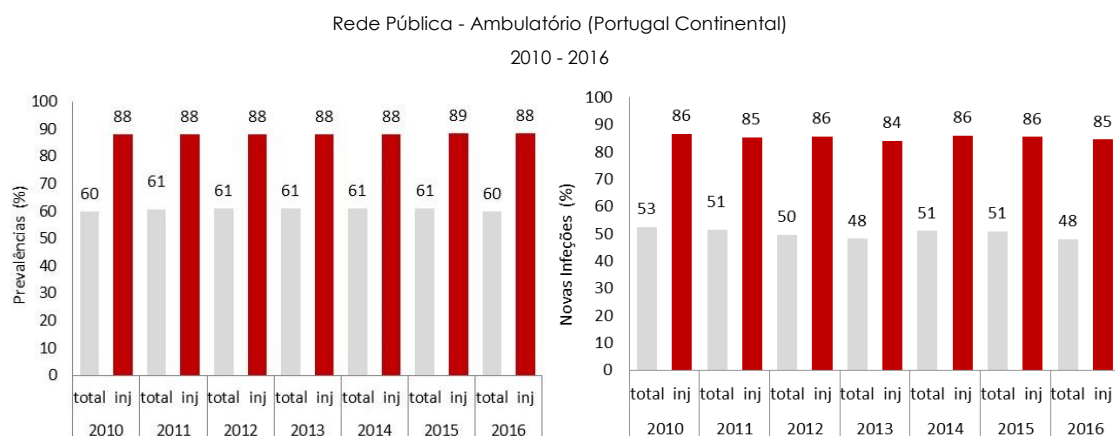
⁵³ Ver Quadro 60 e Quadro 62, no Anexo deste Relatório.

⁵⁴ Resultados positivos (VHC+) nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

tratamento em ambulatório em 2016, as proporções variaram entre os 20% (novos utentes) e os 51% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de injetores entre os 83% e os 87%.

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 48 - 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), e 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação, para os dados a partir de 2013.

* 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 Terapêuticas⁵⁵, assim como nos respetivos subgrupos de injetores, têm vindo ao longo dos anos a ser tendencialmente inferiores às dos utentes em tratamento no ano em ambulatório, e em particular no caso dos utentes das CT licenciadas. Apesar das oscilações anuais dessas prevalências (maior mobilidade dos utentes), de um modo geral, estas não têm apresentado variações relevantes que indiquem alterações de tendências nos últimos anos.

Em 2016, as taxas de cobertura dos rastreios do vírus da Hepatite B variaram entre os 18% e os 88% consoante o grupo de utentes.

Em 2016, as prevalências de AgHBs+ variaram entre os 0% e os 5% consoante os grupos de utentes, sendo ligeiramente superiores nos subgrupos de injetores. Estas prevalências foram muito idênticas ao longo do quadriénio 2013-2016.

⁵⁵ Ver Quadro 68 e Quadro 70, no Anexo deste Relatório.

A proporção de novas infeções⁵⁶ nos utentes em ambulatório foi de 2%, sendo que entre os que iniciaram tratamento em 2016, as proporções variaram entre 1% (utentes readmitidos) e 2% (novos utentes).

Quadro 8 - Hepatite B nos Utes em Tratamento da Toxicodependência*

(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2016

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 em Tratamento no Ano ^{b)}	66%	5%	2%	76%	6%	3%
Novos Utes ^{c)}	18%	2%	2%	40%	..	..
Utes Readmitidos	53%	2%	1%	65%	3%	..
Unidades de Desabitação						
Rede Pública	80%	2%	–	81%	3%	–
Rede Licenciada	80%	3%	–	76%	3%	–
Comunidades Terapêuticas						
Rede Pública	77%	..	–	64%	..	–
Rede Licenciada	88%	2%	–	90%	3%	–

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2017.

* 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 anos.

Persiste uma elevada comorbilidade de infeção por 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 por parte destas populações, com vista a potenciar os ganhos em saúde entretanto obtidos.

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 toxicodependência.

⁵⁶ Resultados positivos (AgHBs+) nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

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 9 - Doenças Infecciosas nos Reclusos em Tratamento da Toxicodependência

31/12 de cada ano

		2013	2014	2015	2016
Prev. Doenças Infecciosas					
Prevalências	VIH (VIH+)	15%	15%	17%	17%
	Hepatite C (VHC+)	42%	56%	61%	48%
	Hepatite B (AgHBs+)	2%	3%	4%	4%

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 toxicodependência a 31/12/2016⁵⁷, a prevalência de VIH+ era de 17%, enquadrando-se nas registadas nos três anos anteriores, e sendo um pouco superior às verificadas em 2016 nos diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre⁵⁸. A proporção de seropositivos com terapêutica antirretroviral era de 79% a 31/12/2016 (82% em 2015 e 2014 e 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 48%, inferior às registadas nos dois anos anteriores, e próxima às verificadas em 2016 em alguns grupos de utentes em tratamento em meio livre. A prevalência de Hepatite B (AgHBs+), de 4%, foi idêntica à de 2015, e próxima às de alguns grupos de utentes em tratamento em meio livre.

Cerca de 5% da população reclusa em tratamento da toxicodependência apresentava comorbilidade de infeção por VIH e VHC (42% dos infetados por VIH eram positivos para o VHC).

É de notar que a população reclusa em tratamento da toxicodependência continua a apresentar prevalências de positividade para o VIH e Hepatite C bastante superiores às registadas no total da população reclusa⁵⁹.

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

⁵⁷ Segundo informação da DGRSP, a 31/12/2016 estavam 1 248 reclusos em tratamento da toxicodependência.

⁵⁸ Não existe informação disponível sobre o grupo de reclusos injetores.

⁵⁹ No total da população reclusa, a 31/12/2016, as prevalências de VIH+, VHC+ e AgHBs+ eram, respetivamente, cerca de 5%, 13% e de 2% (5%, 17% e de 3% em 2015 e 5%, 15% e 2% em 2014).

4. Mortalidade⁶⁰

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., que apesar da ausência de informação sobre a causa de morte, tinham a vantagem da riqueza e qualidade da informação.

Na sequência de uma das recomendações estratégicas para o ciclo 2009-2012⁶¹ e da implementação de vários procedimentos com vista à melhoria da qualidade das estatísticas nacionais da mortalidade⁶², 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, tendo vindo a ser otimizados nos últimos anos 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 toxicod dependência.

No contexto dos **registos gerais da mortalidade do INE, I.P.**, os dados de 2016 não estavam disponíveis à data da conclusão deste Relatório. Em 2013 e 2014, constataram-se evoluções díspares, consoante o critério considerado - Lista Sucinta Europeia e Protocolo do OEDT -, o que pode estar relacionado com a implementação do certificado médico *online* iniciada em 2013 e concluída em todo o país em 2014, e que permitiu a melhoria da qualidade dos dados⁶³, nomeadamente a otimização da combinação dos códigos incluídos no critério do OEDT e não na Lista Sucinta Europeia, o que exige algumas cautelas na leitura sobre a evolução destes dados. Em 2015 já coincidem as tendências de evolução, constatando-se aumentos face a 2014 em ambos os critérios.

⁶⁰ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências, p. 77-89, disponível em <http://www.sicad.pt>

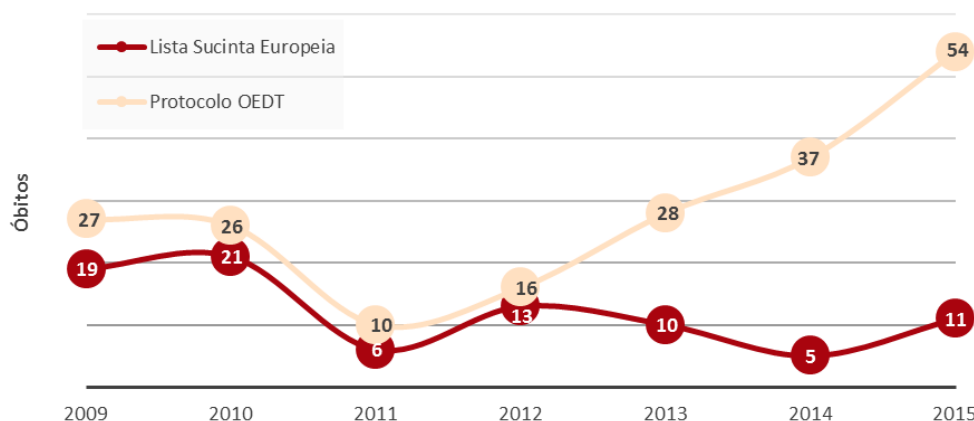
⁶¹ Recomendação feita pela Comissão Técnica do Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicod dependência no âmbito dos trabalhos da Avaliação Interna do Plano de Ação - Horizonte 2008.

⁶² Entre outros, e mais recentemente, a implementação do certificado médico *online* iniciada em 2013. Em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

⁶³ Entre outros, maior celeridade na transmissão da informação e maior explicitação dos fatores e causas de morte, com reflexos a vários níveis, nomeadamente na diminuição da proporção de causas de morte *mal definidas* (9,5%, 8,8%, 6,2% e 6,3% em 2012, 2013, 2014 e 2015).

Segundo a Lista Sucinta Europeia, em 2015 ocorreram 11 mortes causadas por dependência de drogas, toxicomania, representando um acréscimo de +120% em relação a 2014. De acordo com o critério do OEDT, em 2015 registaram-se 54 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas (+46% do que em 2014).

Figura 49 - Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas*, segundo o Ano 2009 - 2015



*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, X42, X62 e Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9), X41, X61 e Y11 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6) e X44, X64 e Y14 (combinando estes últimos três códigos com o código T 40.0-9 e T 43.6). Os dados aqui apresentados referem-se aos óbitos residentes e não residentes registados em Portugal.

Protocolo OEDT – dados 2015 ainda provisórios.

Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico online e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

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

Em 2015, estes 54 óbitos traduziram-se num número médio de anos potenciais de vida perdidos de 26,0 anos e numa taxa de anos potenciais de vida perdidos de 15,6 anos por 100 000 habitantes (25,6 nos homens e 6,1 nas mulheres).

Quadro 10 – Indicadores de Mortalidade - Critério OEDT*

2014 - 2015

Critério - Protocolo OEDT	2014			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Total de óbitos (n.º)	37	33	4	54	43	11
Idade média à morte (anos)	41,6	41,9	38,8	44,8	44,4	46,7
N.º de óbitos < 65 anos	36	32	4	52	42	10
Taxas de mortalidade padronizadas para todas as idades (100 000 hab.)	0,4	0,7	0,1	0,5	0,8	0,2
Taxas brutas de mortalidade (100 000 hab.)	0,4	0,7	0,1	0,5	0,9	0,2
N.º de anos potenciais de vida perdidos	1 060	935	125	1 378	1 103	275
Taxa de anos potenciais de vida perdidos (100 000 hab.)	11,9	21,5	2,7	15,6	25,6	6,1
N.º médio de anos potenciais de vida perdidos	29,4	29,2	31,3	26,0	25,6	27,5
Taxas padronizadas de anos potenciais de vida perdidos (100 000 hab.)	11,8	21,6	2,3	14,1	22,9	6,0

* De acordo com o critério do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, que inclui os seguintes códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, X42, X62 e Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9), X41, X61 e Y11 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6) e X44, X64 e Y14 (combinando estes últimos três códigos com o código T 40.0-9 e T 43.6). Os dados aqui apresentados referem-se aos óbitos residentes e não residentes registados em Portugal.

Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico online e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

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

Quanto às causas de morte, 8 dos 11 casos registados em 2015 segundo o critério da Lista Sucinta Europeia foram atribuídos a *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (CID10: F19.2), causa que inclui os policonsumos.

Os 54 óbitos registados em 2015 segundo o critério do OEDT incluem, para além destes 11 casos (20%), 43 óbitos (80%) por intoxicação (acidental ou intencional) sobretudo devido a opiáceos e à cocaína.

Quadro 11 - Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas, segundo o Ano, por Causa de Morte*
2013 - 2015

Causa de Morte	Códigos - CID-10	2013	2014	2015
Total		28	37	54
Perturbações mentais e do comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas	F11, F12, F14, F15, F16 e F19	10	5	11
Dependência múltipla ou outra	(F19.2)	10	5	8
Intoxicações (acidentais, intencionais e intoxicações cuja a intenção é indeterminada)	X42, X62 e Y12 - T40.0-9 X41, X61 e Y11 - T43.6 X44, X64 e Y14 - T40.0-9 e T43.6	18	32	43
Cocaína	(X42 / X44 / X62 / Y12 - T40.5)	4	16	12
Opiáceos	(X42 / X62 / Y12 - T40.0-4)	5	13	27

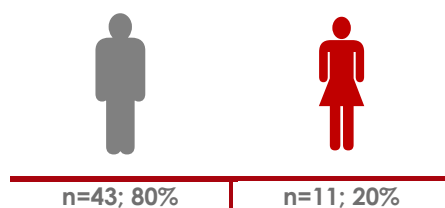
* De acordo com o critério do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, que inclui os seguintes códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, X42, X62 e Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9), X41, X61 e Y11 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6) e X44, X64 e Y14 (combinando estes últimos três códigos com o código T 40.0-9 e T 43.6). Os dados aqui apresentados referem-se aos óbitos residentes e não residentes registados em Portugal.

Estão discriminadas apenas as subcategorias não sujeitas a segredo estatístico (Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio).

Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico *online* e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

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

Figura 50 - Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas*, segundo o Sexo
2015



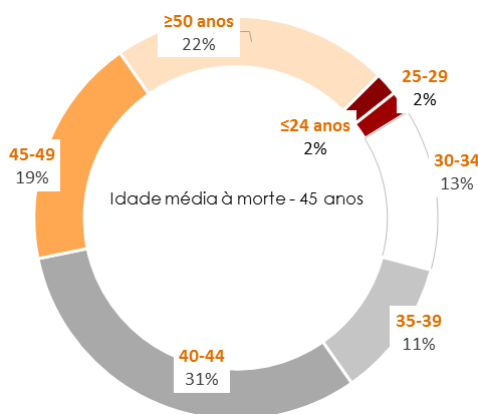
* Critério – Protocolo OEDT (dados provisórios). Os dados aqui apresentados referem-se aos óbitos residentes e não residentes registados em Portugal.

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

A maioria destes óbitos era do sexo masculino (80%), aumentando no entanto a proporção de mulheres face a 2014.

Os grupos etários quinquenais com mais óbitos registados foram os de 40-44 anos (31%) e ≥ 50 anos (22%), sendo a idade média de 45 anos. É de notar ainda, a proporção de casos de jovens e jovens adultos (17%).

Figura 51 - Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas*, segundo o Grupo Etário (%)
2015



* Critério – Protocolo OEDT (dados provisórios).

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

A maioria residia em Portugal Continental (93%), com destaque para a A.M. Lisboa (35%) e a região Norte (20%).

Figura 52 - Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas*,
por Região de Residência (NUTS II)**
2015



* Critério – Protocolo OEDT (dados provisórios).

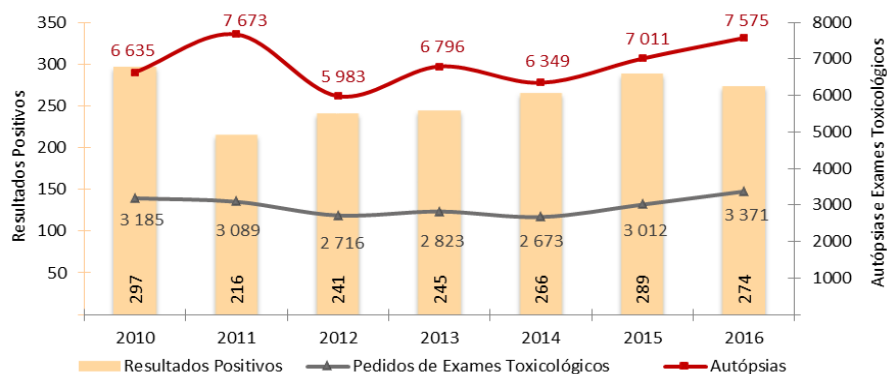
** Dois óbitos com residência no estrangeiro.

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 2016, foram realizadas no INMLCF, I.P. 7 575 autópsias, sendo que em 3 371 dos casos (45%) foram solicitados exames toxicológicos, uma percentagem que se enquadra nas dos últimos anos. O

número de casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas (274) foi inferior ao de 2015 e superior aos registados entre 2011 e 2014, mantendo-se a proporção de positividade no conjunto dos exames efetuados (8%) dentro dos valores registados nos últimos anos.

Figura 53 - Autópsias, Exames Toxicológicos* e Resultados Positivos *Post-mortem*, segundo o Ano
2010 – 2016



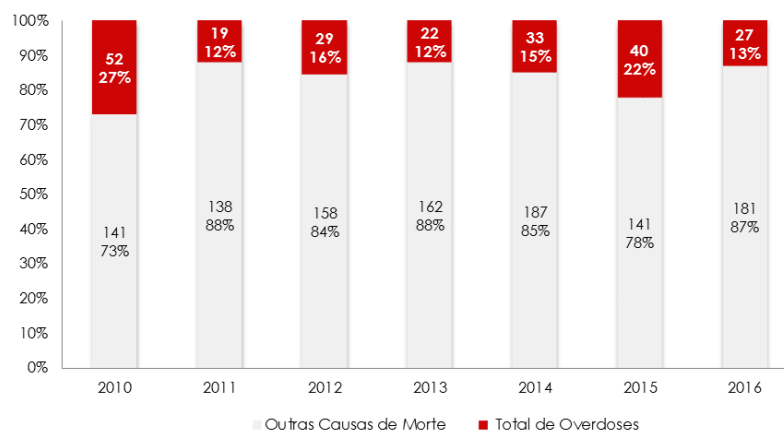
* Pedidos de exames toxicológicos de substâncias psicotrópicas ou estupefacientes, efetuados no INMLCF, I.P..

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

Em 2016, dos 274 óbitos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas foi possível, à data de conclusão deste Relatório, obter informação sobre a causa de morte em 76% dos casos (208 óbitos), uma percentagem que se enquadra nas verificadas nos últimos anos⁶⁴.

Destes, 13% foram considerados overdoses com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

Figura 54 - Causas de Morte* dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano
2010 – 2016



* Casos com informação sobre a causa de morte direta e etiologia médico-legal à data da recolha de informação.

Data da recolha da informação: 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação.

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

⁶⁴ Trata-se de óbitos que exigem investigação médico-legal e consequentemente com algumas dificuldades na celeridade da recolha dessa informação. Em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008, as proporções de óbitos com informação sobre a causa de morte à data da recolha de dados foram, respetivamente de 63%, 83%, 75%, 78%, 73%, 65%, 74% e de 82%.

Após os aumentos nos dois anteriores, em 2016 diminuiu o número de overdoses (-33%), mantendo-se os valores registados nos últimos seis anos aquém dos registados entre 2008 e 2010.

Quadro 12 - Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Tipo de Substância

2010 - 2016

Tipo de Substância	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Total	52	100	19	100	29	100	22	100	33	100	40	100	27	100
Cannabis	..	..	3	15,8	1	3,4	4	18,2	8	24,2	12	30,0	5	18,5
Só	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0	..	..	..	..
Associada apenas com álcool	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0	..	..	..	..
Associada apenas com opiáceos ^{a)}	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0	..	..	..	..
C/ outras substâncias não opiáceas	..	..	3	15,8	1	3,4	1	4,5	4	12,1	9	22,5	4	14,8
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias	..	..	..	..	..	..	3	13,7	1	3,0	3	7,5	1	3,7
Cocaína	26	50,0	5	26,3	15	51,7	8	36,4	21	63,6	11	27,5	9	33,3
Só	3	5,8	2	10,5	3	10,3	..	..	1	3,0	1	2,5	2	7,4
Associada apenas com álcool	2	3,8	..	..	3	10,3	..	..	..	..	2	5,0	..	..
Associada apenas com opiáceos ^{a)}	5	9,6	1	5,3	1	3,4	..	..	5	15,2	2	5,0	1	3,7
C/ outras substâncias não opiáceas	3	5,8	..	..	3	10,3	6	27,3	8	24,2	3	7,5	5	18,5
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias	13	25,0	2	10,5	5	17,3	2	9,1	7	21,2	3	7,5	1	3,7
Opiáceos^{a)}	38	73,1	8	42,1	14	48,3	10	45,5	15	45,4	21	52,5	12	44,4
Só	4	7,7	1	5,3	1	3,4	1	4,5	1	3,0	2	5,0	1	3,7
Associados apenas com álcool	7	13,5	2	10,5	2	6,9	2	9,1	..	..	4	10,0	4	14,8
C/ outras substâncias	27	51,9	5	26,3	11	37,9	7	31,8	14	42,4	15	37,5	7	25,9
Metadona	8	15,4	10	52,6	9	31,0	6	27,3	14	42,4	10	25,0	10	37,0
Só	..	..	1	5,3	2	6,9	..	..	2	6,1	1	2,5	..	..
Associada apenas com álcool	..	..	1	5,3	..	..	..	..	1	3,0	..	..	..	..
Associada apenas com opiáceos ^{a)}	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,7
C/ outras substâncias não opiáceas	8	15,4	7	36,8	3	10,3	6	27,3	10	30,3	7	17,5	9	33,3
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias	..	..	1	5,3	4	13,8	..	..	1	3,0	2	5,0	..	..
Buprenorfina	..	..	..	..	..	..	1	4,5	..	..	..	..	..	..
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias	..	..	..	..	..	..	1	4,5	..	..	..	..	..	..
Anfetaminas	..	..	1	5,3	..	..	..	..	1	3,0	..	..	1	3,7
C/ outras substâncias não opiáceas	..	..	1	5,3	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,7
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0	..	..	..	..
Alucinogénios	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,7
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,7
Drogas Sintéticas	..	..	1	5,3	1	3,4	3	13,6	2	6,1	1	2,5	3	11,1
Só	..	..	..	..	1	3,4	1	4,5	..	..	..	..	..	..
Associada apenas com álcool	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	2,5	..	..
C/ outras substâncias não opiáceas	..	..	1	5,3	..	..	2	9,1	1	3,0	..	..	3	11,1
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,0	..	..	..	..

Data da recolha da informação: 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação.

a) Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

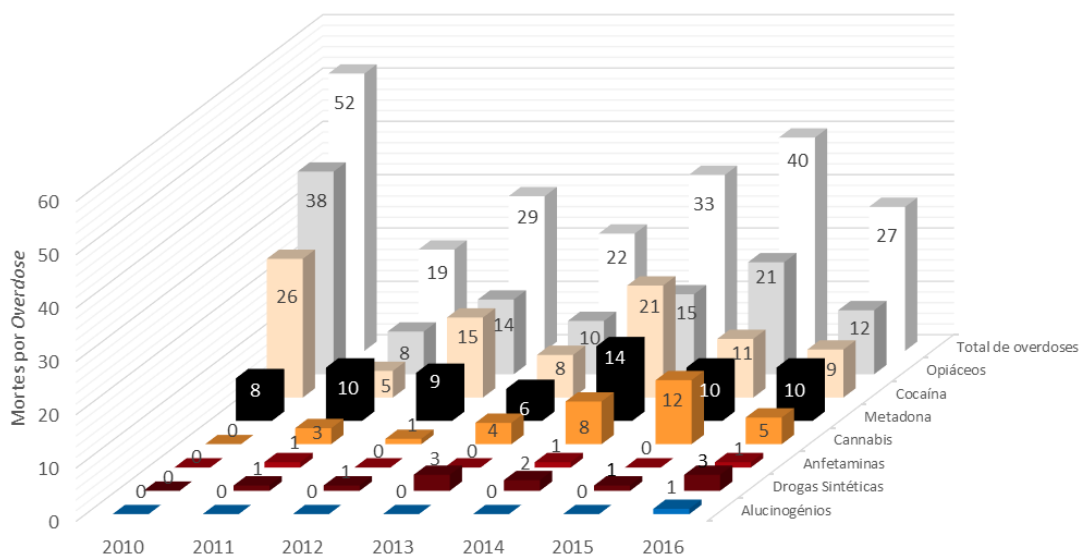
Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em relação às substâncias detetadas nestas overdoses, são de destacar os opiáceos⁶⁵ (44%), a metadona (37%) e a cocaína (33%). É de referir que os 3 casos incluídos nas drogas sintéticas referem-se a MDMA.

Tal como ocorrido nos anos anteriores, na maioria destas overdoses (89%) foram detetadas mais do que uma substância (90%, 85%, 91%, 76%, 79% e 87%, para os anos 2015 a 2010 respetivamente), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas.

⁶⁵ Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

Figura 55 - Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Tipo de Substância*
2010 - 2016



Data da recolha da informação: 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação.

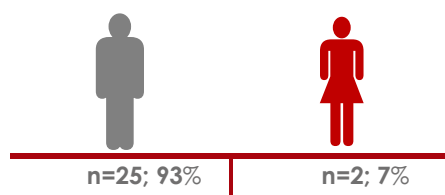
* Pode ter sido detetada mais do que uma substância por caso.

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

Ainda neste contexto, importa referir, em combinação com as substâncias ilícitas, os casos de overdose com álcool (44%, 30%, 21%, 36%, 38%, 37% e 44% para os anos 2016 a 2010 respetivamente), bem como com benzodiazepinas (41%, 43%, 46%, 50%, 28%, 42% e 35% para os anos 2016 a 2010 respetivamente).

Em 2016, uma vez mais a maioria dos casos de overdose (93%) pertenciam ao sexo masculino (85%, 88%, 82%, 97%, 84%, 88% e 96%, em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010).

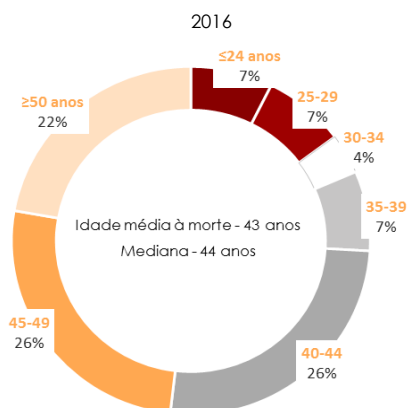
Figura 56 - Mortes por Overdose, segundo o Sexo
2016



Data da recolha da informação: 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação.

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 (82%), sendo a idade média e a mediana de 43 anos e de 44 anos. O grupo feminino apresentou uma idade média e mediana (ambas 38 anos) inferior ao masculino (respetivamente 43 e 45 anos).

Figura 57 - Mortes por Overdose, segundo o Grupo Etário (%)

Data da recolha da informação: 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação.

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 (181 casos em 2016), é de referir que, tal como nos anos anteriores, foram predominantemente atribuídas⁶⁶ a acidentes (39%), seguindo-se-lhes a morte natural (35%), suicídio (16%) e homicídio (4%).

Quadro 13 - Outras Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos*, segundo o Ano, por Causa de Morte*

2010 - 2016

Outras Causa de Morte*	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Total	141	100	138	100	158	100	162	100	187	100	141	100	181	100
Acidente ^{a)}	67	47,5	66	47,8	71	44,9	71	43,8	75	40,1	50	35,5	71	39,2
Homicídio	10	7,1	8	5,8	17	10,8	12	7,4	8	4,3	9	6,4	8	4,4
Natural	30	21,3	35	25,4	39	24,7	53	32,7	66	35,3	46	32,6	64	35,4
Suicídio	20	14,2	19	13,8	23	14,5	20	12,4	32	17,1	28	19,8	28	15,5
Causa Indeterminada	14	9,9	10	7,2	8	5,1	6	3,7	6	3,2	8	5,7	10	5,5

Data da recolha da informação: 2.º semestre do ano seguinte ao que se reporta a informação.

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

a) Inclui acidentes de viação, 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, uma vez mais as substâncias ilícitas mais presentes foram a cannabis (53%) e os opiáceos (33%)⁶⁷, seguindo-se-lhes a cocaína (17%) e a metadona (15%). É de referir também a presença de drogas sintéticas em 5 casos (4 com MDMA e 1 com m-CPP). Na maioria destas mortes (64%) foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar também em associação com as substâncias ilícitas, o álcool (31%) e as benzodiazepinas (27%).

Por último, sendo o número de overdoses nos últimos 3 anos um dos indicadores das metas do PNRCAD 2013-2020, importa referir que foi ultrapassada a diminuição de 10% definida para o primeiro ciclo de ação (-21%).

⁶⁶ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

⁶⁷ Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

No que se refere à **mortalidade relacionada com o VIH e 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 ainda uma subnotificação nos registos do INSA face ao número total de óbitos por doença pelo VIH (CID10) disponibilizados pelo INE⁶⁸, apesar das tendências observadas serem similares nas duas fontes de registos.

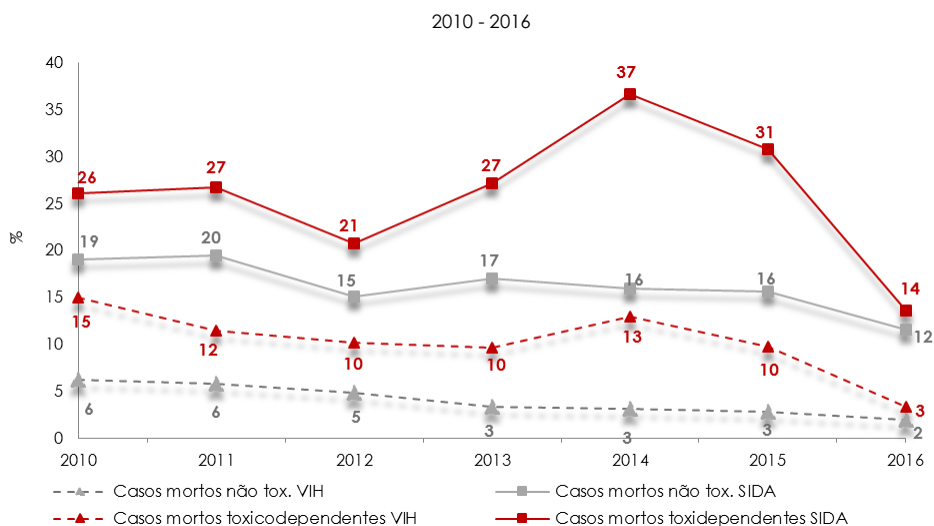
À data da recolha da informação⁶⁹ tinham sido notificados 11 020 óbitos em casos de infeção por VIH desde 01/01/1983 até 31/12/2016, 50% em casos relacionados com a toxicodependência. Dos óbitos notificados, 8 879 ocorreram em casos classificados como SIDA, 50% dos quais associados à toxicodependência.

A mortalidade observada nos casos de infeção por VIH era de 29% (sobrevida 71%) na categoria de transmissão associada à toxicodependência e de 15% (sobrevida 85%) nos restantes casos. A mortalidade observada nos casos de SIDA era de 48% (sobrevida 52%) na categoria da toxicodependência e de 36% (sobrevida 64%) nos restantes casos.

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 58 - Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA:

% de Mortos segundo o Ano do Diagnóstico, em Casos Associados ou não à
Toxicodependência*



Data da recolha da informação: 30 de junho de 2017.

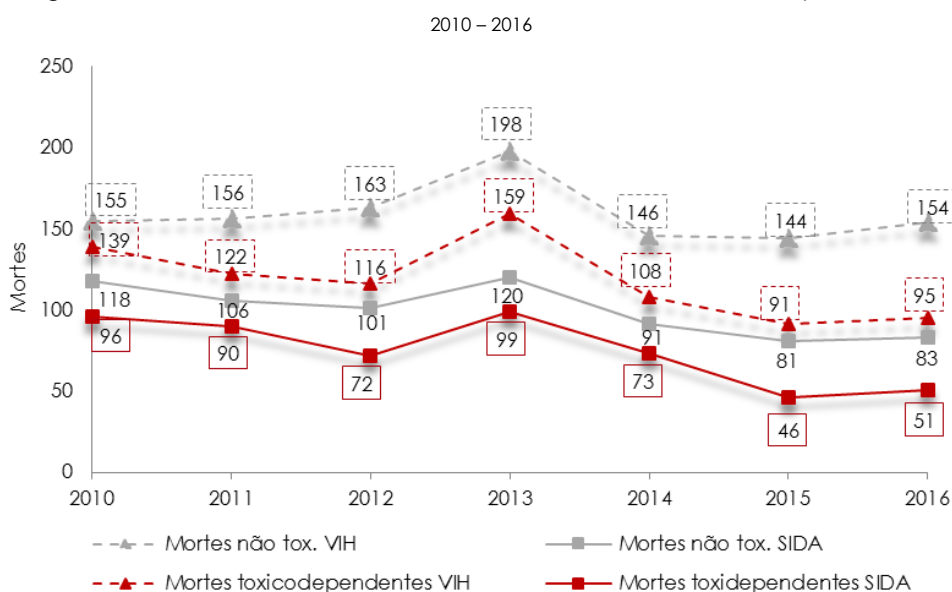
* A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios.

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

⁶⁸ Estão a ser realizados esforços no sentido da melhoria da informação relativa às notificações. Ver nota 45 no capítulo *Doenças Infecciosas* deste Relatório.

⁶⁹ 30 de junho de 2017.

Figura 59 - Notificações de Óbitos em Casos de Infecção 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 2017.

* 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

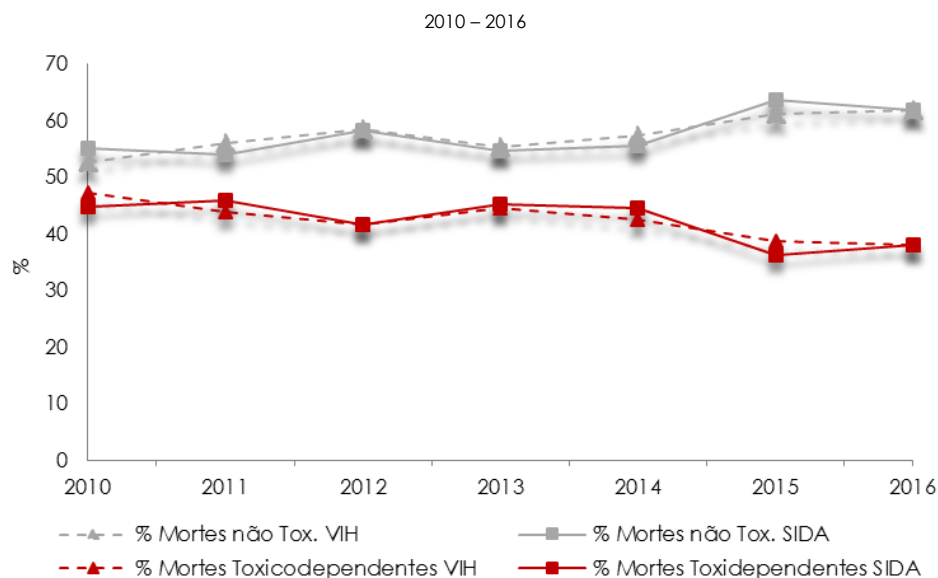
Foram notificados 253 óbitos ocorridos em 2016 em casos de infecção por VIH, 38% associados à toxicodependência. Dos 135 destes óbitos ocorridos em casos de SIDA, 38% estavam associados à toxicodependência. É de notar que, para os óbitos ocorridos em 2016, 81% dos óbitos associados à toxicodependência ocorreram mais de 10 anos após o diagnóstico inicial da infecção, enquanto nos restantes óbitos só 42% apresentaram intervalos de tempo equivalentes, o que evidencia o investimento no acompanhamento da população toxicodependente com VIH.

A distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia, para os casos de infecção 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.

Existindo 1 indicador nas metas do PNRCAD 2013-2020 sobre as *notificações de mortes ocorridas nos últimos 3 anos de casos com SIDA associados à toxicodependência*, importa referir que foi ultrapassada a diminuição de 3 pontos percentuais definida para o primeiro ciclo de ação.

Figura 60 - 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*



Data da recolha da informação: 30 de junho de 2017.

* 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 (casos acumulados desde 01/01/1983 até 31/12/2016) 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. Se considerarmos apenas os óbitos em casos de infeção por VIH associados à toxicodependência ocorridos no último quadriénio, cerca de 38% residiam no distrito de Lisboa, 23% no do Porto, 19% no de Setúbal e 9% no distrito de Faro.

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 óbito⁷⁰, 67% tinham idades compreendidas entre 25-39 anos, sendo relevante a proporção de jovens e jovens adultos (54% entre os 15-34 anos). Estas proporções não diferem muito das registadas nos óbitos em casos de SIDA associados à toxicodependência (69% entre os 25-39 anos e 57% entre os 15-34 anos).

É de notar que se forem considerados os óbitos em casos de infeção por VIH relacionados com a toxicodependência ocorridos apenas no último quadriénio, a proporção do grupo masculino é semelhante (85%), mas verifica-se um envelhecimento, com uma diminuição relevante da proporção de óbitos em idades compreendidas entre os 25-39 anos (19%) e em particular da proporção de jovens e jovens adultos (6% entre os 15-34 anos).

⁷⁰ Cálculos efetuados com base na relação entre a idade à data do ano de diagnóstico e o ano de óbito.

5. Contraordenações⁷¹

5.1. Processos e Decisões

No âmbito das contraordenações por consumo de drogas⁷², nas 18 Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência com sede em cada capital de distrito de Portugal Continental, foram instaurados 10 765 processos⁷³ relativos às ocorrências de 2016, representando o valor mais elevado desde 2001 e um ligeiro aumento (+4%) em relação a 2015.

Quadro 14 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito

2016 e variações relativas a 2015 / 2013 / 2010

Distrito	2016	%	Δ 15-16	Δ 13-16	Δ 10-16
Total	10 765	100,0	3,7	23,3	47,2
Aveiro	673	6,2	-14,0	14,1	31,7
Beja	142	1,3	-23,2	25,7	-17,9
Braga	1 033	9,6	3,4	34,2	49,5
Bragança	95	0,9	20,3	25,0	72,7
Castelo Branco	188	1,7	63,5	132,1	168,6
Coimbra	266	2,5	6,4	29,1	-7,0
Évora	126	1,2	9,6	96,9	40,0
Faro	954	8,9	23,4	44,1	70,1
Guarda	285	2,6	87,5	176,7	193,8
Leiria	451	4,2	2,5	35,4	142,5
Lisboa	2 252	20,9	12,3	75,8	64,6
Portalegre	96	0,9	-22,0	-22,0	21,5
Porto	1 851	17,2	-15,5	-31,1	2,8
Santarém	370	3,4	-4,6	39,6	166,2
Setúbal	1 374	12,8	29,1	65,9	116,0
Viana do Castelo	248	2,3	-17,1	8,8	10,2
Vila Real	139	1,3	-9,2	71,6	10,3
Viseu	222	2,1	-16,9	-6,7	0,5

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

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

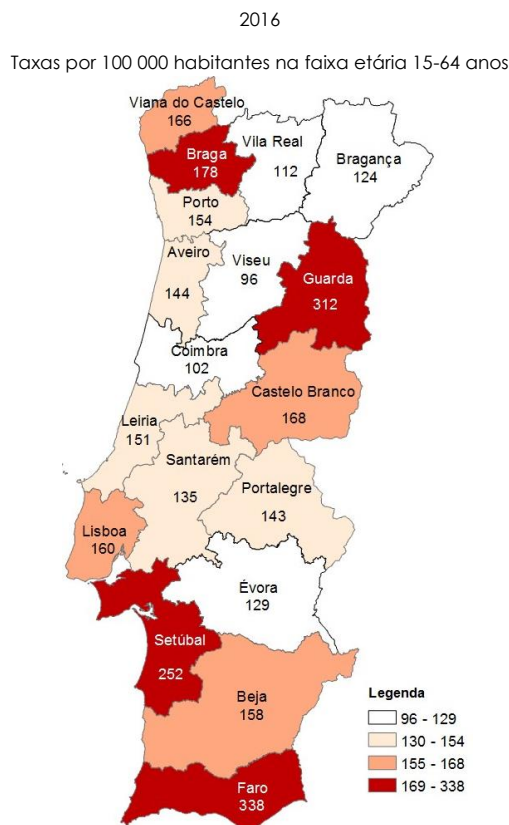
⁷¹ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 91-113, disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados apresentados neste capítulo é o Registo Central dos processos de contraordenação (Portaria n.º 604/2001, de 12 de junho), sendo que em 2015 este foi desativado, entrando em funcionamento o Sistema de Gestão de Informação Processual (SGIP). De um modo geral, a informação tem sido recolhida no final do primeiro trimestre do ano seguinte a que se reportam os dados.

⁷² 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.

⁷³ Cada processo corresponde a uma ocorrência e a um indivíduo.

Comparativamente a 2015, verificaram-se acréscimos do número de processos na maioria dos distritos, registando-se os mais elevados, em valores absolutos, nos distritos de Setúbal, Lisboa, Faro e Guarda, e em valores percentuais, nos distritos da Guarda e de Castelo Branco.

Figura 61 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito



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

Pelo terceiro ano consecutivo e contrariamente ao sucedido nos anos anteriores, houve um maior número de ocorrências remetidas pela GNR (56% das ocorrências de 2016) do que pela PSP (36%), seguindo-se-lhes os Tribunais (8%).

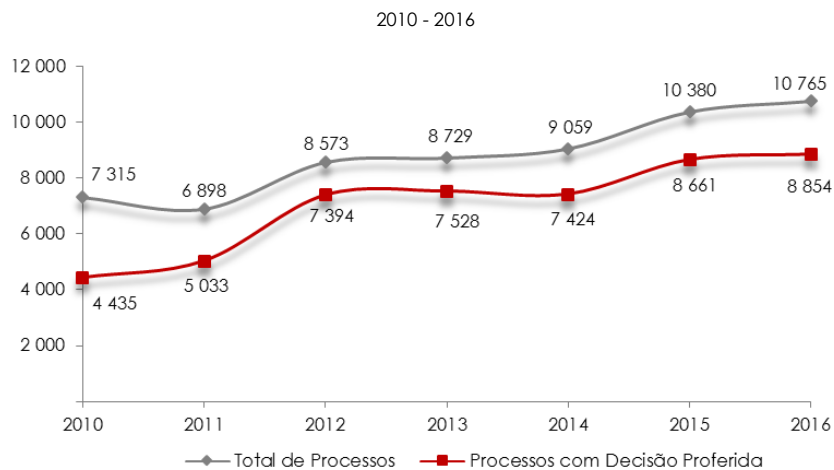
À data da recolha de informação cerca de 82% dos processos relativos às ocorrências de 2016 tinham decisão proferida (61% já arquivados), constatando-se no último quadriénio um aumento da capacidade decisória por comparação ao anterior⁷⁴, tanto mais relevante quanto, os números de processos registados nestes anos foram os mais elevados desde 2001.

Das 8 854 decisões proferidas⁷⁵ sobre estas ocorrências, cerca de 80% foram suspensivas, 18% punitivas e 1% absolutórias.

⁷⁴ A diminuição da pendência esteve relacionada com o investimento feito na eficácia e eficiência processual (ver informação no Relatório de Atividades SICAD, 2016).

⁷⁵ A informação sobre as diligências e encaminhamentos realizados para as respostas preventivas, de tratamento ou outras, consta no Relatório de Atividades SICAD, 2016.

Figura 62 - Processos de Contraordenação e Decisões*, segundo o Ano**

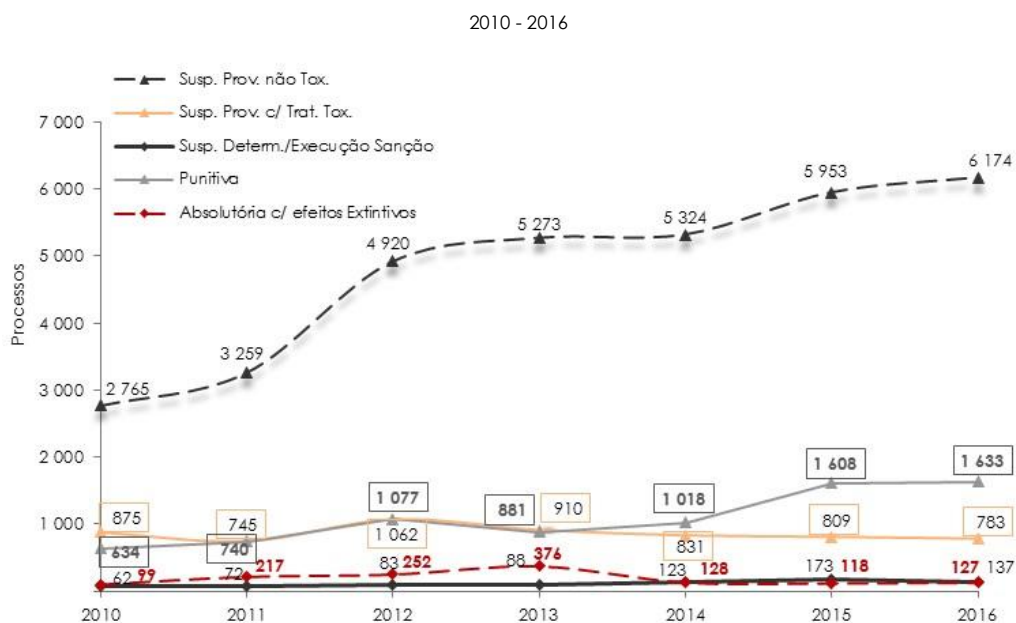


* Na leitura dos dados sobre as decisões proferidas deve ser considerado que algumas CDT estiveram em determinados períodos a funcionar sem *quórum*, o que condicionou a capacidade decisória na aplicação da Lei n.º 30/2000 e as consequentes diligências processuais. Por outro lado, persistem lacunas relacionadas com o número insuficiente de profissionais em algumas CDT.

** Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. De um modo geral, a informação tem sido recolhida no final do primeiro trimestre do ano seguinte a que se reportam os dados.

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

Figura 63 - Processos de Contraordenação, segundo o Ano*, por Tipo de Decisão**



* Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. De um modo geral, a informação tem sido recolhida no final do primeiro trimestre do ano seguinte a que se reportam os dados.

** 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. Por outro lado, persistem lacunas relacionadas com o número insuficiente de profissionais em algumas CDT.

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

Uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (70%), registando-se nos últimos cinco anos um aumento contínuo deste tipo de processos, muito provavelmente reflexo da mobilização e investimento das forças de segurança em estratégias de intervenção precoce, identificando e sinalizando consumidores de baixo risco e risco moderado relativamente aos seus consumos.

Seguiu-se-lhes as decisões punitivas (18%) e as suspensões provisórias dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (9%).

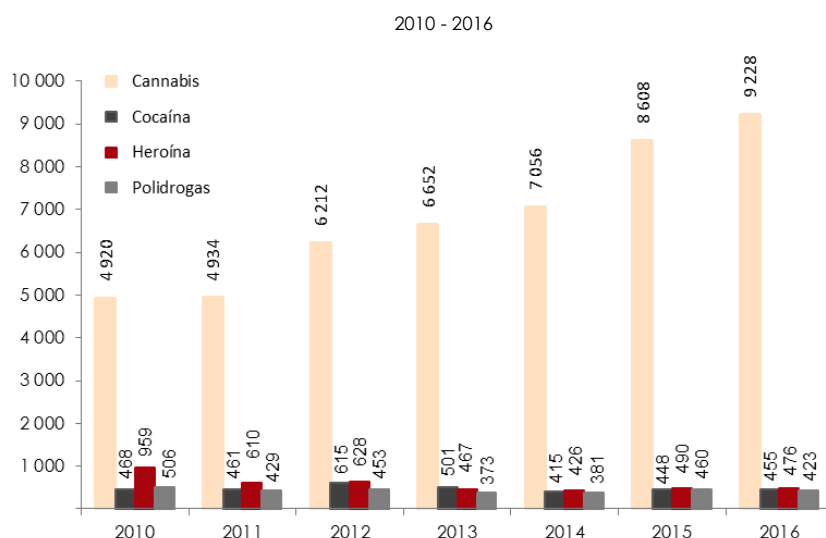
Nas decisões punitivas continua a predominar a aplicação de sanções não pecuniárias, particularmente as relacionadas com a apresentação periódica em local designado pela CDT, sendo de referir no entanto, a existência de significativas heterogeneidades regionais na aplicação das medidas sancionatórias.

A grande maioria das ocorrências de 2016 envolveram apenas uma droga: 86% só cannabis, 4% apenas heroína, 4% só cocaína e menos de 1% qualquer outra droga.

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 (4%), uma vez mais se destacou a posse de heroína com cocaína. Tal como já sucedido desde 2004, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis, e pelo quinto ano consecutivo a associação de ecstasy com cannabis foi preponderante à de heroína com cannabis.

Figura 64 - Processos de Contraordenação, segundo o Ano*, por Tipo de Droga



* Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. De um modo geral, a informação tem sido recolhida no final do primeiro trimestre do ano seguinte a que se reportam os dados.

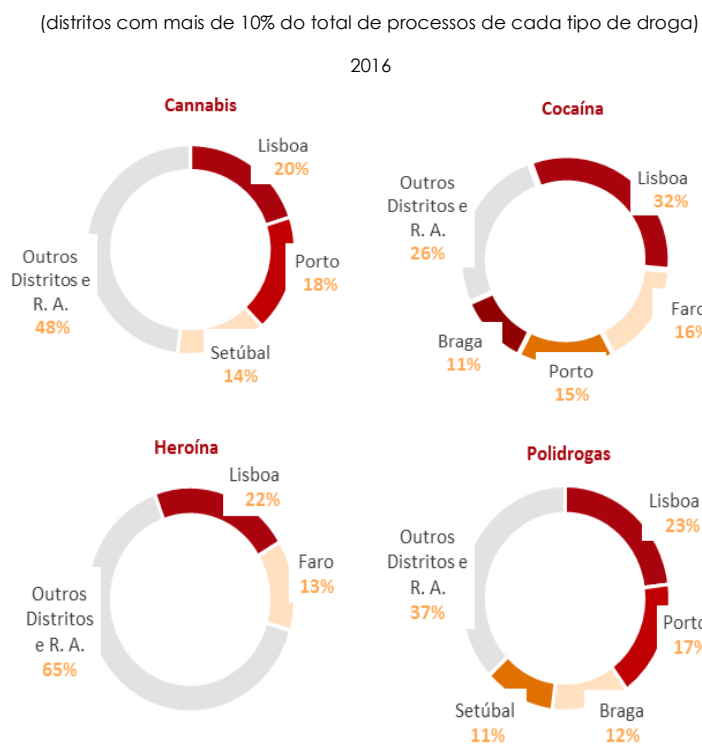
Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMCAD / DMI – DEI

Comparativamente a 2015 constataram-se aumentos no número de processos só de cannabis (+7%), só de ecstasy (+6%) e apenas de cocaína (+2%), diminuindo em contrapartida os relacionados só com heroína (-3%), apenas com *outra droga* (-64%) e dos relacionados com várias drogas (-8%). No quadriénio 2013-2016 registaram-se aumentos contínuos no número de processos relacionados só com ecstasy e dos relacionados só com cannabis, atingindo em 2016 os valores mais elevados desde 2001.

De um modo geral, as tendências verificadas no último quadriénio ao nível das drogas envolvidas nestas infrações relacionadas com a posse para consumo são similares às das infrações relacionadas com a oferta de drogas⁷⁶.

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.

Figura 65 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, segundo a Droga Envolvida, por Distrito (%)



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

No entanto, continuam a existir importantes heterogeneidades regionais nessa distribuição dos processos, tal como é evidenciado na leitura das percentagens intradistritais por tipo de droga⁷⁷:

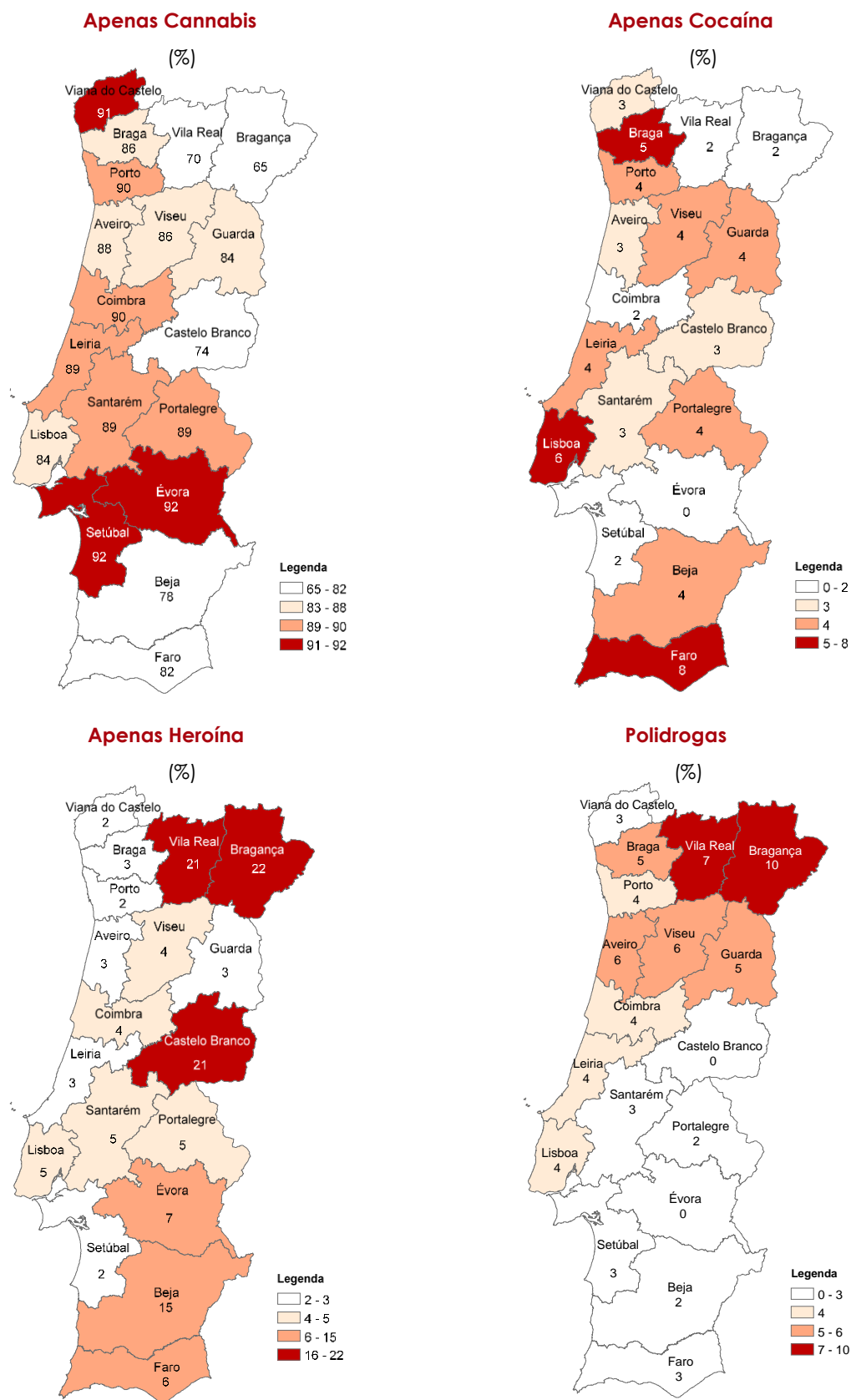
- os processos envolvendo só cannabis variaram a nível distrital entre os 65% (Bragança) e os 92% (Évora e Setúbal);
- os só de cocaína entre os 0% (Évora) e os 8% (Faro);
- os só de heroína entre os 2% (Viana do Castelo, Porto e Setúbal) e os 22% (Bragança);
- e, os processos envolvendo várias drogas variaram entre os 0% (Castelo Branco e Évora) e os 10% (Bragança).

⁷⁶ Ver capítulo *Apreensões Policiais*.

⁷⁷ Considerando como base percentual os processos abertos em cada distrito.

Figura 66 - Percentagens Intradistritais de Processos de Contraordenação por Tipo de Droga

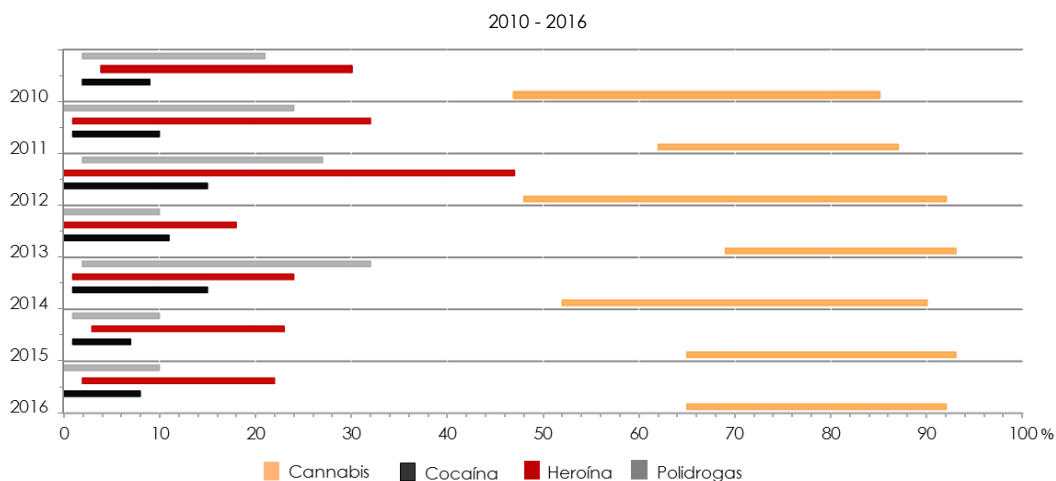
2016



Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMCAD / 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.

Figura 67 - Processos de Contraordenação por Tipo de Droga Intervalos das Percentagens Intradistritais, segundo o Ano

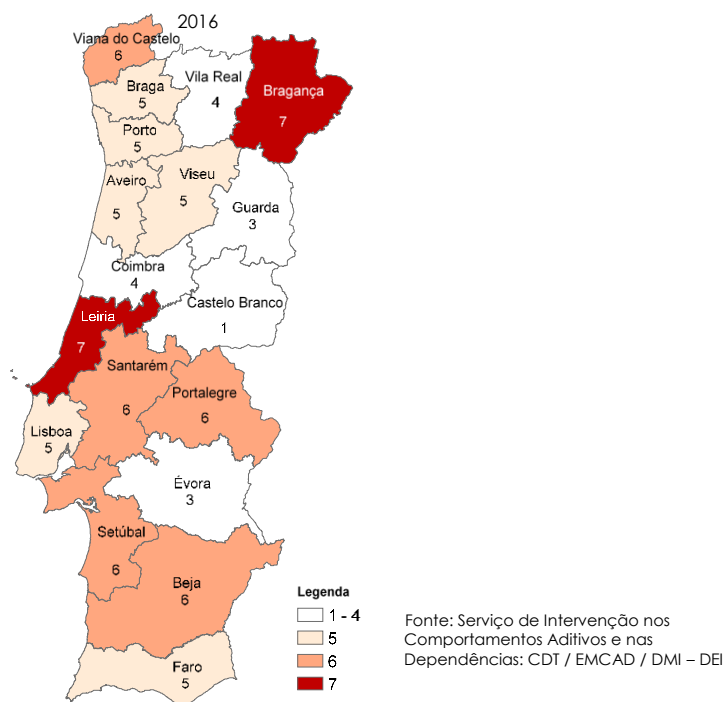


Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMCAD / DMI - DEI

5.2 Indivíduos

Dos 10 052 indivíduos⁷⁸ envolvidos nos processos abertos relativos às ocorrências de 2016 e sem decisão absolutória, cerca de 5% reincidiram ao longo do ano, percentagem que se enquadra nas registadas nos anos anteriores. A grande maioria destes reincidentes (90%) teve apenas uma reincidência no ano.

Figura 68 - Percentagens Intradistritais de Indivíduos Reincidentes no Ano



⁷⁸ 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.

Os distritos de Lisboa e do Porto, com o maior número de indiciados relativos às ocorrências de 2016, foram os que registaram também o maior número de indivíduos reincidentes no ano, destacando-se no entanto, com as mais elevadas percentagens intradistritais de reincidentes no ano, os distritos de Bragança e Leiria.

Cerca de 92% daqueles 10 052 indivíduos eram do sexo masculino e na sua maioria (82%) jovens e jovens adultos. É de notar que, apesar da idade média ser os 27 anos, cerca de 55% tinham idades entre os 16-24 anos.

Tal como nos anos anteriores, eram na sua maioria de nacionalidade portuguesa (91%). Entre os estrangeiros predominavam os europeus (5%), destacando-se o Brasil, França e Cabo Verde, como os países de nacionalidade estrangeira predominantes.

Uma vez mais, eram maioritariamente solteiros (90%) e viviam só com a família de origem (61%). À semelhança dos anos anteriores, predominavam os indivíduos coma frequência do 3.º Ciclo do Ensino Básico ou habilitações superiores (83%) e cerca de 47% estavam empregados, sendo muito expressivo o peso de estudantes (27%).

Quadro 15 - Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação

2016

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Indivíduos em Processos de Contraordenação
Sexo	Masculino	92,3%
Grupo Etário	16-24 anos	54,9%
	25-34 anos	27,5%
	Idade Média / Mediana	27 / 23
Nacionalidade	Portuguesa	91,1%
Estado Civil	Solteiro	90,1%
	Casado / União de Facto	6,8%
Situação Coabitación	Só c/ família de origem	61,2%
	Sozinho	9,6%
	Só c/ companheiro e filhos	4,6%
	Só c/ companheiro	6,0%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	16,7%
	3.º Ciclo	40,1%
	≥ Secundário	43,2%
Situação Profissional	Empregado	46,7%
	Desempregado	22,3%
	Estudante	27,4%

a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem as categorias com maior relevância percentual.
Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMCAD / DMI – DEI

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 dissuasão⁷⁹.

⁷⁹ É de notar que no ciclo de ação 2013-2016 foi realizado um estudo a nível nacional, *Efeitos da Intervenção em Dissuasão baseado na atividade das CDT (Carapinha et al. 2017)*, que evidenciou, na perspetiva desta população, efeitos muito positivos destas intervenções em várias áreas das suas vidas, nomeadamente ao nível dos consumos.

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, 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 evidenciaram que a cannabis continuava a ser a droga ilícita percecionada como de maior **acessibilidade**, refletindo as prevalências de consumo na população portuguesa. Os resultados do *Flash Eurobarometer* realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos, mostraram que 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, por comparação com as médias europeias. A evolução das perceções entre 2011 e 2014 evidencia que aumentou ligeiramente a facilidade percebida de acesso à heroína, à cocaína e ao ecstasy. Em contrapartida, os resultados do ESPAD realizado em 2015 entre os alunos de 16 anos, apontaram para uma diminuição entre 2011 e 2015 da facilidade percebida de acesso ao ecstasy e às anfetaminas e uma estabilidade no caso da cannabis.

Segundo os resultados do INPG 2016/17 na população geral de 15-74 anos, mais de metade dos consumidores da maioria das substâncias ilícitas, consideravam *fácil ou muito fácil* aceder a elas, num período de 24 horas (se desejado), sendo estas proporções tendencialmente superiores entre os jovens consumidores. Entre 2012 e 2016/17 constatou-se uma evolução positiva nestas perceções, no sentido da diminuição da facilidade percebida de acesso a estas substâncias

Também segundo este estudo, a aquisição de drogas via internet ainda tem pouca expressão, e as únicas referências foram feitas pelos consumidores de NSP. A este propósito, é de notar que a referência à aquisição de NSP em lojas (após o seu encerramento) é muito residual, mas ainda assim existente.

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 ao nível dos vários indicadores da oferta, refletindo a prevalência do seu consumo no país. A cocaína continua a ser a segunda droga com valores mais elevados ao nível destes indicadores, mantendo-se a tendência de diminuição da visibilidade da heroína. Em contrapartida, o ecstasy tem vindo a ganhar maior relevo no último quadriénio, com alguns indicadores a registarem em 2016 os valores mais elevados dos últimos dez anos.

Em 2016, uma vez mais o haxixe foi a substância com o maior número de **apreensões** (4 678). Reforçando a tendência iniciada em 2005, seguiu-se-lhe a cocaína (1 130) e, pelo terceiro ano consecutivo o número de apreensões de cannabis herbácea (778) foi superior ao de heroína (774). Uma vez mais as apreensões de ecstasy foram bastante inferiores (266), apesar de representarem o valor mais elevado de sempre. Como habitualmente, foram confiscadas várias outras substâncias, nomeadamente substâncias estimulantes, benzodiazepinas e alucinogénios. Em relação a 2015, registaram-se aumentos no número de apreensões de ecstasy, de haxixe e de cocaína, mantendo-se relativamente estável o número de apreensões de heroína e de cannabis herbácea. No quadriénio 2013-16 e por comparação ao anterior, aumentaram os números de apreensões de cannabis (haxixe e cannabis herbácea) e de ecstasy, e diminuíram as apreensões de cocaína e de heroína.

Quanto às **quantidades apreendidas** registaram-se, entre 2015 e 2016, subidas ao nível da cannabis (haxixe e cannabis herbácea) e do ecstasy, verificando-se em contrapartida, uma diminuição das quantidades apreendidas de cocaína e de heroína. Comparativamente ao quadriénio anterior, em 2013-16 aumentaram as quantidades confiscadas de ecstasy, e as de cannabis herbácea tenderam a aumentar (excluído o valor atípico de 2009 e recuando a 2008). Em contrapartida, desceram as de haxixe e de heroína, e mantiveram-se próximas as quantidades apreendidas de cocaína.

Quanto aos principais países de proveniência das drogas confiscadas em Portugal em 2016, destacaram-se no âmbito do tráfico internacional com as maiores quantidades apreendidas, a Holanda no caso da heroína e do ecstasy, o Brasil e a Venezuela no da cocaína e Marrocos no caso do haxixe. Portugal continua a funcionar como país de trânsito de importantes quantidades de haxixe e de cocaína provenientes de Marrocos e da América Latina com destino à Europa. Recentemente tem sido detetada uma nova tendência de trânsito por aeroportos nacionais de consideráveis quantidades de ecstasy proveniente da Europa Central, em especial da Holanda, com destino ao Brasil.

Segundo a PJ, mais recentemente tem vindo a crescer a utilização da internet, em particular da *darknet*, para comercialização de diversos tipos de substâncias psicoativas, mas as apreensões ainda são residuais comparativamente aos mercados tradicionais.

No âmbito dos mercados de tráfico e de tráfico-consumo, os **preços** médios das drogas confiscadas em 2016 apresentaram algumas alterações face a 2015, em particular as descidas da cocaína e da heroína. Entre 2013 e 2016, verifica-se uma tendência de diminuição do preço médio do haxixe e, em contrapartida, um aumento do preço da cannabis herbácea. Por outro lado, no caso da cocaína e da heroína registaram-se, no último quadriénio, preços médios tendencialmente inferiores aos do quadriénio anterior. De acordo com as análises realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua" das drogas apreendidas, ao longo do último quadriénio, a tendência foi de aumento da **potência/pureza** médias da maioria das drogas apreendidas em Portugal.

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 2016 na identificação de 6 925 **presumíveis infratores** - 30% como traficantes e 70% como traficantes-consumidores -, 5 914 (85%) dos quais foram detidos. O número de presumíveis infratores aumentou em relação a 2015 (+5%), representando o valor mais elevado desde 2002. De um modo geral, no último quadriénio constataram-se tendências similares entre estas infrações relacionadas com a oferta de drogas e as relacionadas com a posse para consumo (contraordenações), entre elas, o acréscimo da importância da cannabis e do ecstasy (neste último, apesar dos valores ainda residuais), assim como, a maior importância relativa da cocaína face à heroína, por comparação com o anterior quadriénio.

Nas decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga, em 2016 registaram-se 1 530 processos-crime findos envolvendo 2 034 indivíduos, na sua maioria (82%) acusados por tráfico. Cerca de 90% dos indivíduos envolvidos nestes processos foram condenados e 10% absolvidos. 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 (20%), 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 domínio da cannabis e a superioridade numérica das condenações pela posse de cocaína em relação às de heroína, consolidando assim as tendências dos últimos anos.

A 31/12/2016 estavam em situação de **reclusão** 2 208 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, número ligeiramente inferior (-4%) ao registado a 31/12/2015. Após a descida contínua do número destes reclusos entre 2002 e 2008, verifica-se uma tendência para um ligeiro acréscimo, apesar dos valores se manterem aquém dos registados até 2007. Estes reclusos representavam a 31/12/2016 cerca de 19% do universo da população reclusa condenada, proporção que se enquadra no padrão registado nos últimos anos. A maioria destes indivíduos (82%) estavam condenados por tráfico, 17% por tráfico de menor gravidade e menos de 1% 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. No âmbito do *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*, um quarto destes jovens apontaram como motivo dos crimes que levaram à medida de internamento atual, a obtenção de dinheiro para o consumo de drogas/álcool e 19% atribuíram a realização dos crimes ao facto de estarem sob o efeito destas substâncias. No seu conjunto, estas motivações foram mencionadas por 33% dos jovens. Por outro lado e numa perspetiva mais abrangente - prática de crimes que levaram *alguma vez* à presença em Centro Educativo -, 60% destes jovens disseram ter estado sob o efeito de drogas pelo menos nalgumas situações em que os cometeram.

1. Alguns Resultados de Estudos⁸⁰

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.

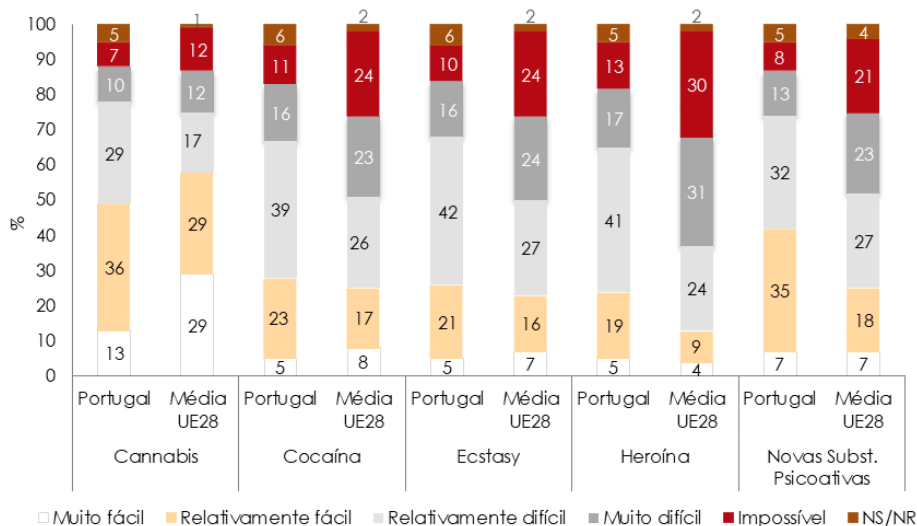
É importante referir, como conclusão transversal aos vários estudos, que existem diferenças significativas entre as perceções dos consumidores e não consumidores destas substâncias, entre elas, o facto dos primeiros percecionarem como mais fácil o acesso a essas substâncias. Tal vem reforçar que estas 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*⁸¹, 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 69 - População Jovem – Eurobarómetro (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

⁸⁰ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 115-118, disponível em <http://www.sicad.pt>

⁸¹ 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 da facilidade de acesso à heroína e à cocaína no contexto da população geral (no grupo da população jovem), tendo sido uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia. Embora estivesse prevista a sua replicação até 2017, tal não se concretizou.

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

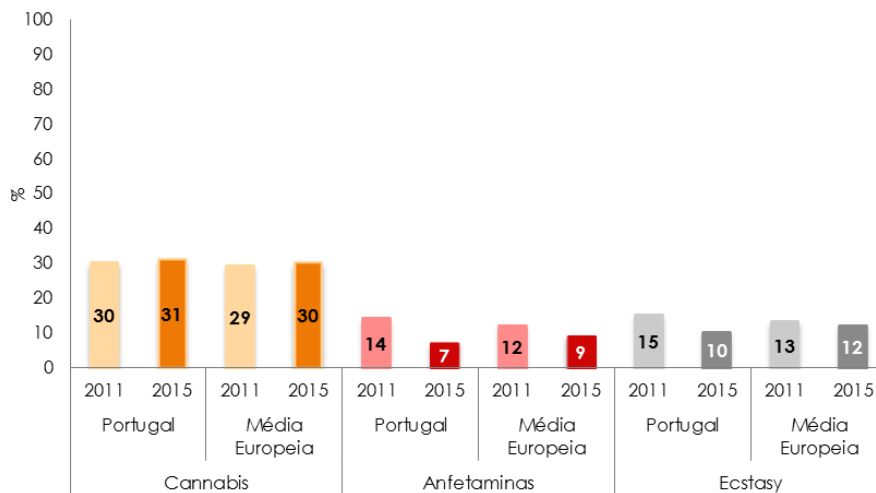
A evolução destas perceções entre 2011 e 2014 evidencia que, com exceção da cannabis, aumentou a facilidade percebida de acesso a todas as substâncias⁸² (*relativamente fácil ou muito fácil*) entre os jovens portugueses, mantendo-se mais estáveis as perceções do conjunto dos jovens europeus.

Segundo os resultados do ESPAD 2015⁸³, também a cannabis continuava a ser considerada pelos alunos de 16 anos como a droga de maior acessibilidade, mantendo-se muito idêntica essa perceção ao longo dos anos (31% em 2015, 30% em 2011 e 29% em 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* obter cannabis).

O ecstasy e as anfetaminas foram considerados pelos alunos de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis, vindo a diminuir ao longo dos anos a facilidade percebida de acesso no caso do ecstasy (10%, 15%, 16% e 21%, em 2015, 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* obter ecstasy), e em 2015 também ao nível das anfetaminas (7%, 14%, 15% e 12%, em 2015, 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* obter anfetaminas). Embora sem informação nos anos anteriores, em 2015 a facilidade percebida de acesso à cocaína foi igual à média europeia (11% referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* obter cocaína).

Figura 70 - 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 / 2015



Fonte: Hibell et al., 2012; ESPAD Group, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

⁸² No estudo de 2011 - *Youth attitudes on drugs* (The Gallup Organization, 2011) - não existem dados para as novas substâncias psicoativas.

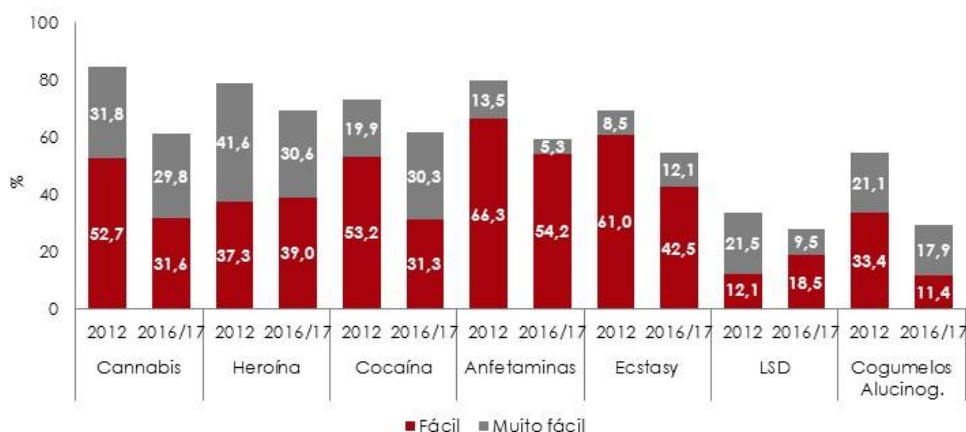
⁸³ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

As médias europeias (*relativamente fácil ou muito fácil obter*) em 2015, 2011, 2007 e 2003, foram respetivamente de 30%, 29%, 33% e 35% para a cannabis, de 12%, 13%, 18% e 17% para o ecstasy, e de 9%, 12%, 15% e 13% para as anfetaminas, sendo importante referir que há variabilidade dos países incluídos nos diferentes anos. Comparativamente às médias europeias de 2015, constata-se que os alunos portugueses de 16 anos tinham uma perceção de facilidade de acesso (*relativamente fácil ou muito fácil*) semelhante quanto à cannabis e cocaína, e ligeiramente inferior em relação ao ecstasy e às anfetaminas.

Nos resultados do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17⁸⁴, realizado na população residente em Portugal (15-74 anos), as questões relativas às perceções sobre a dificuldade de obter substâncias ilícitas num período de 24 horas (se desejado), foram respondidas pelos consumidores dessas substâncias (em qualquer momento ao longo da vida).

Figura 71 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos

Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado)
(% dos Consumidores que responderam relativamente fácil / muito fácil)
2012 / 2016-17



Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em 2016/17, e considerando os consumidores ao longo da vida de cada uma das substâncias, verificou-se que, com exceção dos alucinogénios, mais de metade dos consumidores de cada uma das outras substâncias, consideravam *fácil ou muito fácil* aceder a elas, num período de 24 horas (se desejado). A heroína foi a substância com maior proporção de consumidores a considerarem *fácil ou muito fácil* o acesso (70%), seguindo-se-lhe cocaína (62%), a cannabis (61%), as anfetaminas (60%) e o ecstasy (55%). Quanto aos alucinogénios, as proporções são inferiores e muito idênticas para o LSD e cogumelos (28% e 29%). Estas proporções da facilidade de acesso às substâncias são tendencialmente superiores entre os jovens consumidores.

Entre 2012 e 2016/17 constatou-se uma evolução positiva na perceção sobre a acessibilidade a estas substâncias, no sentido da diminuição da facilidade percebida de acesso.

⁸⁴ Balsa et al., 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

Ainda no âmbito deste estudo, em 2016/17 foram recolhidos dados sobre a aquisição de drogas via internet, apenas existindo referências a este modo de aquisição para as NSP⁸⁵.

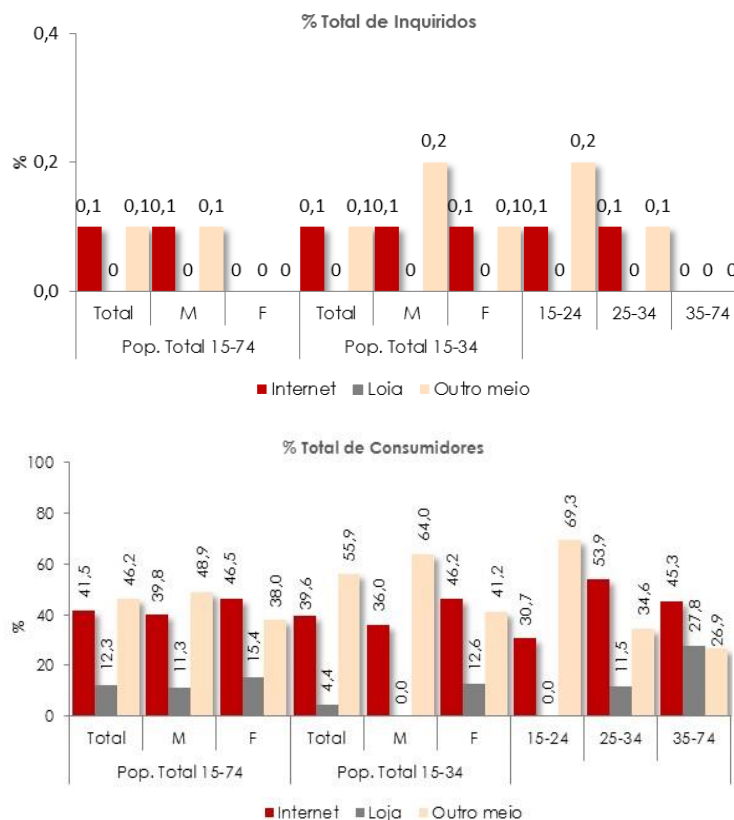
Cerca de 0,1 da população de 15-74 anos, bem como da de 15-34 anos, declarou ter obtido NSP via internet nos últimos 12 meses, sendo as proporções correspondentes nos respetivos grupos de consumidores bem mais relevantes (42% e 40%). Entre os consumidores de NSP, destacam-se as mulheres e o grupo etário dos 25-34 anos com as maiores proporções de aquisição via internet.

É de notar que a referência à aquisição em lojas (após o seu encerramento) é muito residual, mas ainda assim existente, com 12% dos consumidores de NSP nos 15-74 anos e 4% nos de 15-34 anos a declarar este modo de aquisição nos últimos 12 meses.

O modo de aquisição predominante de NSP é *outro meio* que não internet ou lojas, tanto na população de 15-74 anos como na de 15-34 anos, embora no grupo feminino predomine a aquisição via internet.

Figura 72 - População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos

Modo de Obtenção de NSP nos Últimos 12 Meses
(% dos inquiridos e % dos consumidores últimos 12 meses)
2016-17



Fonte: Balsa et al., 2017 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Por último, e porque 2016 corresponde ao final do ciclo de ação 2013-2016, importa referir que dos 5 indicadores das metas do PNRCAD 2013-2020 sobre a *facilidade percebida de acesso às drogas* que têm como fonte vários destes estudos – *ESPAD* e *Eurobarómetro* –, 2 foram atingidos.

⁸⁵ No âmbito de uma outra questão específica para o modo de obtenção de NSP.

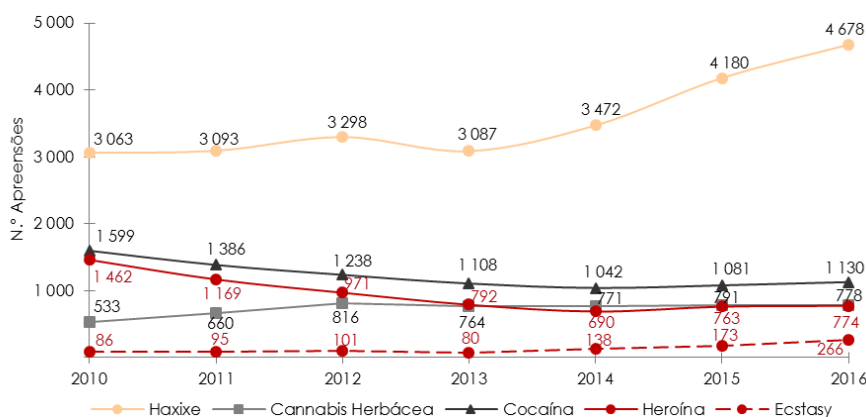
2. Apreensões Policiais⁸⁶

2.1 Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços

Portugal é um país de destino final de vários tipos de drogas ilícitas para abastecimento dos circuitos ilícitos internos visando a satisfação das necessidades de consumo, assim como também continua a ser um país de trânsito de importantes quantidades de haxixe e de cocaína, provenientes de Marrocos e da América Latina, respetivamente, que têm como destino final outros países europeus. Tal resulta da posição geográfica do país e das relações com alguns países da América Latina, como é o caso do Brasil. No caso das rotas da América Latina, os correios de droga, no seu regresso à América Latina, por vezes transportam drogas sintéticas.

Tal como ocorrido desde 2002, em 2016 o haxixe⁸⁷ foi a substância com o maior número de apreensões (4 678). Reforçando a tendência iniciada em 2005, seguiu-se-lhe a cocaína (1 130) e, pelo terceiro ano consecutivo o número de apreensões de cannabis herbácea (778) foi superior ao de heroína (774). Uma vez mais as apreensões de ecstasy registaram números bastante inferiores (266).

Figura 73 - Número de Apreensões, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2010 - 2016



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

Em relação a 2015, registaram-se aumentos no número de apreensões de ecstasy (+54%), de haxixe (+12%) e de cocaína (+5%), mantendo-se relativamente estável o número de apreensões de heroína (+1%) e de cannabis herbácea (-2%). Em relação ao haxixe e à cannabis herbácea, registaram-se nos últimos sete anos os valores mais elevados desde 2002, mantendo-se a tendência de aumento do número de apreensões de cannabis. Apesar de nos últimos dois anos

⁸⁶ Ver o volume Anexo do Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p.119-146 disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados é um módulo do Sistema Integrado de Informação Criminal (SIIC) enviado anualmente ao SICAD pela PJ (março/abril do ano seguinte a que respeitam os dados), e que integra os dados recolhidos através dos Formulários TCD e recebidos na SCIC da UNCTE. A informação relativa a 2016 é a que constava naquele módulo a 05/05/2017. 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.

⁸⁷ Neste capítulo os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

se verificarem ligeiros aumentos nos números de apreensões de heroína e de cocaína, contrariamente à tendência de descida contínua verificada entre 2011 e 2014, nos últimos quatro anos registaram-se os valores mais baixos desde 2002 no caso da heroína, e desde 2005 no caso da cocaína. Quanto ao número de apreensões de *ecstasy*, após os decréscimos verificados entre 2006 e 2009, constata-se desde então uma tendência para um aumento destas apreensões, registando-se em 2016 o valor mais elevado de sempre.

Para além destas apreensões, em 2016 foram confiscadas várias outras substâncias⁸⁸, sendo de destacar pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, algumas substâncias estimulantes, como o 2C-B (1 g nos distritos do Porto e Lisboa), a efedrina (2 comprimidos no distrito de Lisboa), a anfepramona (8 g no distrito de Lisboa) e o clobenzorex (141 g no distrito de Lisboa). São também de destacar as apreensões de metadona pelas quantidades apreendidas, em particular no distrito do Porto.

Quanto às quantidades apreendidas em 2016, verificaram-se aumentos face a 2015 ao nível da cannabis (haxixe e cannabis herbácea) e do *ecstasy*, registando-se uma diminuição das quantidades apreendidas de cocaína e de heroína. No último quadriénio, face ao anterior, aumentaram as quantidades confiscadas de *ecstasy*, e as de cannabis herbácea tenderam a aumentar (excluído o valor atípico de 2009 e recuando a 2008). Em contrapartida, desceram as de haxixe e de heroína, e mantiveram-se próximas as quantidades apreendidas de cocaína.

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 a partir dos últimos anos da década anterior⁸⁹. É de evidenciar, enquanto indicador da produção a nível interno, as apreensões de plantas de cannabis: entre 2010 e 2016 foram apreendidas 42 655 plantas de cannabis, das quais, 23 715 entre 2013 e 2016, e 4 634 em 2016. À semelhança dos anos anteriores, em 2016, cerca de 91% das plantações ilícitas de cannabis descobertas e apreendidas em Portugal eram micro e miniplantações⁹⁰.

Quadro 16 - Droga Apreendida, segundo o Ano, por Tipo de Droga

2010 – 2016

Tipo Droga ^{a)}	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gramas							
Haxixe ^{b)}	34 773 666	14 632 884	18 314 067	8 688 998	32 877 460	2 411 978	7 067 887
Líamba	40 079	107 873	49 390	95 712	108 372	223 726	264 401
Cocaína	3 244 350	3 678 217	4 019 866	2 439 719	3 715 151	6 028 656	1 046 501
Heroína	46 947	72 908	65 541	55 457	38 691	97 273	56 925
Comprimidos							
<i>Ecstasy</i> ^{c)}	48 370	7 791	73 887	14 554	7 169	50 934	151 275

a) As quantidades apreendidas de outras drogas e de outras unidades/formas de apresentação destas drogas constam no Quadro 119 do Anexo deste Relatório.

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 2016, foram apreendidos 2 646 g de *ecstasy* moído e 124 813 comprimidos.

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

⁸⁸ Ver informação constante na nota a) do Quadro 119 do Anexo deste Relatório.

⁸⁹ Ver informação mais detalhada no capítulo *Tendências por Drogas – Cannabis* e informação constante na nota a) do Quadro 119 do Anexo deste Relatório.

⁹⁰ Nos últimos 10 anos, e de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo OEDT, grande parte das apreensões de plantações ilícitas de cannabis em Portugal respeitam a locais de produção *outdoor*, constituindo as micro e miniplantações cerca de 90% do total de plantações descobertas entre 2007 e 2016 (Polícia Judiciária, 2017).

Em 2016, as apreensões envolvendo quantidades significativas⁹¹ representaram 2% do número total de apreensões de haxixe, 4% das de liamba, 5% das de ecstasy, 6% das de heroína, e 18% das apreensões de cocaína. No entanto, em quantidades apreendidas, estas apreensões representaram 87% da liamba apreendida, 91% da heroína confiscada, 95% do ecstasy apreendido, 98% do haxixe confiscado, e a quase totalidade da cocaína apreendida (> 99%).

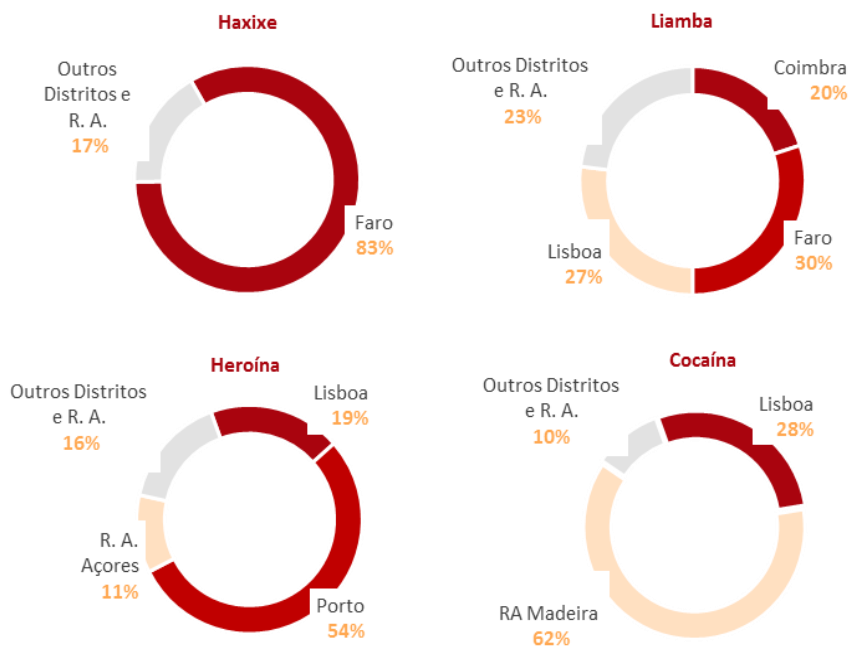
Quanto às rotas das drogas apreendidas em Portugal, de um modo geral não se registaram alterações significativas: a heroína e o ecstasy continuam a vir sobretudo de outros países europeus, o haxixe maioritariamente de Marrocos e a cocaína da América Latina. Em 2016, destacaram-se como os principais países de proveniência, em termos de quantidades, a Holanda ao nível da heroína e do ecstasy, o Brasil e a Venezuela no caso da cocaína e Marrocos no do haxixe. Em relação à *liamba*, em 2016 registaram-se importantes quantidades vindas dos EUA (apesar do reduzido número de apreensões), país não habitual nestes circuitos.

O distrito de Lisboa destacou-se com os números mais elevados de apreensões ao nível das várias substâncias, exceto da heroína, em que o Porto registou um maior número de apreensões. No entanto, em termos de quantidades confiscadas, é o distrito de Faro que se destaca ao nível da cannabis, Porto no caso da heroína, e a Região Autónoma da Madeira ao nível da cocaína.

Figura 74 - 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)

2016



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

Relativamente aos meios utilizados no transporte das drogas confiscadas em 2016, tal como em 2015 destacaram-se com as maiores quantidades apreendidas, o transporte terrestre para a heroína e a liamba, o marítimo e o aéreo para a cocaína, o aéreo para o ecstasy, e o transporte marítimo e o terrestre para o haxixe. Segundo a PJ, mais recentemente tem vindo a crescer a

⁹¹ Consideradas para a heroína e a cocaína as quantidades iguais ou superiores a 100 g e para a cannabis as iguais ou superiores a 1000 g, de acordo com a Organização das Nações Unidas. Para o ecstasy são consideradas as iguais ou superiores a 250 comprimidos. As % aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas, ou, no caso do ecstasy, em comprimidos (as quantidades de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria n.º 94/96 de 26 de março).

utilização da internet, em particular da *darknet*, para comercialização de diversos tipos de substâncias psicoativas, tendo sido detetadas 94 encomendas contendo drogas em 2016⁹².

Quanto à informação sobre os preços das drogas⁹³, e no que se refere aos mercados de tráfico e de tráfico-consumo, os preços médios⁹⁴ das drogas confiscadas em 2016 apresentaram algumas alterações face a 2015, em particular as descidas ao nível da cocaína (48,63€/grama em 2015 e 42,52€/grama em 2016) e da heroína (31,61€/grama em 2015 e 26,27€/grama em 2016).

Entre 2013 e 2016, ao nível da cannabis verifica-se uma tendência de diminuição do preço médio do haxixe e, em contrapartida, um aumento do preço da cannabis herbácea. Por outro lado, registaram-se no último quadriénio, preços médios da cocaína e da heroína tendencialmente inferiores aos verificados no quadriénio anterior.

Quadro 17 - Preço* Médio das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga

2010 - 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tipo de Droga							
Preços							
Haxixe (grama)							
Média	3,59 €	3,12 €	3,03 €	2,90 €	2,55 €	2,50 €	2,30 €
Mediana	2,76 €	2,55 €	2,45 €	2,19 €	2,10 €	1,99 €	1,90 €
Liamba (grama)							
Média	_ a)	_ a)	_ a)	5,47 €	6,23 €	7,41 €	8,21 €
Mediana	_ a)	_ a)	_ a)	4,43 €	5,00 €	5,58 €	5,79 €
Cocaína (grama)							
Média	46,00 €	50,07 €	48,01 €	47,00 €	47,81 €	48,63 €	42,52 €
Mediana	38,84 €	44,55 €	38,10 €	41,45 €	39,83 €	39,97 €	36,84 €
Heroína (grama)							
Média	35,32 €	35,74 €	28,04 €	25,64 €	31,47 €	31,61 €	26,27 €
Mediana	26,78 €	28,99 €	24,03 €	24,27 €	23,44 €	25,00 €	23,12 €
Ecstasy (comprimido)							
Média	3,68 €	_ a)	_ a)	_ a)	4,43 €	2,58 €	2,96 €
Mediana	2,89 €	_ a)	_ a)	_ a)	2,67 €	2,22 €	2,05 €

* Os preços relativos aos anos posteriores a 2001 referem-se ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Em 2014, no cálculo do preço médio da cocaína, foram retirados 2 registos considerados "não válidos".

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

⁹² Os recentes resultados do INPG 2016/17 apontam para que 0,1 da população de 15-74 anos residente em Portugal (42% dos consumidores de NSP) tenham obtido NSP via internet nos últimos 12 meses antes da inquirição.

⁹³ Apesar das melhorias, existem ainda várias limitações metodológicas ao nível da informação disponível, nomeadamente: 1) a ausência de informação sobre os preços nos mercados de consumo desde 2002, uma vez que com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, deixou de ser registada a informação sobre o preço da droga paga pelos consumidores interpelados pelas autoridades; 2) a escassez de informação a nível dos mercados de tráfico e de tráfico-consumo de algumas drogas, o que dificulta algumas análises; 3) e a ausência de cruzamento de informação dos preços das drogas confiscadas com os resultados das respetivas análises sobre o seu grau de pureza.

⁹⁴ Desde 2002 que os preços se referem aos mercados de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos nestas apreensões, que mencionam o preço pago pelo produto estupefaciente apreendido. Em 2016, 57% das apreensões de haxixe, 44% das de ecstasy, 31% das de heroína, 28% das de cocaína e 25% das apreensões de liamba tinham informação sobre o preço.

abastecimento ao mercado por parte dos traficantes, de modo a condicionar a procura de determinadas drogas.

De acordo com os resultados das análises realizadas no LPC/PJ a “amostras de rua” das drogas apreendidas⁹⁵, ao longo do último quadriênio, a tendência foi de aumento da potência/pureza médias da maioria das drogas apreendidas em Portugal.

No caso particular da cannabis, a evolução dos preços e da potência (% THC) do haxixe (tendência de descida dos preços e aumento da potência) e da cannabis herbácea (tendência de subida dos preços e da potência), poderá estar relacionada com a competitividade do crescente mercado da cannabis herbácea. Em relação à cocaína e heroína, e apesar das variações entre o último quadriênio e o anterior não terem sido tão relevantes como as da cannabis, os valores da pureza média da cocaína (cloridrato) no último quadriênio foram, de um modo geral, superiores aos do anterior, e os preços inferiores, enquanto que no caso da heroína, tanto os valores médios dos preços como da pureza tenderam a ser inferiores aos do anterior quadriênio. Quanto às outras drogas, não existem séries temporais que permitam fazer esta análise da evolução preços/pureza entre os dois quadriênios.

Quadro 18 - Potência /Pureza* das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga

2010 – 2016

Tipo de Droga	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^{a)}	2016
Potência / Pureza							
Cannabis Resina (% THC)							
Média	9,1	9,3	11,7	13,9	18,0	14,0	14,8 ^{b)}
Mediana	7,8	7,7	10,0	11,2	15,9	–	13,9 ^{b)}
Cannabis (folhas/sumidades) (% THC)							
Média	5,2	5,2	5,4	6,6	7,8	8,3	7,2 ^{b)}
Mediana	3,9	3,5	3,7	5,0	6,1	–	6,7 ^{b)}
Cloridrato de Cocaína (%)							
Média	38,9	33,7	32,8	37,3	40,1	34,6	40,3
Mediana	37,9	32,0	30,5	33,8	37,4	–	38,3
Cocaína Base (crack) (%)							
Média	61,5	42,3	40,8	44,8	43,9	49,1	47,7
Mediana	69,0	34,7	38,7	43,7	44,1	–	43,1
Heroína (%)							
Média	27,4	12,8	11,5	12,6	14,0	19,5	15,5
Mediana	27,4	11,4	10,5	11,4	13,1	–	14,3
Ecstasy (mg de MDMA/compr.)							
Média	39,4	59,8	72,4	77,0	80,0	88,1	82,8
Mediana	58,2	58,2	68,4	83,0	74,9	–	79,2
Anfetaminas (%)							
Média	5,5	23,6	17,8	23,5	27,3	38,6	25,0
Mediana	3,7	9,3	12,3	16,8	22,3	–	13,2

* As amostras analisadas referem-se apenas às retiradas de circulação. Os dados aqui apresentados referem-se “ao retalho”, de acordo com os critérios do OEDT.

a) Em 2015 não foi disponibilizada informação sobre a moda e a mediana.

b) Em 2016, os valores sobre a potência da cannabis referem-se a todas as amostras analisadas independentemente do patamar do mercado.

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

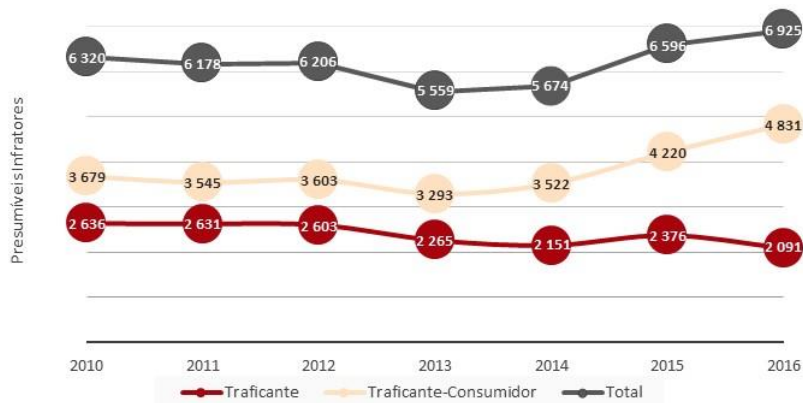
⁹⁵ As amostras referem-se apenas às retiradas de circulação. Os dados aqui apresentados referem-se “ao retalho”, de acordo com os critérios do OEDT. Em 2016, os valores da potência da cannabis referem-se a todas as amostras analisadas independentemente do patamar do mercado.

2.2 Presumíveis Infratores⁹⁶

Em 2016, as intervenções policiais nesta matéria resultaram na identificação de 6 925 presumíveis infratores - 30% como traficantes e 70% como traficantes-consumidores -, 5 914 (85%) dos quais foram detidos.

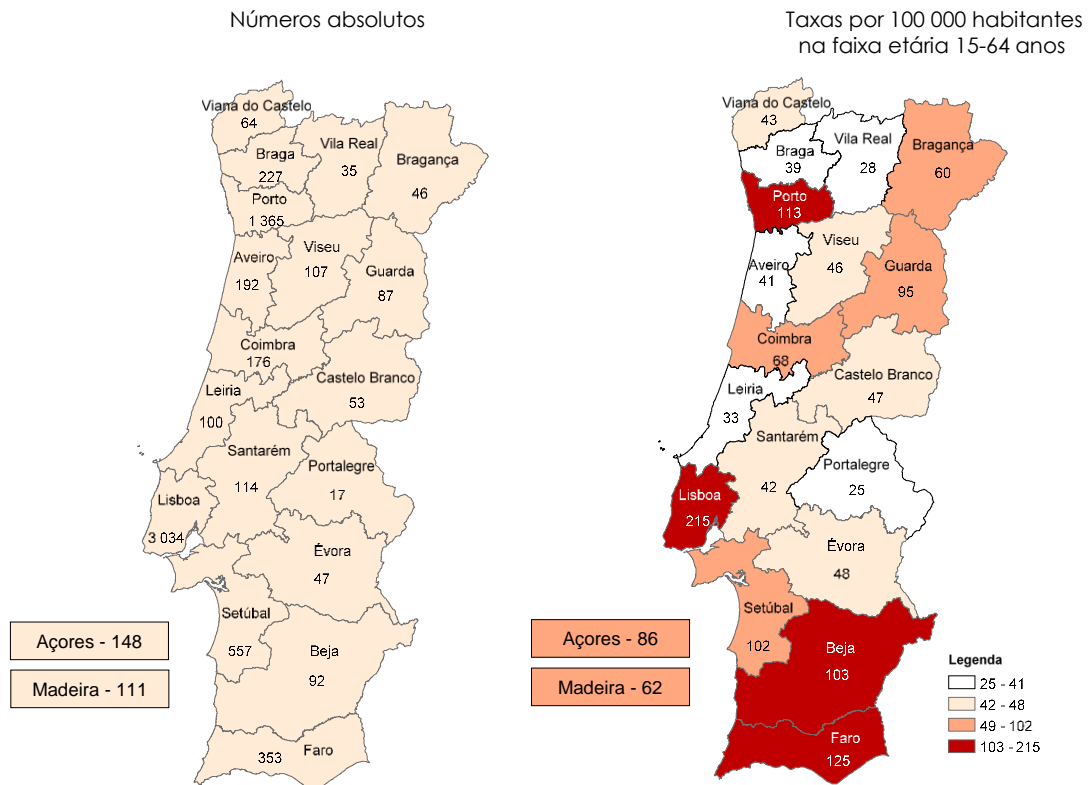
O número de presumíveis infratores aumentou em relação ao ano anterior (+5%), representando o valor mais elevado desde 2002.

Figura 75 - Presumíveis Infratores, segundo o Ano, por Situação Face à Droga
2010 - 2016



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

Figura 76 - Total de Presumíveis Infratores, por Zona Geográfica de Ocorrência da Infração
2016



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

⁹⁶ 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. Em 2016 houve 3 presumíveis infratores sem informação sobre a situação face à droga.

Uma vez mais os distritos de Lisboa e Porto apresentaram as percentagens mais altas destes presumíveis infratores (44% e 20%), seguindo-se-lhes Setúbal (8%) e Faro (5%). As maiores taxas por habitantes dos 15-64 anos registaram-se nos distritos de Lisboa, Faro, Porto e Beja.

Em 2016, 79% dos presumíveis infratores detinham apenas uma droga: 67% cannabis, 7% cocaína, 4% heroína e cerca 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.

Comparativamente a 2015 e reforçando as tendências constatadas nos últimos anos, registou-se um acréscimo de presumíveis infratores na posse só de cannabis (+10%) e dos que detinham apenas uma outra droga que não heroína, cocaína e cannabis (+25%). Em contrapartida, diminuiu o número dos que estavam na posse de apenas cocaína (-14%) e dos que detinham apenas heroína (-16%), mantendo-se estável o número daqueles que detinham várias drogas (+1%).

É de notar que no quadriénio 2013-2016, por comparação ao anterior, aumentaram os presumíveis infratores que estavam na posse só de cannabis (+18%) bem como os que detinham apenas uma outra droga que não heroína, cocaína e cannabis (+54%), e em particular o ecstasy (+88%), diminuindo os que estavam na posse só de cocaína (-17%) ou só de heroína (-46%).

Quadro 19 - Presumíveis Infratores, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga*

2016 e variações relativas a 2015 / 2013 / 2010

Sit. Face à Droga/ Tipo de Droga	2016	%	Δ 15-16	Δ 13-16	Δ 10-16
Total	6 925	100,0	5,0	24,6	9,6
Cannabis	4 533	66,7	9,9	42,2	49,5
Cocaína	496	7,3	-14,2	-16,1	-29,1
Heroína	286	4,2	-16,1	-8,9	-56,3
Outro	75	1,1	25,0	127,3	200,0
Polídrogas	1 406	20,7	0,8	6,6	-20,1
Desconhecido	129				
Traficante	2 091	100,0	-12,0	-7,7	-20,7
Cannabis	815	40,1	-2,7	6,1	10,7
Cocaína	357	17,6	-24,0	-24,5	-32,5
Heroína	129	6,4	-32,8	-15,7	-57,4
Outro	11	0,5	22,2	10,0	175,0
Polídrogas	718	35,4	-10,9	-8,9	-26,4
Desconhecido	61				
Traficante-Consumidor	4 831	100,0	14,5	46,7	31,3
Cannabis	3 718	78,0	13,2	53,7	61,9
Cocaína	139	2,9	28,7	17,8	-18,7
Heroína	157	3,3	5,4	-2,5	-55,4
Outro	64	1,4	25,5	178,3	204,8
Polídrogas	688	14,4	16,8	29,6	-12,1
Desconhecido	65				

*Em 2016 houve 3 presumíveis infratores sem informação sobre a situação face à droga.

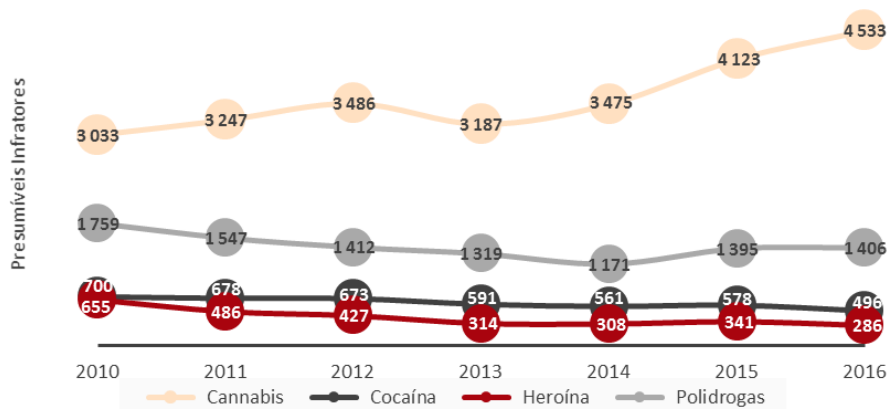
Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências:
DMI - DEI

De um modo geral, no último quadriénio verificam-se tendências similares entre estas infrações relacionadas com a oferta de drogas e as relacionadas com a posse para consumo (contraordenações), entre elas, o acréscimo da importância da cannabis e do ecstasy (neste

último, apesar dos valores ainda residuais), assim como, a maior importância relativa da cocaína face à heroína por comparação com o anterior quadriénio.

As situações relacionadas apenas com a posse de cocaína e as de polidrogas continuam a ter mais importância relativa no grupo de presumíveis traficantes do que no de traficantes-consumidores, verificando-se o inverso em relação às situações relacionadas só com cannabis.

Figura 77 - Presumíveis infratores, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2010 - 2016

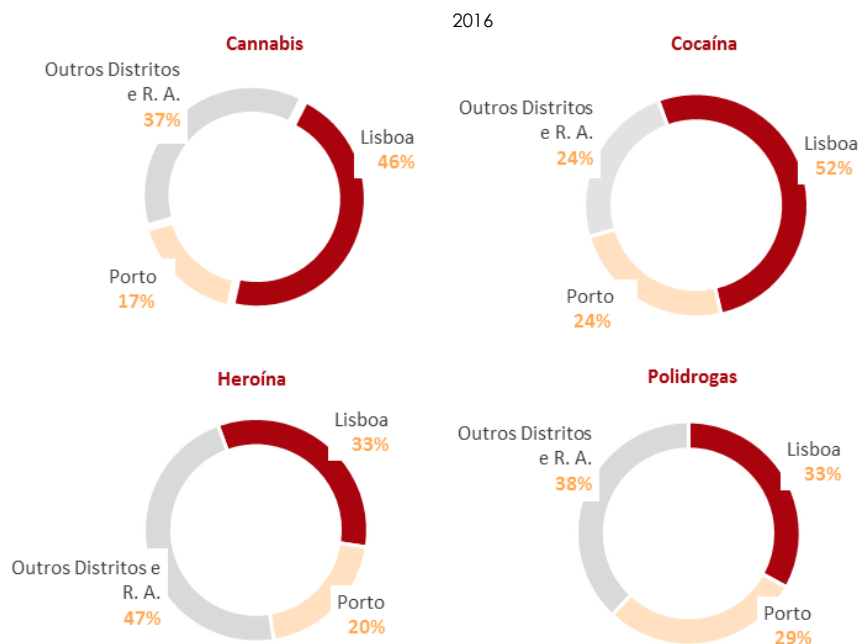


Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

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 Lisboa⁹⁷.

Figura 78- Distribuição dos Presumíveis Infratores, segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%)

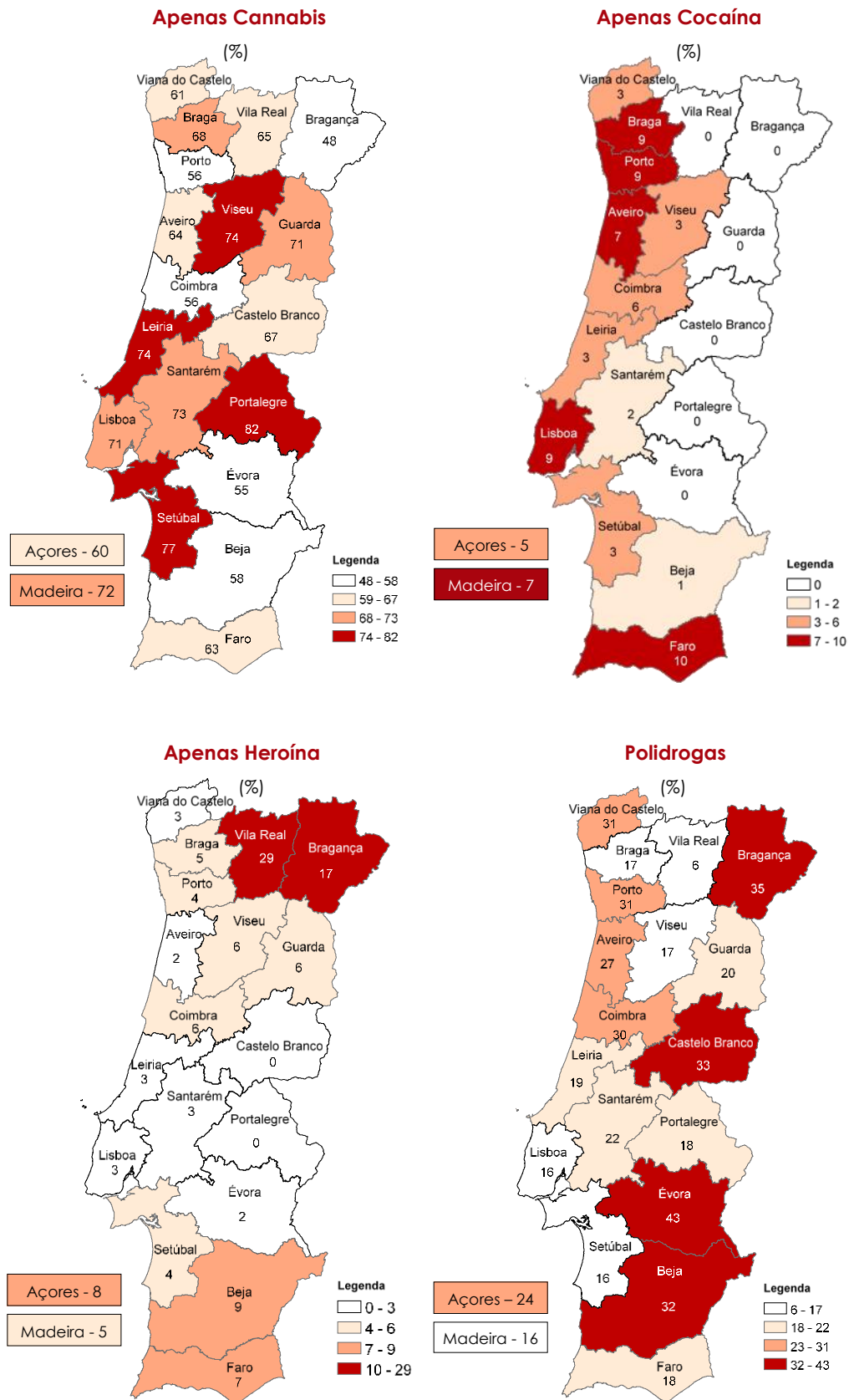
(distritos ou R. A. com 10% ou mais do total de presumíveis infratores na posse de cada tipo de droga)



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

⁹⁷ Relacionado com o importante número de apreensões de cocaína no âmbito do tráfico internacional.

Figura 79 - Percentagens Intradistritais de Presumíveis Infratores, por Tipo de Droga
2016



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

Mais uma vez as percentagens intradistritais por tipo de droga na posse dos presumíveis infratores apresentam algumas heterogeneidades: as percentagens dos que estavam na posse só de cannabis variaram entre os 48% - 82% (Bragança - Portalegre), na posse apenas de cocaína entre os 0% - 10% (vários - Faro), na posse só de heroína entre os 0% - 29% (Castelo Branco e Portalegre – Vila Real), e as percentagens de presumíveis infratores com várias drogas variaram entre os 6% - 43% (Vila Real - Évora).

Tal como nos anos anteriores, em 2016, estes presumíveis infratores eram predominantemente do sexo masculino (91%) e com idades entre os 16-24 anos (39%) e 25-34 anos (31%), sendo a idade média de 30 anos e a mediana de 27 anos.

Entre os estrangeiros (13%) predominavam os africanos (7%), com particular relevo para os cabo-verdianos.

Eram na sua maioria solteiros (87%) e cerca de 73% tinham a frequência do 3.º Ciclo ou habilitações superiores. Quase metade (47%) encontravam-se desempregados à data da interpelação policial, vindo a aumentar nos últimos anos a proporção de estudantes.

Quadro 20 - Socio demografia dos Presumíveis Infratores

2016

Situação Face à Droga		Total	Traficante	Traficante-Consumidor
Sexo	Masculino	91,2%	84,8%	93,9%
	Feminino	9,8%	15,2%	6,1%
Grupo Etário	16-24 anos	38,6%	25,0%	44,3%
	25-34 anos	31,3%	35,3%	29,6%
	Idade: Média / Mediana	30 / 27	33 / 31	29 / 26
Nacionalidade	Portuguesa	87,1%	80,7%	89,9%
Estado Civil	Solteiro	86,9%	81,2%	89,4%
	Casado / União de Facto	8,1%	11,9%	6,5%
Nível Ensino	3.º Ciclo	43,3%	43,9%	43,2%
	> 3.º Ciclo	29,9%	19,0%	33,8%
Situação Profissional	Desempregado	47,2%	61,5%	41,2%
	Empregado	36,4%	28,8%	39,6%
	Estudante	14,9%	7,6%	18,0%

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

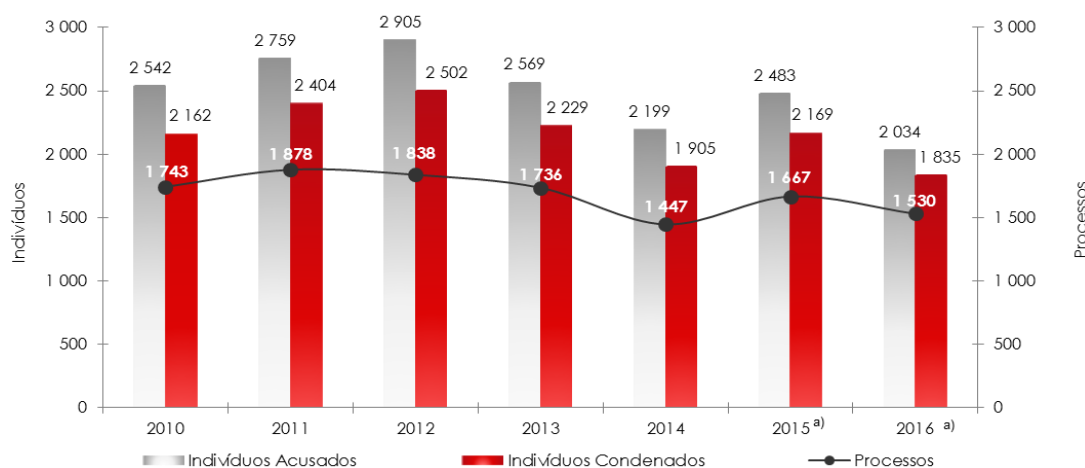
Uma vez mais os presumíveis traficantes-consumidores, comparativamente aos presumíveis traficantes, apresentavam maior proporção de indivíduos do sexo masculino e de nacionalidade portuguesa, assim como uma estrutura etária mais jovem, maior peso de indivíduos solteiros, com habilitações académicas mais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

3. Decisões Judiciais⁹⁸

No contexto das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga⁹⁹, em 2016 registaram-se 1 530 processos-crime findos envolvendo 2 034 indivíduos¹⁰⁰, na sua maioria (82%) acusados por tráfico. Cerca de 90% dos indivíduos envolvidos nestes processos foram condenados e 10% absolvidos.

Apesar das oscilações anuais dos números 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 2012. No último quadriénio verificaram-se valores tendencialmente inferiores nos números de processos, de indivíduos acusados e de condenados, por comparação ao quadriénio anterior, salvaguardada a atualização dos dados de 2016 no próximo ano.

Figura 80 - Processos, Indivíduos Acusados e Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano 2010 - 2016



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada na SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2018.

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. 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 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

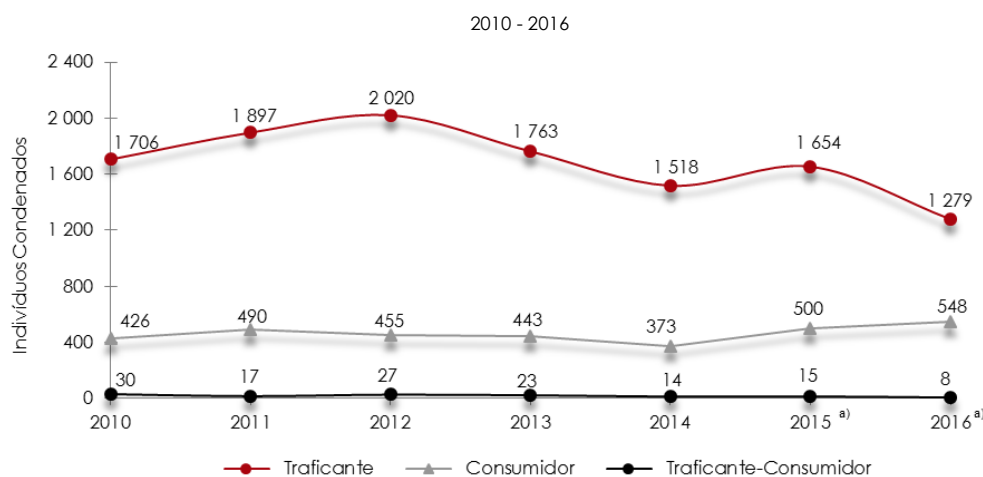
⁹⁸ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 147-177, disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados apresentados neste capítulo é o repositório de dados existente no SICAD, com informação retirada das decisões judiciais enviadas pelos Tribunais ao abrigo do art.º 64 n.º 2 do Decreto-Lei 15/93.

⁹⁹ 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".

¹⁰⁰ Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2018.

Dos 1 835 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga em 2016, cerca de 70% foram-no por tráfico, 30% por consumo e menos de 1% por tráfico-consumo, estando o maior número de indivíduos condenados por consumo a partir de 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 94% das condenações por consumo em 2016¹⁰¹ foi feita a referência expressa a este Acórdão.

Figura 81 - Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Situação Face à Droga



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2018.

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

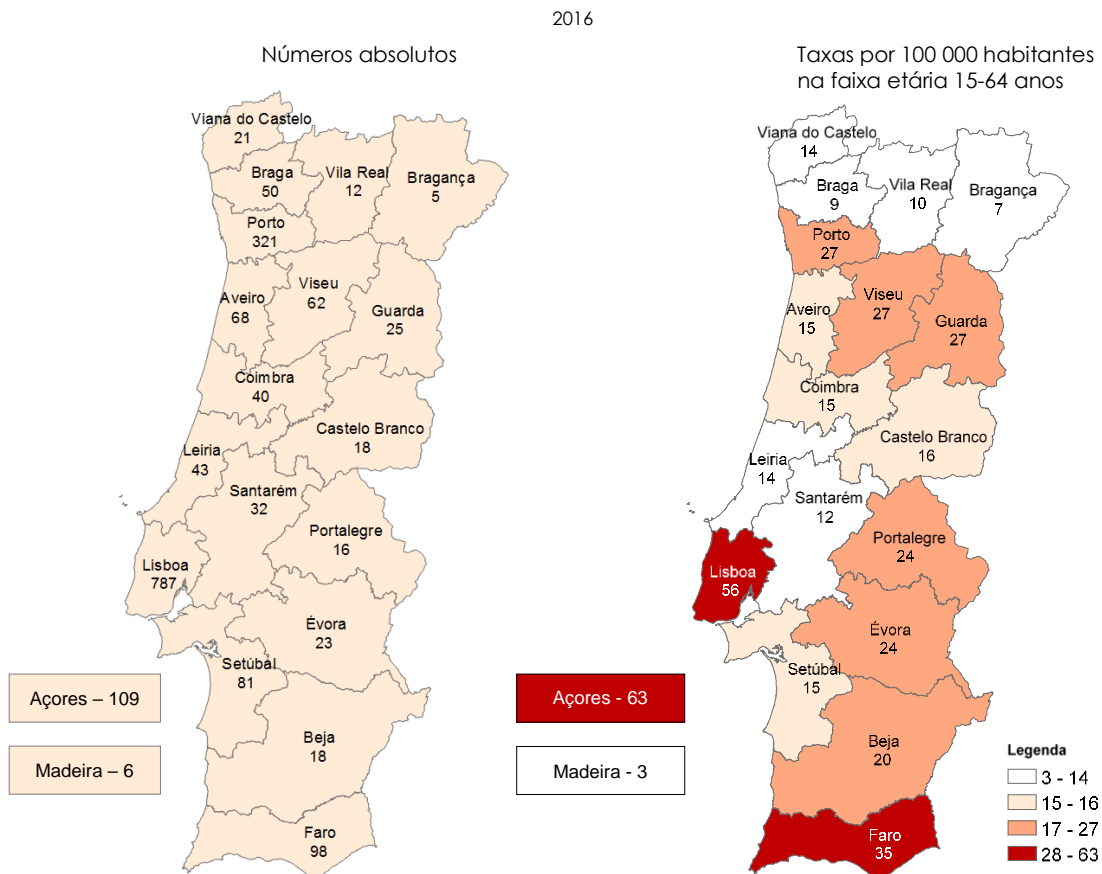
Dos 1 279 indivíduos condenados por tráfico, 1 277 tinham sido inicialmente acusados por esse crime, 1 por consumo e 1 por tráfico-consumo. Dos 548 indivíduos condenados por consumo, 319 (58%) vinham acusados por este crime, 228 (42%) por tráfico e 1 por tráfico-consumo. Dos 8 indivíduos condenados por tráfico-consumo, 3 vinham acusados por este crime e 5 acusados por tráfico.

Uma vez mais Lisboa e Porto, foram os distritos que registaram as percentagens mais elevadas destas condenações (respetivamente 43% e 17%), seguindo-se-lhes a Região Autónoma dos Açores (6%), Faro (5%) e Setúbal (4%).

As maiores taxas por habitantes de 15-64 anos registaram-se na Região Autónoma dos Açores, e nos distritos de Lisboa e de Faro.

¹⁰¹ Cerca de 98%, 90% e de 91%, respetivamente em 2015, 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.

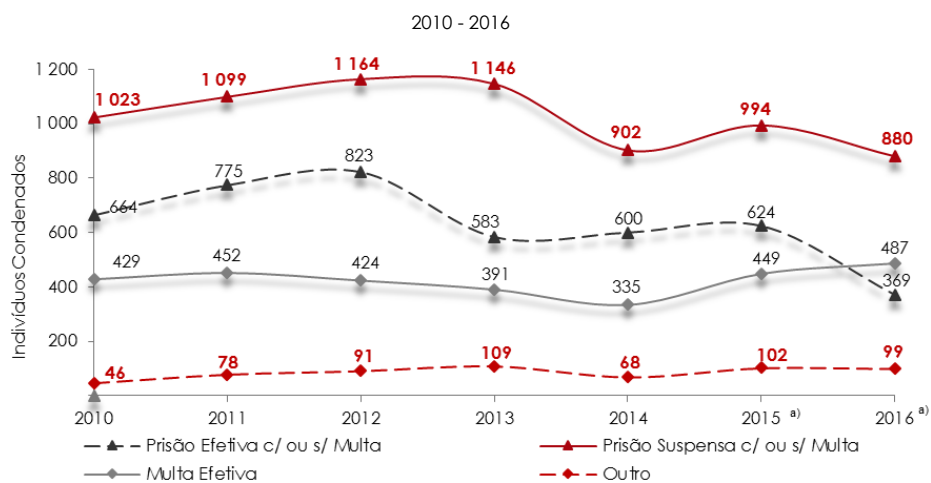
Figura 82- Total de Indivíduos Condenados, por Zona Geográfica de Ocorrência da Condenação



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

No que respeita às penas¹⁰² aplicadas nestas condenações, uma vez mais predominou a aplicação da prisão suspensa (48%) em vez da prisão efetiva (20%) e apenas da multa efetiva (26%).

Figura 83 - Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Pena



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2018.

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

¹⁰² 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 82% destes, a pena aplicada foi apenas multa efetiva)¹⁰³.

No âmbito da aplicação das disposições da Lei da Droga, os artigos mais utilizados foram os relativos a “Tráfico de Menor Gravidade”, “Perda de Objetos ou Direitos Relacionados com o Facto”, a “Consumo” e a “Tráfico”.

Em cerca de 80% das condenações foram consideradas circunstâncias agravantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico e por tráfico-consumo 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 77% das condenações foram consideradas circunstâncias atenuantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico e por tráfico-consumo do que nas por consumo), destacando-se “Inserção social e/ou familiar”, “Sem antecedentes criminais”, “Confissão espontânea”, seguindo-se “Inserção profissional” 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 e por tráfico, do que na dos condenados por consumo.

À semelhança dos anos anteriores, cerca de 10% destes condenados (respetivamente 11% e 8% dos condenados por tráfico e por consumo) tiveram penas em cúmulo jurídico.

Foram considerados 260 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 uma vez mais o furto qualificado nas penas em cúmulo jurídico dos condenados por consumo, e os crimes rodoviários nas penas dos condenados por tráfico.

Em 2016, 79% das condenações ao abrigo da Lei da Droga estavam relacionadas com a posse de uma só droga: 58% cannabis, 14% cocaína, 7% heroína, e menos de 1%, várias outras drogas.

Nas situações envolvendo mais do que uma droga (21%), predominou uma vez mais a posse de heroína com cocaína.

¹⁰³ Ver nota 99.

Quadro 21 - Indivíduos Condenados*, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga

2016

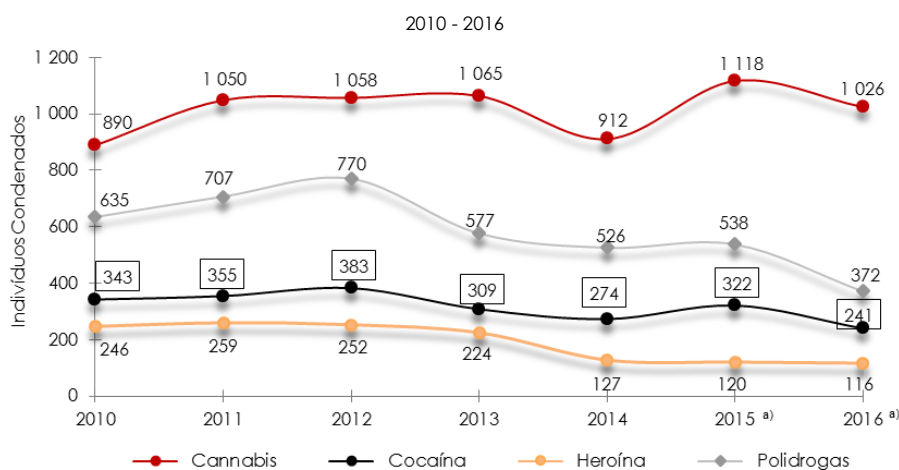
Sit. Face à Droga Tipo de Droga	Total		Traficante		Consumidor		Traf.-Cons.	
		%		%		%		%
Total	1 835	100,0	1 279	100,0	548	100,0	8	100,0
Cannabis	1 026	58,0	562	44,5	462	92,2	2	33,3
Cocaína	241	13,6	237	18,8	4	0,8	..	..
Heroína	116	6,6	109	8,6	6	1,2	1	16,7
Ecstasy	9	0,5	6	0,5	3	0,6	..	..
Outro	5	0,3	3	0,3	..	..	2	33,3
Polidrogas	372	21,0	345	27,3	26	5,2	1	16,7
Desconhecido	64		17		47		2	

* Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2018.

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. 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 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 84 - Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Droga



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2018.

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, nos condenados por crimes relacionados com o consumo, uma vez mais a grande maioria das situações estavam relacionadas só com a cannabis (92%), sendo que aqui também são predominantes nos condenados por tráfico (45%). Em contrapartida, as situações relacionadas apenas com a posse de cocaína continuam a ter uma maior importância relativa nos condenados por tráfico (19%) do que nos consumidores (1%).

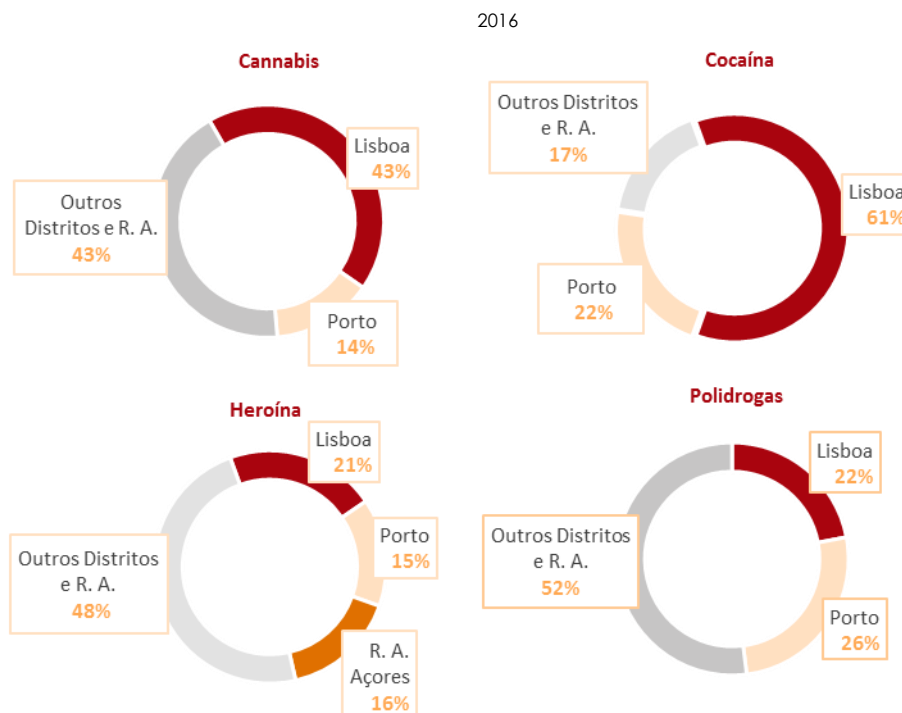
Em relação aos anos anteriores e apesar dos dados de 2016 ainda virem a sofrer alterações no próximo ano, mantém-se nas condenações relacionadas só com uma droga o domínio da cannabis (desde 2003), seguida da cocaína (desde 2006), constatando-se no último quadriénio, para todas as drogas com exceção da cannabis, valores tendencialmente inferiores ao do anterior quadriénio.

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, sendo de destacar, no caso da heroína, a R.A. dos Açores com proporção superior 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 85 - 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)



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

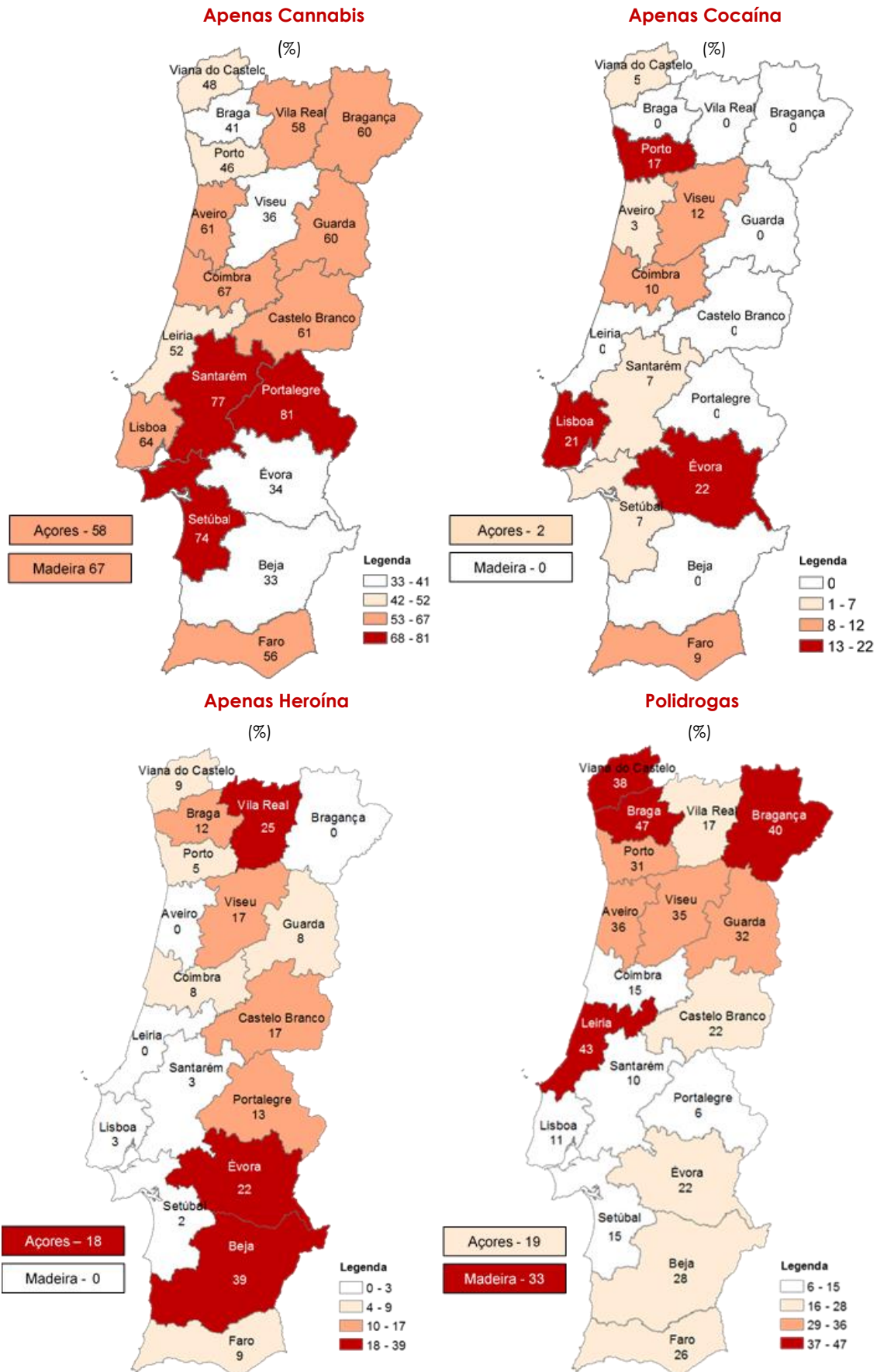
Também as percentagens intradistritais por tipo de droga¹⁰⁴ na posse dos condenados evidenciam algumas heterogeneidades:

- as condenações envolvendo só cannabis variaram entre os 33% (Beja) e os 81% (Portalegre);
- as só de cocaína entre os 0% (8 distritos do continente e R. A. Madeira) e os 22% (Évora);
- as só de heroína entre os 0% (Aveiro, Bragança, Leiria e R. A. Madeira) e os 39% (Beja);
- e, as condenações envolvendo várias drogas variaram entre os 6% (Portalegre) e os 47% (Braga).

¹⁰⁴ Considerando como base percentual os condenados em cada distrito.

Figura 86 - Percentagens Intradistritais dos Indivíduos Condenados por Tipo de Droga

2016



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

À semelhança dos anos anteriores, estes condenados eram maioritariamente do sexo masculino (89%), e, com idades entre os 16-24 anos (37%) e os 25-34 anos (32%), sendo a idade média de 31 anos e a mediana de 28 anos.

Quadro 22 - Socio demografia dos Indivíduos Condenados

2016

Situação Face à Droga		Caract. Sociodemográfica ^{a)}			
		Total	Traficante	Consumidor	Traficante-Consumidor
Sexo	Masculino	89,2%	86,3%	95,6%	100,0%
Grupo Etário	16-24 anos	36,8%	34,2%	44,9%	50,0%
	25-34 anos	32,1%	32,3%	31,8%	0,0%
	Idade Média / Mediana	31 / 28	31 / 29	28 / 26	28 / 30
Nacionalidade	Portuguesa	87,2%	84,7%	93,4%	100,0%
Estado Civil	Solteiro	60,8%	54,9%	76,8%	87,5%
	Casado / União de facto	31,7%	36,6%	18,4%	12,5%
Situação Coabitação	Só c/ família de origem	30,5%	29,5%	35,0%	50,0%
	Só c/ companheiro e filhos	19,0%	19,6%	16,7%	..
	Só c/ companheiro	10,8%	11,2%	9,6%	..
	Sozinho	10,2%	10,1%	10,8%	16,7%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	38,6%	41,2%	26,1%	33,3%
	3.º Ciclo	34,0%	32,5%	41,7%	33,3%
Situação Profissional	Desempregado	45,6%	47,0%	40,2%	85,7%
	Empregado	41,0%	41,1%	41,3%	14,3%
	Estudante	7,0%	6,0%	10,1%	..

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 2016, cerca de 87% destes condenados eram de nacionalidade portuguesa, e, tal como nos anos anteriores, entre os estrangeiros (13%) predominavam os cabo-verdianos e os brasileiros. Cerca de 61% dos condenados eram solteiros. A maioria vivia com familiares, predominando a coabitação só com a família de origem (31%) ou só com a família constituída (30%). Cerca de 61% tinham habilitações iguais ou superiores ao 3.º Ciclo, e, 41% encontravam-se empregados e 46% desempregados à data da condenação.

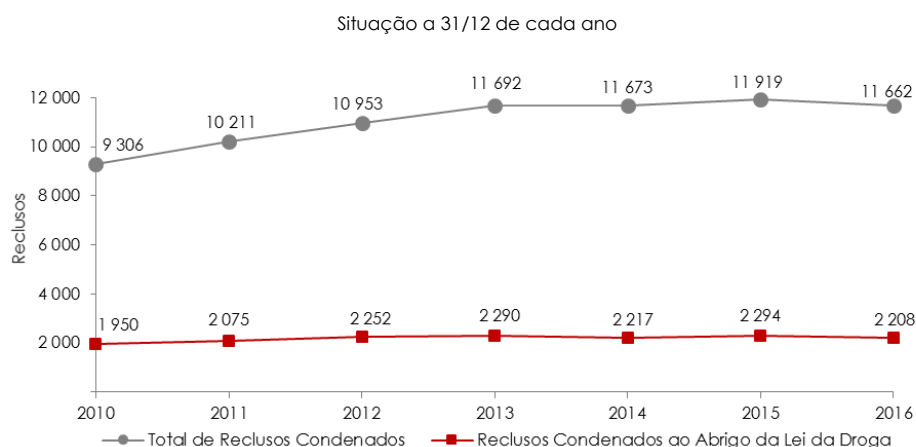
Os condenados por consumo continuam a apresentar um perfil sociodemográfico diferenciado comparativamente aos traficantes, com um maior peso de indivíduos jovens, solteiros, mais habilitações literárias e um maior peso de estudantes.

4. Reclusões¹⁰⁵

A 31/12/2016 estavam em situação de reclusão 2 208 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, número ligeiramente inferior (-4%) ao registado a 31/12/2015. Após a descida contínua do número destes reclusos entre 2002 e 2008, verifica-se uma tendência para um ligeiro acréscimo, apesar dos valores se manterem aquém dos registados até 2007.

Estes reclusos representavam a 31/12/2016 cerca de 19% do universo da população reclusa condenada, proporção que se tem mantido estável nos últimos anos.

Figura 87- Total de Reclusos Condenados e Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, 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 outros crimes ao abrigo da Lei da Droga.

Quadro 23 - Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, por Tipo de Crime

Situação relativa a 31/12/2016 e variações relativas a 31/12/2015, a 31/12/2013 e a 31/12/2010

Tipo de Crime	2016	%	Δ 15-16	Δ 13-16	Δ 10-16
Total Reclusos Condenados	2 208	100,0	-3,7	-3,6	13,2
Tráfico	1 807	81,8	-2,2	-10,8	3,1
Tráfico Menor Gravidade	380	17,2	-8,4	62,4	130,3
Tráfico-Consumo	..	..	-100,0	-100,0	-100,0
Outro	21	1,0	-16,0	23,5	950,0

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

¹⁰⁵Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2016 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 179-184, disponível em <http://www.sicad.pt>

Em relação a 2015, diminuiu o número de reclusos condenados por tráfico (-2%), por tráfico de menor gravidade (-8%) e por outros crimes ao abrigo da Lei da Droga (-16%).

Estes reclusos continuam a ser predominantemente do sexo masculino (88%) e com idades compreendidas entre os 30-39 anos (34%) e 40-49 anos (27%), sendo que 18% tinham idades inferiores aos 30 anos. A idade média era de 40 anos. Continuam a ser na sua maioria de nacionalidade portuguesa (75%), registando-se nos últimos cinco anos proporções de estrangeiros um pouco inferiores às dos anos anteriores.

Quadro 24 - Socio demografia dos Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga
Situação relativa a 31/12/2016

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}	Tipo de Crime	Tráfico Menor				
		Total	Tráfico	Gravidade	Tráfico Consumo	Outro
Sexo	Masculino	88,1%	86,9%	93,2%	..	100,0%
Grupo Etário	30-39 anos	34,0%	33,8%	36,1%	..	14,3%
	40-49 anos	27,2%	27,1%	27,9%	..	23,8%
	Idade Média	40	41	37	..	40
Nacionalidade	Portuguesa	75,3%	72,1%	89,7%	..	90,5%

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

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*¹⁰⁶, e que são ilustrativos da importância desta criminalidade indiretamente relacionada com o consumo de drogas.

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).

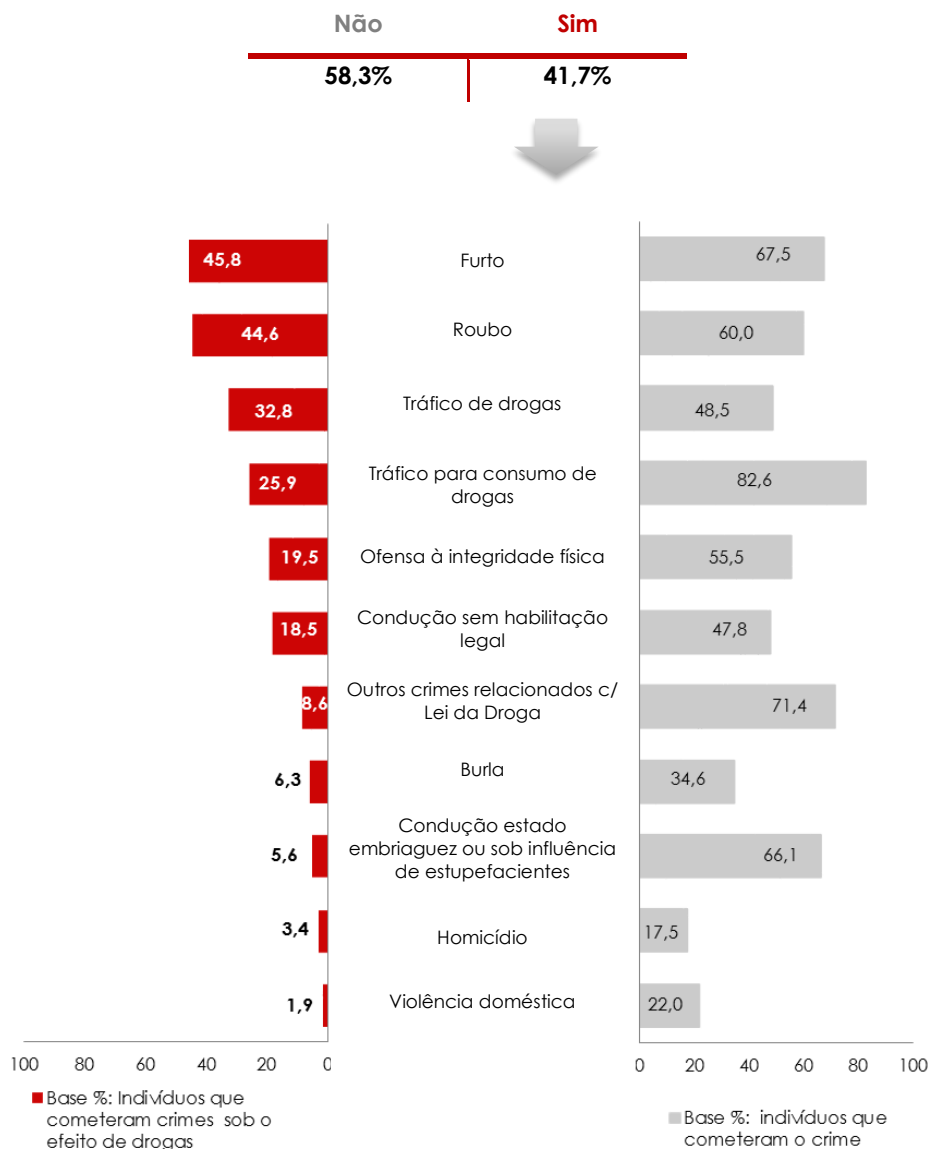
Por outro lado, quanto à prática de crimes sob o efeito de drogas, 42% dos reclusos declararam estar sob o efeito de drogas quando cometeram o/os crime/s que motivaram a atual reclusão. Em relação aos crimes cometidos sob o efeito de drogas, destacaram-se o furto, o roubo, o tráfico e o tráfico para 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 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%).

¹⁰⁶Torres et al., 2015.

Figura 88 - 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

É também de referir que no *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹⁰⁷, um quarto destes jovens apontaram como motivo dos crimes que levaram à medida de internamento atual, *obter dinheiro para comprar drogas/álcool* e 19% atribuíram a realização dos crimes ao facto de estarem sob o efeito destas substâncias. No seu conjunto, estas motivações relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas são mencionadas por 33% dos jovens. Por outro lado e numa perspetiva mais abrangente - prática de crimes que levaram *alguma vez* à presença em Centro Educativo -, 60% destes jovens disseram ter estado sob o efeito de drogas pelo menos nalgumas situações em que os cometeram.

¹⁰⁷ Carapinha et al., 2016. Este inquérito foi aplicado aos jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

Tendências por Drogas

Nos estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, a **cannabis** tem surgido sempre como a droga com 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 em 2016/17, verificou-se um agravamento do consumo de cannabis em relação a 2012, nomeadamente das prevalências de consumo recente e das frequências mais intensivas, assim como, embora mais ligeiro, da dependência, quer na população total (15-74 anos), quer na de 15-34 anos. Em 2016, foi realizada a 2.ª edição do inquérito nacional aos jovens de 18 anos participantes no *Dia da Defesa Nacional*, e a cannabis surgiu uma vez mais como a substância com maiores prevalências de consumo, muito próximas às de *qualquer droga*, não existindo, face a 2015, alterações relevantes nas prevalências e padrões de consumo recente e atual. Uma vez mais, estes jovens apresentaram uma maior frequência de consumo de cannabis por comparação aos alunos de 18 anos. No segundo estudo realizado sobre *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis*, em 2016/17, os resultados apontaram para um agravamento das taxas deste tipo de consumidores em relação a 2012. 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 em 2010 e 2011, em 2014 e 2015 verificaram-se descidas no consumo recente e atual de cannabis (exceto nos alunos de 18 anos). No estudo de 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 ao longo da vida e na atual reclusão. Em 2015, num inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, estes apresentaram prevalências de consumo de cannabis e padrões de consumo nocivo superiores às de outras populações juvenis. 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 entre os jovens de 15-24 anos e uma ligeira diminuição entre os alunos de 16 anos. No entanto, em relação às médias europeias, os jovens portugueses atribuíam, tendencialmente, um maior risco ao consumo de cannabis.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, quanto à procura de tratamento, a cannabis surgiu pelo quinto 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 uma maior adequação de respostas às necessidades específicas de

acompanhamento desta população. Mantém a sua visibilidade na mortalidade relacionada com o consumo de drogas, quase sempre em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas, nomeadamente o álcool. Nos processos de contraordenação por consumo, a cannabis mantém um papel predominante - refletindo as prevalências de consumo em Portugal -, assim como a tendência de acréscimo registada ao longo dos anos.

Nos 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* (jovens de 15-24 anos) e os do ESPAD (alunos de 16 anos), entre 2011-2014 e 2011-2015, não houve alterações relevantes nas perceções sobre a acessibilidade à cannabis. Comparativamente às médias europeias, os jovens portugueses de 15-24 anos tinham uma perceção de menor facilidade de acesso à cannabis, sendo semelhante nos alunos de 16 anos. Nos resultados do *INPG, 2016/17*, a cannabis foi uma das drogas percecionadas como de maior acessibilidade pelos consumidores, constatando-se, entre 2012 e 2016/17, uma evolução positiva nestas perceções, no sentido da diminuição da facilidade percebida de acesso.

Ao nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2016 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, persistindo a tendência de aumento da sua importância relativa face às outras drogas. Em 2016, as quantidades apreendidas de haxixe aumentaram de forma significativa face a 2015 – que registou o valor mais baixo da última década -, bem como as de liamba, sendo de assinalar os acréscimos contínuos das quantidades confiscadas de liamba ao longo do último quadriénio. A evolução no último quadriénio dos preços e da potência (% THC) do haxixe (tendência de descida dos preços e aumento da potência) e da cannabis herbácea (tendência de subida dos preços e da potência), poderá estar relacionada com a competitividade do crescente mercado deste último tipo de produto, tal como é evidenciado em vários indicadores da oferta.

Os estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos mostram que o consumo de **cocaína** é dos mais relevantes por comparação às outras drogas que não cannabis, embora com prevalências de consumo muito aquém da cannabis e mais próximas às de outras como o ecstasy. No estudo mais recente realizado na população geral em 2016/17, a cocaína surgiu como a segunda droga preferencialmente consumida tanto na população de 15-74 anos, como na de 15-34 anos. Apesar de apresentar uma grande diversidade de frequências de consumo, os consumos diários registaram um agravamento face a 2012. No entanto, entre 2012 e 2016/17 verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo, e até uma ligeira descida ao nível da população de 15-34 anos. Na 2ª edição do inquérito nacional aos jovens de 18 anos participantes no *Dia da Defesa Nacional*, em 2016, a cocaína surgiu uma vez mais com prevalências de consumo superiores às dos alunos de 18 anos, não se verificando alterações face a 2015, quer ao nível das prevalências de consumo, quer dos padrões de consumo recente e atual. No estudo sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*, as estimativas de 2015 apontaram, em Portugal Continental, para um número estimado de consumidores recentes de cocaína superior ao de opiáceos. Os últimos estudos em populações escolares (2014 e 2015) evidenciaram uma tendência de estabilidade e descida dos consumos de cocaína a nível dos vários grupos etários, surgindo 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. 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 e até ligeira diminuição dessas prevalências. Em 2015, os jovens internados em Centros Educativos apresentaram prevalências de

consumo de cocaínas superiores às de outras populações juvenis. Segundo o *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou ligeiramente o risco percebido para a saúde associado ao consumo de cocaína entre os jovens portugueses de 15-24 anos, sendo as proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* e ao *consumo regular* de cocaína ligeiramente superiores às médias europeias.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, continua a ter um papel relevante ao nível da procura de tratamento e mortes. De um modo geral, a cocaína surgiu em 2016 como a terceira droga principal mais referida entre os utentes em ambulatório e a segunda mais referida entre os utentes que estiveram em estruturas de internamento. Nos últimos seis anos e por comparação com os anos anteriores, verificaram-se proporções mais elevadas de utentes com a cocaína como droga principal, ao nível de quase todas estruturas de tratamento. Apesar do decréscimo registado nos últimos dois anos no número de *overdoses*, a cocaína continua a ser a segunda droga mais relevante, a seguir aos opiáceos. Nos processos de contraordenação por consumo, continua a surgir com uma importante inferioridade numérica face à cannabis e semelhante à da heroína. De um modo geral, no quadriénio 2013-2016 não se constataram alterações relevantes no número destes processos, com valores que se enquadram nos registados no quadriénio anterior.

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 resultados do *INPG, 2016/17*, a cocaína foi uma das drogas percecionadas como de maior acessibilidade pelos consumidores, constatando-se, entre 2012 e 2016/17, uma evolução positiva nestas perceções, no sentido da diminuição da facilidade percebida de acesso.

Ao nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, uma vez mais foi consolidada a posição da cocaína como a segunda droga com maior visibilidade, tendência iniciada na segunda metade da década anterior. Em 2016, e apesar do ligeiro acréscimo do número de apreensões face a 2015, diminuíram as quantidades apreendidas assim como o número de presumíveis infratores na posse de cocaína. No quadriénio 2013-16, por comparação ao anterior, verificaram-se diminuições nos números de apreensões e de presumíveis infratores na posse de cocaína, sendo próximas as quantidades confiscadas. O preço médio da cocaína desceu entre 2015 e 2016, verificando-se em 2013-2016 preços médios tendencialmente inferiores aos registados em 2009-2012. O grau de pureza aumentou face a 2015, enquadrando-se no entanto nos valores do quadriénio 2013-16, o qual apresentou valores tendencialmente superiores aos do período homólogo anterior. Portugal continua a funcionar como ponto de trânsito em matéria do tráfico internacional de cocaína, em particular nos fluxos provenientes da América do Sul com destino à Europa.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos evidenciaram que o consumo de **heroína** tem vindo a perder relevância face a outras drogas. No estudo mais recente realizado na população geral em 2016/17, a heroína surgiu com prevalências de consumo residuais na população de 15-74 anos e ainda mais na de 15-34 anos, verificando-se, de um modo geral, uma estabilidade das prevalências de consumo ao longo da vida e do consumo recente face a 2012. Na 2ª edição do inquérito nacional aos jovens de 18 anos participantes no *Dia da Defesa Nacional*, em 2016, os opiáceos surgiram com as menores prevalências de consumo (longo da vida e consumo recente e atual) por comparação às outras drogas, apesar de terem sido superiores às registadas entre os alunos de 18 anos. Também no estudo sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*, as estimativas de 2015 apontaram, em Portugal Continental, para um número de consumidores recentes de opiáceos inferior ao de cocaína. Nos estudos em populações escolares (2014 e 2015) constatou-se um reforço das tendências de

estabilidade e de diminuição das prevalências de consumo de heroína, continuando estas a ser das mais baixas nos vários estudos. 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 e em contexto de reclusão. Também foi referido o consumo de outros opiáceos, em particular de metadona e de buprenorfina sem receita médica, embora com menores prevalências. Tal como em outras populações juvenis, também o consumo de opiáceos é dos menos prevalentes entre os jovens internados em Centros Educativos, apesar destas prevalências serem mais altas do que as registadas em outras populações juvenis.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, a heroína continua a ser a droga predominante na maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2016 às diferentes estruturas de tratamento, com exceção dos novos utentes em ambulatório (cannabis) e no caso dos utentes das Comunidades Terapêuticas licenciadas. De um modo geral, mantém-se a tendência para a diminuição do número de utentes que recorrem a tratamento com a heroína como droga principal e as referências a outros opiáceos enquanto droga principal continuam a ter uma importância relativa residual. Na mortalidade relacionada com o consumo de drogas, os opiáceos continuam a ter um papel predominante, apesar da diminuição da sua importância relativa no último quadriénio por comparação com o anterior. 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. No quadriénio 2013-2016 não se constatarem alterações relevantes no número destes processos, contudo, os valores registados foram inferiores aos do quadriénio anterior.

Segundo o *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso à heroína entre os jovens portugueses de 15-24 anos, tendo uma perceção de maior facilidade de acesso à heroína em comparação com as médias europeias. Nos resultados do *INPG, 2016/17*, a heroína foi a droga percebida como de maior acessibilidade pelos consumidores, constatando-se, entre 2012 e 2016/17, uma evolução positiva nestas perceções, no sentido da diminuição da facilidade percebida de acesso. Em 2016, e apesar de o número de apreensões de heroína ter sido próximo ao de 2015, diminuíram as quantidades apreendidas, assim como o número de presumíveis infratores na posse de heroína. No último quadriénio, por comparação ao anterior, verificaram-se diminuições nos números de apreensões e de presumíveis infratores na posse de heroína, sendo também inferiores as quantidades confiscadas desta substância. Quanto a outras substâncias opiáceas, uma vez mais se registaram em 2016 apreensões de metadona e de buprenorfina, assim como de morfina. O preço médio da heroína desceu entre 2015 e 2016, registando-se no último quadriénio preços médios inferiores aos verificados no período homólogo anterior. O grau de pureza médio da heroína apreendida em 2016 enquadra-se nos valores do quadriénio 2013-16, o qual apresentou valores tendencialmente inferiores aos do quadriénio anterior.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados mais recentemente, indiciam que o consumo de **ecstasy** continua a ser dos mais relevantes por comparação às outras drogas que não cannabis, embora com prevalências de consumo muito aquém da cannabis e mais próximas às de outras como a cocaína. No estudo mais recente realizado na população geral em 2016/17, o consumo de ecstasy perdeu importância relativa face à cocaína, surgindo como a terceira droga preferencialmente consumida, tanto na população de 15-74 anos, como na de 15-34 anos. Entre 2012 e 2016/17 verificou-se uma descida das prevalências de consumo (longo da vida e consumo recente e atual). Os estudos em populações escolares (2014 e 2015) evidenciaram uma tendência de descida das prevalências do consumo de ecstasy em quase todas as idades, com exceção dos mais velhos. No estudo realizado em 2014 na 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 durante a atual reclusão. Em 2015, os jovens internados em Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de *ecstasy* superiores às de outras populações juvenis, sendo a segunda substância com consumos recentes e atuais mais prevalentes após o início do internamento. Segundo o *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou ligeiramente o risco percebido para a saúde associado ao consumo de *ecstasy* entre os portugueses de 15-24 anos, sendo as proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* e ao *consumo regular* de *ecstasy* idênticas às médias europeias. Entre os alunos de 16 anos constatou-se uma ligeira diminuição do risco percebido para a saúde associado ao consumo de *ecstasy*, embora, face às médias europeias, percecionassem este consumo como de maior risco.

Ao nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, o *ecstasy* continua a ter um papel residual, mas desde 2011 com um pouco mais de visibilidade em alguns indicadores. No âmbito da procura de tratamento, as referências ao *ecstasy* como droga principal continuam a ser muito residuais nos grupos de utentes que em 2016 estiveram em tratamento nas diferentes estruturas de tratamento (iguais ou inferiores a 0,5%). Quanto à mortalidade relacionada com o consumo de drogas, o *ecstasy* aumentou a sua visibilidade no último quadriénio, apesar de a sua expressão ser ainda residual. Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, o *ecstasy* também continua a ter valores residuais, apesar de os valores registados no quadriénio 2013-2016 terem sido significativamente superiores aos verificados no quadriénio anterior.

De acordo com o *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso ao *ecstasy* entre os jovens portugueses de 15-24 anos. No entanto, nos alunos de 16 anos (ESPAD), entre 2011 e 2015 diminuiu a facilidade percebida de acesso ao *ecstasy*. Também nos resultados do *INPG, 2016/17*, e apesar de mais de metade dos consumidores considerarem *fácil ou muito fácil* obter esta substância, verificou-se, entre 2012 e 2016/17, uma evolução positiva nestas perceções, no sentido da diminuição da facilidade percebida de acesso.

No âmbito de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, o *ecstasy* tem vindo a ganhar mais visibilidade nos últimos anos, apesar de continuar a apresentar valores pouco expressivos por comparação às outras drogas. Em 2016, e por comparação ao ano anterior, registaram-se acréscimos no número de apreensões, das quantidades apreendidas e do número de presumíveis infratores na posse de *ecstasy*, representando os valores de 2016 os mais elevados nos últimos dez anos. Com efeito, nos últimos anos tem vindo a aumentar a visibilidade do *ecstasy*, verificando-se no quadriénio 2013-16, por comparação ao anterior, aumentos nos números de apreensões, das quantidades confiscadas e dos presumíveis infratores na posse de *ecstasy*. Em 2016, o preço médio não sofreu alterações relevantes face a 2015 e a pureza média dos comprimidos apreendidos enquadra-se nos valores do quadriénio 2013-16, o qual apresentou valores significativamente superiores ao do anterior. Apesar da maioria do *ecstasy* apreendido se destinar ao mercado interno, recentemente tem sido detetada uma nova tendência de trânsito por aeroportos nacionais de consideráveis quantidades de *ecstasy* proveniente da Europa Central, em especial da Holanda, com destino ao Brasil.

Relativamente a **outras drogas**, os estudos epidemiológicos nacionais realizados no quadriénio 2013-16 apontam, de um modo geral, para a estabilidade ou descida das prevalências de consumo da maioria das drogas que não cannabis, com estas a apresentarem prevalências de consumo muito próximas entre si. No estudo mais recente realizado na população geral em 2016/17, verificou-se, face a 2012, uma tendência de descida das prevalências de consumo de anfetaminas e de alucinogénios, e em particular dos consumos recentes, na população de 15-74 anos e na de 15-34 anos. Em relação às *novas substâncias psicoativas* verificou-se uma ligeira descida das prevalências de consumo ao longo da vida (mais acentuada na população de 15-34 anos) e, em contrapartida, um ligeiro aumento do consumo recente. Na

2.ª edição do inquérito nacional aos jovens de 18 anos participantes no *Dia da Defesa Nacional*, em 2016, uma vez mais estes jovens apresentaram prevalências de consumo das várias substâncias ilícitas superiores às das populações escolares da mesma idade. A seguir à cannabis, embora com valores muito inferiores, surgiram as anfetaminas/metanfetaminas (*ecstasy* incluído) e os alucinogénios e as NSP surgiram com prevalências de consumo mais próximas às da cocaína. As prevalências de consumo destas substâncias foram muito idênticas às registadas em 2015. Os estudos nas populações escolares (2014 e 2015) evidenciaram uma estabilidade e descida dos consumos de estimulantes e de anfetaminas, assim como de alucinogénios, ao nível dos vários os grupos etários. Entre a população reclusa é de destacar, em 2014, o consumo de hipnóticos/sedativos sem receita médica nos últimos 12 meses na atual reclusão. Em 2015, os jovens internados em Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de anfetaminas e de alucinogénios superiores às de outras populações juvenis e mais elevadas que as prevalências de consumo de hipnóticos /sedativos não prescritos e de esteroides anabolizantes. Nos consumos recentes e atuais após o início do internamento, o LSD foi a substância com maiores prevalências de consumo a seguir à cannabis e ao *ecstasy*. Quanto aos resultados do ESPAD sobre o risco percebido associado ao consumo de anfetaminas, em 2015 constatou-se entre os alunos de 16 anos uma ligeira diminuição do risco percebido, embora, face às médias europeias, percecionassem este consumo como de maior risco.

Nos vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a referência isolada a anfetaminas, a alucinogénios e a NSP mantém-se residual, sendo já mais expressivas as referências a hipnóticos /sedativos e as situações de policonsumos, tanto ao nível da procura de tratamento como da mortalidade relacionada com o consumo de drogas. Nos processos de contraordenação por consumo, a posse isolada de outras substâncias que não a cannabis, heroína, cocaína e *ecstasy*, continua também a ser muito residual (embora os valores dos últimos quatro anos sejam dos mais elevados desde 2001), sendo um pouco mais expressivas as situações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas (apesar de perderam importância relativa no quadriénio 2013-2016 face ao anterior).

Os resultados do *Flash Eurobarometer* realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos, mostraram que os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso às NSP, por comparação com as médias europeias. Os resultados do ESPAD realizado em 2015 entre os alunos de 16 anos, apontaram para uma diminuição entre 2011 e 2015 da facilidade percebida de acesso às anfetaminas. No *INPG, 2016/17*, a perceção dos consumidores sobre a facilidade de acesso às anfetaminas foi mais ou menos semelhante às das outras drogas, já não sucedendo o mesmo com os alucinogénios, que foram as substâncias percecionadas como de mais difícil acesso. Entre 2012 e 2016/17 houve uma evolução positiva nestas perceções, no sentido da diminuição da facilidade percebida de acesso. Ainda neste estudo, constatou-se que a aquisição de drogas via internet ainda tem pouca expressão, e as únicas referências foram feitas pelos consumidores de NSP. A este propósito, é de notar que a referência à aquisição de NSP em lojas (após o seu encerramento) é muito residual, mas ainda assim existente.

Ao nível dos indicadores indiretos relativos ao domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2016 e à semelhança dos anos anteriores, registaram-se apreensões de várias outras substâncias para além da cannabis, heroína, cocaína e *ecstasy*, nomeadamente substâncias estimulantes, benzodiazepinas e alucinogénios. São de destacar pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, o 2C-B, a efedrina, a anfepramona e o clobenzorex. A posse de várias drogas continua a assumir particular importância nos vários indicadores no domínio da oferta, representando em 2016 cerca de um quinto das infrações e condenações relacionadas com a oferta de drogas.

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 2016/2017 foi realizado em Portugal o *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017*¹⁰⁸, replicando os estudos de 2012, 2007 e 2001.

Em relação às idades de início dos consumos, e focando no grupo de 15-24 anos onde é maior a probabilidade de inícios recentes dos consumos, a cannabis continua a ser a substância que apresenta as idades mais precoces, com uma idade média de início do consumo idêntica à registada em 2012 (17 anos) e uma idade modal superior (16 anos em 2012 e 17 anos em 2016/17).

Em 2016/17, uma vez mais 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 e atual- nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias à data da inquirição -, seja na população total (15-74 anos) seja na população jovem e jovem adulta (15-34 anos). Essas prevalências foram respetivamente de 10%, 5% e 4% na população de 15-74 anos, e de 15%, 8% e 6%, na de 15-34 anos. Entre 2012 e 2016/17 verificaram-se aumentos destas prevalências, em particular ao nível do consumo recente (últimos 12 meses) e atual (últimos 30 dias).

Estas continuam a ser mais expressivas no grupo masculino - 14% ao longo da vida, 7% nos últimos 12 meses e 5% nos últimos 30 dias na população de 15-74 anos e 21%, 11% e 9% na de 15-34 anos -, por comparação ao feminino - 6%, 3% e 2% nos 15-74 anos e 10%, 5% e 4% nos 15-34 anos. Apesar de se terem verificado subidas destas prevalências em ambos os sexos, verifica-se uma diminuição do rácio de masculinidade entre 2012 e 2016/17.

As subidas das prevalências de consumo recente e atual de cannabis foram particularmente relevantes nos grupos etários dos 35-44 anos e 25-34 anos, sendo menos expressivas na população jovem de 15-24 anos. Tal evolução alterou os perfis etários ao nível do consumo recente e atual, deixando de haver uma clara variação das prevalências na razão inversa das idades como em 2012, ou seja, passando os grupos decenais dos 25-34 anos e dos 35-44 anos a registar as maiores prevalências de consumo recente e atual (e com valores mais próximos nestes grupos), e já não a população jovem de 15-24 anos.

¹⁰⁸ Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

A cannabis apresentou as maiores taxas de continuidade do consumo¹⁰⁹ (47% na população total e 53% na de 15-34 anos), que registaram um importante aumento face a 2012, tanto na população de 15-74 anos (28% em 2012) como na de 15-34 anos (36% em 2012).

Em 2016/17 também houve um agravamento dos consumos mais intensivos de cannabis, com 3% dos inquiridos (64% dos consumidores) a consumir 4 ou mais vezes por semana nos últimos 12 meses (menos de 1% em 2012), sendo que 2% (55% dos consumidores) consumia todos os dias. Quanto ao consumo atual, 3% dos inquiridos (69% dos consumidores) tinha um consumo diário/quase diário.

Estes consumos mais intensivos continuam a ser mais prevalentes no sexo masculino, com cerca de 4% dos inquiridos e 2% das inquiridas a declararem um consumo diário/quase diário nos últimos 12 meses¹¹⁰ e nos últimos 30 dias. Todavia, se considerarmos os grupos de consumidores recentes e atuais, estes são mais prevalentes no grupo feminino (73% e 78% com um consumo recente e atual diário/quase diário) por comparação ao masculino (60% e 65% com um consumo recente e atual diário/quase diário). De um modo geral, estes consumos são mais prevalentes nos grupos etários que apresentaram as maiores prevalências de consumo recente e atual de cannabis, ou seja, os de 25-34 anos e 35-44 anos. Entre 2012 e 2016/17 verificou-se um agravamento destes consumos em ambos os sexos, embora maior no feminino, e em todos os grupos etários decenais, muito em particular nos de 25-34 anos e 35-44 anos.

Quanto a padrões de consumo abusivo e dependência de cannabis, de acordo com resultados do CAST¹¹¹, em 2016/17, 0,7% da população de 15-74 anos residente em Portugal (15% dos consumidores recentes) tinha um consumo de risco elevado (0,4%) ou de risco moderado (0,3%), quase duplicando o valor correspondente na população de 15-34 anos - 1,2% (14% dos consumidores recentes) -, com 0,6% a ter um consumo de risco elevado e 0,6% de risco moderado. O grupo masculino apresentou maiores prevalências de consumo de risco elevado (0,6%) do que o feminino (0,2%), bem como os grupos etários decenais entre os 15 anos e os 44 anos, com os de 15-24 anos e de 35-44 anos a apresentarem as prevalências mais altas (0,7%).

Entre 2012 e 2016/17 manteve-se idêntica a prevalência de consumo de risco moderado na população total (0,3%), tendo descido na de 15-34 anos (de 0,9% para 0,6%). Em contrapartida, aumentaram as de consumo de risco elevado na população total (de 0,3% para 0,4%) e na de 15-34 anos (de 0,4% para 0,6%). Considerando o conjunto das prevalências de consumo de risco elevado e de risco moderado, estas foram próximas às registadas em 2012, tanto na população total, como na de 15-34 anos.

Estes valores e tendências enquadram-se nos resultados do *Severity of Dependence Scales* (SDS), em que cerca de 0,8% da população de 15-74 anos residente em Portugal (19% dos consumidores recentes) apresentava sintomas de dependência do consumo de cannabis, sendo a proporção correspondente na população jovem e jovem adulta de 1,4% (19% dos consumidores recentes). Estes valores foram um pouco superiores aos verificados em 2012 no conjunto da população de 15-74 anos e na de 15-34 anos, embora diminuam quando se consideram essas prevalências nos respetivos grupos de consumidores recentes.

¹⁰⁹ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹¹⁰ 4 ou mais vezes por semana nos últimos 12 meses.

¹¹¹ 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).

As proporções de dependência foram mais elevadas no grupo masculino (1,2% dos inquiridos) por comparação ao feminino (0,4%), apesar de serem muito idênticas nos respetivos grupos de consumidores (20% nos consumidores masculinos e 19% nas femininas). Também são mais altas nos grupos etários decenais entre os 15 anos e os 44 anos, com o de 15-24 anos a apresentar uma prevalência ligeiramente superior (1,5%) aos grupos de 25-34 anos e 35-44 anos (1,3%).

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.

É de destacar destes resultados, o agravamento ao nível das prevalências de consumo recente e das frequências mais intensivas: mais pessoas a consumir e mais com padrões de consumo diário/quase diário, em que mais de três quintos dos consumidores teve consumos diários/quase diários nos últimos 12 meses. Embora mais ligeiro, há também um agravamento da dependência do consumo de cannabis na população, apesar de não se verificar um agravamento das proporções de dependência entre os consumidores recentes (cerca de um quinto com sintomas de dependência), o que estará relacionado com o aumento do número de consumidores que não apresentam (ainda) estes sintomas. É de notar, a particularidade dos agravamentos no grupo feminino e nos 25-34 anos e 35-44 anos.

Continuam a existir heterogeneidades regionais ao nível do consumo de cannabis, apesar de ser a substância com maiores prevalências de consumo em todas as regiões do país. De um modo geral, o Norte, Centro, Lisboa e a Região Autónoma dos Açores foram as regiões (NUTS II) com prevalências de consumo recente e atual de cannabis mais elevadas na população de 15-74 anos e na de 15-34 anos. Em contrapartida, o Alentejo foi a região com as menores prevalências de consumo recente e atual de cannabis na população de 15-74 anos e na de 15-34 anos.

Em 2016, foi realizada a 2.ª edição do inquérito anual *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*¹¹², que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2016 (convocados para o Dia da Defesa Nacional).

As prevalências do consumo de cannabis enquadraram-se no padrão dos resultados do ano anterior e de outros estudos recentes em populações escolares da mesma idade. A cannabis surgiu como a substância com maiores prevalências de consumo - 32% ao longo da vida, 24% nos últimos 12 meses e 15% nos últimos 30 dias -, muito próximas às de *qualquer droga*.

Mais de metade dos consumidores declarou, ou ter consumido apenas 1 a 2 vezes (28%) ou 40 ou mais vezes (27%) nos últimos 12 meses. Cerca de 5% dos inquiridos (31% dos consumidores atuais) declarou ter um consumo diário/quase diário nos últimos 30 dias, proporções superiores às registadas nos alunos de 18 anos (ECATD-CAD) (2% dos inquiridos / 15% dos consumidores atuais).

Os consumos de cannabis eram mais expressivos nos rapazes por comparação às raparigas, como o demonstram, por exemplo, as prevalências de consumo recente e de consumo atual (30% e 21% no grupo masculino, face a 17% e 10% no feminino). Tal como no ano anterior, constataram-se significativas heterogeneidades regionais a nível destes consumos, sendo de destacar os consumos de cannabis no Algarve.

¹¹² Calado & Carapinha, 2017a; Calado & Carapinha, 2017b; Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 81 207 jovens de 18 anos em 2016 e 70 646 em 2015.

Comparativamente a 2015 não houve alterações relevantes nas prevalências e padrões de consumo recente e atual.

No estudo realizado pela segunda vez em Portugal sobre *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis*¹¹³, os resultados das 3 estimativas realizadas consoante se considere a frequência do consumo, o risco moderado e elevado (CAST), ou a dependência (SDS), apontam, em 2016/17, para taxas por mil habitantes de 15-64 anos na ordem dos 32,2‰ (42,9 nos homens e 22,0 nas mulheres), 7,2‰ (11,0 nos homens e 3,7 nas mulheres) e 9,0‰ (12,9 nos homens e 5,2 nas mulheres), representando um aumento em relação a 2012 (7,0‰ para as três estimativas). É de notar que a superioridade da estimativa baseada na frequência dos consumos pode estar relacionada com o facto de, estes consumos mais frequentes não serem (ainda) determinantes da perceção da existência de problemas atribuídos a esse consumo, e apenas uma parte desses consumidores identificar problemas a eles associados, sendo que muito poucos declaram ter procurado, na sua vida, ajuda especializada relativamente a estes consumos.

Quanto às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo o *Flash Eurobarometer - Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹¹⁴ -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014 a cannabis continuava a ser a droga ilícita que os jovens portugueses atribuíam 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 face a 2011 (24% e 64%, para o *consumo ocasional* e *regular*). Em 2014, constatou-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%).

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2013-2016, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹¹⁵ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹¹⁶ (alunos de 16 anos) e o ECATD-CAD¹¹⁷ (alunos dos 13 aos 18 anos).

Os estudos realizados nos últimos 20 anos evidenciaram sempre prevalências de consumo de cannabis bem mais elevadas que as das outras drogas. Apesar das oscilações quadriennais em termos de variação das prevalências de consumo – aumentos em 1998/1999 e em 2002/2003, seguindo-se descidas em 2006/2007 e aumentos em 2010/2011 - constatou-se que, no final da primeira década do milénio, as prevalências de consumo de cannabis eram muito semelhantes às do início do milénio (nalguns estudos, ligeiramente superiores entre os alunos mais velhos).

¹¹³ Carapinha *et al.*, 2017.

¹¹⁴ 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), tendo sido uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia. Embora estivesse prevista a sua replicação até 2017, tal não se concretizou.

¹¹⁵ Matos *et al.*, 2015. 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.

¹¹⁶ ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹¹⁷ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming* e *gambling*), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2014** e **2015** nas populações escolares - o **HBSC/OMS** em 2014, e o **ESPAD** e o **ECATD-CAD** em 2015 - evidenciaram uma tendência de estabilidade e descida dos consumos de cannabis ao nível dos vários grupos etários.

Quadro 25 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cannabis ao Longo da Vida (%)
2010 – 2016

Estudos - Prevalências			2010	2011	2012	2014	2015	2016
População Geral	INPG ^{a)}	Total (15-74 anos)	-	-	8,2	-	-	9,7
		Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	14,4	-	-	15,1
	DDN	18 anos	-	-	-	-	29,3	31,6
População Reclusa	INCAMP	PLV	-	-	-	55,5	-	-
		Na atual reclusão	-	-	-	28,4	-	-
População Escolar	ESPAD	16 anos	-	16	-	-	15	-
		HBSC/OMS	6.º/ 8.º/10.º ano	8,8	-	-	8,8 ^{b)}	-
	ECATD	13 anos	-	2,2	-	-	1,8	-
		14 anos	-	5,4	-	-	4,3	-
		15 anos	-	10,1	-	-	8,9	-
		16 anos	-	19,1	-	-	16,7	-
		17 anos	-	24,4	-	-	25,8	-
18 anos	-	29,7	-	-	34,1	-		
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE (14-20 anos)	PLV	-	-	-	-	87,3	-
		Durante o atual internamento ^{c)}	-	-	-	-	33,3	-

a) A última aplicação do INPG decorreu em 2016/2017.

b) Em 2014 os dados disponíveis sobre o consumo de drogas são relativos apenas aos 8.º e 10.º anos.

c) Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo para o fim de semana, férias ou frequência de escola /estágios.

Fonte: Balsa *et al.*, 2017; Calado & Carapinha, 2017a; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Quadro 26 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses (%)
2010 - 2016

Estudos - Prevalências			2010	2011	2012	2014	2015	2016
População Geral	INPG ^{a)}	Total (15-74 anos)	-	-	2,3	-	-	4,5
		Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	5,1	-	-	8,0
	DDN	18 anos	-	-	-	-	22,6	23,8
População Reclusa	INCAMP	Últ. 12M fora da atual reclusão	-	-	-	38,6	-	-
		Últ. 12M na atual reclusão	-	-	-	23,5	-	-
População Escolar	ESPAD	16 anos	-	16	-	-	13	-
		ECATD	13 anos	-	1,3	-	-	1,2
	14 anos		-	4,7	-	-	3,4	-
	15 anos		-	8,4	-	-	7,0	-
	16 anos		-	16,2	-	-	13,6	-
	17 anos		-	20,9	-	-	20,4	-
	18 anos	-	24,9	-	-	26,8	-	
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE (14-20 anos)	Últ. 12M antes do internamento	-	-	-	-	78,7	-
		Últ. 12M do atual internamento ^{b)}	-	-	-	-	32,6	-

a) A última aplicação do INPG decorreu em 2016/2017.

b) Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo para o fim de semana, férias ou frequência de escola /estágios.

Fonte: Balsa *et al.*, 2017; Calado & Carapinha, 2017a; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em **2014**, nos resultados do HBSC/OMS 2014 relativos aos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, a cannabis continuava a apresentar as maiores prevalências de consumo: 9% dos

alunos já tinham experimentado, 5% dos do 8.º ano e 15% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (10% face a 7% no grupo feminino). Entre 2010 e 2014 verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de cannabis nos alunos do 8.º ano e uma descida entre os do 10.º ano (de 17% para 15%).

No *ECATD-CAD 2015*, uma vez mais a cannabis destacou-se com as maiores prevalências de consumo, as quais variaram na razão direta das idades: ao longo da vida entre os 2% (13 anos) e 34% (18 anos), nos últimos 12 meses entre 1% (13 anos) e 27% (18 anos), e nos últimos 30 dias entre 1% (13 anos) e 14% (18 anos). De um modo geral, estas prevalências foram ligeiramente inferiores às registadas em 2011, em todas as idades, sendo de destacar entre as exceções, o consumo recente nos alunos de 18 anos, que registou um ligeiro aumento.

Em relação à frequência dos consumos atuais, estes são tendencialmente ocasionais, com a maioria dos consumidores atuais a declarar que consumiu 1 a 5 vezes nos últimos 30 dias. É de notar no entanto que, cerca de 2% dos inquiridos de 18 anos (15% dos consumidores atuais de cannabis dessa idade) declarou ter um consumo diário/quase diário (20 ou mais ocasiões).

De um modo geral, os consumos de cannabis são mais expressivos nos rapazes em todas as idades, sendo estas diferenças mais evidentes entre os mais velhos.

No *ESPAD 2015*, a prevalência de consumo ao longo da vida de cannabis (15%) foi próxima à registada em 2011 (16%) e à média europeia em 2015 (16%). As prevalências do consumo recente e atual de cannabis diminuíram ligeiramente entre 2011 e 2015 (respetivamente de 16% para 13% e de 9% para 8%), sendo essa diminuição mais expressiva no grupo masculino (de 18% para 14% e de 11% para 8%), do que no feminino (de 14% para 12% e de 8% para 8%).

É ainda de notar quanto ao consumo atual que, cerca de 1% dos inquiridos declarou ter um consumo diário/quase diário (20 ou mais ocasiões) de cannabis nos últimos 30 dias, valor igual ao registado em 2011.

No caso das prevalências de consumo recente e atual de cannabis (13% e 8%), estas foram próximas às médias europeias (13% e 7%), com prevalências de consumo tendencialmente inferiores ou iguais no grupo masculino português e superiores no grupo feminino. Esta aproximação às médias europeias já se tinha verificado em 2011, contrariamente ao sucedido em 2007, em que foram inferiores.

É de referir ainda que, cerca de 3% destes alunos experimentaram cannabis em idades iguais ou inferiores a 13 anos, proporção idêntica à média europeia.

Quanto aos resultados do ESPAD sobre o risco percebido associado ao consumo de cannabis, a droga com maiores prevalências de consumo, em 2015, 78% dos alunos referiram ser de *grande risco* o seu consumo regular, 43% o seu consumo ocasional e 30% o *experimentar uma ou duas vezes* (79%, 48% e 34% em 2011, e 82%, 51% e 40% em 2007). Comparativamente às médias europeias, os alunos portugueses percecionavam como de maior risco o consumo regular, o consumo ocasional e o *experimentar uma ou duas vezes* cannabis (em 2015, as médias europeias de atribuição de *grande risco* a estes consumos foram respetivamente de 65%, 33% e 28%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹¹⁸, estudo periódico antes 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 (10% 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.

Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹¹⁹. Os jovens internados nos Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de cannabis, bem como padrões de consumo nocivo, superiores às de outras populações juvenis.

Cerca de 87% dos jovens inquiridos já tinham consumido cannabis ao longo da vida (antes e/ou após o início do internamento), e 79% e 67% fizeram-no nos últimos 12 meses e últimos 30 dias anteriores ao internamento. Consta-se uma importante redução dos consumos com o início do internamento¹²⁰ (33% e 18% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias), e ainda mais quando se restringe ao Centro Educativo (19% e 12% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias).

Em relação a padrões de consumo de risco acrescido, cerca de metade (46%) dos jovens tinha, nos 30 dias anteriores ao internamento, um consumo diário/quase diário de cannabis (passando para 5% após o início do internamento).

Ao nível dos indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, em 2016 foi consolidada a maior visibilidade da cannabis na procura de tratamento, continuando a ser a principal droga nos processos de contraordenação por consumo.

Nos contextos da **procura de tratamento** por problemas relacionados com o uso de drogas¹²¹, pelo quinto ano consecutivo, a cannabis surgiu como a droga principal mais referida (54%) pelos novos utentes do ambulatório, constatando-se nos últimos anos aumentos no número de utentes 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 menor enquanto droga principal dos utentes readmitidos e dos utentes nas estruturas de internamento, embora venha a aumentar a sua importância relativa, em particular entre os utentes das Comunidades Terapêuticas licenciadas (32% dos utentes que recorreram a tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas nestas estruturas, em 2016).

¹¹⁸ Torres *et al.*, 2015.

¹¹⁹ Carapinha *et al.*, 2016. Este inquérito foi aplicado aos jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

¹²⁰ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

¹²¹ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

Quadro 27 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2014 – 2016

			2014		2015		2016	
Consumos e Problemas relacionados - Indicadores Indiretos			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	1 654	8	1 923	9	2 231	10
		Novos Utentes	689	51	806	51	925	54
		Utentes Readmitidos	123	8	128	11	141	14
	Unidades de Desabitação	Utentes Públicas	20	3	29	4	27	5
		Utentes Licenciadas	8	9	3	5	5	7
	Comunidades Terapêuticas	Utentes Públicas	8	13	6	10	6	14
Utentes Licenciadas		625	29	676	32	651	32	
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P.^{b)}		...		...		–
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P.^{c)}	Só com Cannabis	1	3	..	..	..	..
		Cannabis + Outras	7	21	12	30	5	19
Processos de Contraordenação	Só com Cannabis		7 056	84	8 608	85	9 228	86
	Cannabis + Outras Drogas		150	2	246	2	214	2

a) % relativa a cada indicador.

b) *Mortes relacionadas com drogas*, CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2016 ainda não disponíveis. Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico *online* e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

c) Casos de *overdose*.

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., não é possível disponibilizar informação sobre as mortes relacionadas com cannabis, por razões de segredo estatístico¹²².

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2016, em 19% das *overdoses* foi detetada a presença de cannabis – 5 casos em associação com outras substâncias. Cerca de 60% dos casos tinham idades iguais ou superiores aos 45 anos e 40% idades inferiores a 30 anos. Em 2015, 2014, 2013, 2012 e 2011, registaram-se respetivamente 12, 8, 4, 1 e 3 casos de *overdose* com a presença de cannabis, sendo que entre 2008 e 2010 não houve registo destes casos. Em relação às 181 mortes verificadas em 2016 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹²³ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), foi detetada cannabis em 96 delas (53%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas, em particular com o álcool.

Nos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cannabis continua a assumir o papel da principal droga: 86% dos processos das ocorrências de 2016 estavam relacionados só com cannabis (85%, 84%, 82%, 78%, 76% e 71%, em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010). Em relação a 2015, houve um aumento de +7% no número destes processos (9 228), acréscimo superior ao do total de processos (+4%). A cannabis também assume grande relevância nos processos envolvendo várias drogas (em 2016, presente em 51% destes processos, ou seja, 2% do total de processos). No quadriénio 2013-2016, o número de processos relacionados com cannabis registaram aumentos contínuos e os valores mais elevados de sempre, reforçando a tendência crescente iniciada no anterior quadro legal. Em 2016, uma vez mais predominaram em todos os distritos de Portugal Continental os processos de contraordenação relacionados só com cannabis,

¹²² Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹²³ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

variando entre 65% (Bragança) e 92% (Évora e Setúbal) dos processos abertos em cada CDT. Em valores absolutos, Lisboa, Porto e Setúbal destacaram-se com o maior número destes processos.

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* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹²⁴ -, realizados 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 ESPAD¹²⁵, também a cannabis tem vindo a ser sempre considerada pelos alunos de 16 anos como a droga de maior acessibilidade, não havendo alterações relevantes entre 2003 e 2015 (31% em 2015, 30% em 2011 e 29% em 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* arranjar cannabis). Em 2015, os alunos portugueses tinham uma perceção de facilidade de acesso à cannabis muito semelhante à média europeia (30% consideravam ser *relativamente fácil ou muito fácil* arranjar cannabis).

Nos resultados do *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*¹²⁶, realizado na população residente em Portugal (15-74 anos), a cannabis foi uma das drogas percecionadas como de maior acessibilidade pelos consumidores, com 61% destes a considerarem *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância em 24 horas (se desejado), sendo esta proporção superior entre os jovens consumidores (86% dos consumidores de 15-24 anos), e inferior à registada em 2012 (85%).

Ao nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2016 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 haxixe¹²⁷ foi a substância que registou em 2016 o maior número de **apreensões** (4 678), representando um acréscimo (+12%) em relação a 2015 e o valor mais elevado desde 2002. Verifica-se uma tendência de aumento no número destas apreensões desde 2002, registando-se os valores mais altos nos últimos sete anos. O número de apreensões de cannabis herbácea em 2016 (778) foi ligeiramente inferior ao do ano anterior

¹²⁴ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

¹²⁵ ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹²⁶ Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

¹²⁷ Os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

(-2%), e pelo terceiro ano consecutivo 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 sete anos. É de evidenciar, enquanto indicador da produção interna, que em 2016 e à semelhança dos anos anteriores, cerca de 91% das plantações ilícitas de cannabis descobertas e apreendidas em Portugal eram micro e miniplantações, sendo residual o número de plantações de média e de grande dimensão¹²⁸.

As **quantidades** apreendidas de haxixe em 2016 (7 067,9 Kg) aumentaram de forma significativa face a 2015 – que registou o valor mais baixo da última década -, bem como as de liamba (264,4 Kg). São de notar os acréscimos contínuos das quantidades confiscadas de liamba ao longo do último quadriénio. É de mencionar também as quantidades apreendidas de óleo de haxixe (1 unidade e 225 g), assim como de outras formas de cannabis herbácea¹²⁹, designadamente de plantas, cujas quantidades apreendidas adquiriram maior expressão a partir dos últimos anos da década anterior (entre 2010 e 2016 foram apreendidas 42 655 plantas de cannabis, das quais, 23 715 entre 2013 e 2016, e 4 634 em 2016), bem como folhas (2,5 Kg em 2016) e sementes (5,1 Kg e 6 108 sementes confiscadas em 2016).

Cerca de 2% das apreensões de haxixe e 4% das de liamba envolveram **quantidades significativas**¹³⁰, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, 98% do haxixe e 87% da liamba confiscados no país em 2016.

Quanto às **rotas**, ao 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 a grande maioria das quantidades apreendidas com informação em matéria de rotas destinava-se ao mercado externo. É de notar que as quantidades provenientes de Marrocos se destinavam na totalidade para o mercado externo, destacando-se Espanha como o principal país de proveniência do haxixe confiscado com destino ao mercado interno. Em relação à *liamba*, em 2016 registaram-se importantes quantidades apreendidas provenientes dos EUA (apesar do reduzido número de apreensões), país não habitual nestes circuitos. É de referir que Portugal continua a funcionar como país de trânsito de importantes quantidades de haxixe provenientes de Marrocos com destino à Europa.

Os distritos de Lisboa e Porto, seguidos de Setúbal, destacaram-se uma vez mais com o maior número de apreensões de haxixe (47%, 17% e 10% do total destas apreensões), e, no caso da cannabis herbácea (*liamba*), foram os distritos de Lisboa (26%), Porto (9%), Faro (9%) e Coimbra (7%). Em termos de quantidades apreendidas, destacou-se o distrito de Faro, seguido dos de Porto e de Lisboa, com os valores mais elevados no caso do haxixe (83%, 6% e 5% do total confiscado), constatando-se uma maior dispersão geográfica nas quantidades apreendidas de *liamba* (as maiores proporções registaram-se nos distritos de Faro, Lisboa e Coimbra, com 30%, 27% e 20% das quantidades apreendidas em 2016). Quanto às plantas de cannabis, destacou-se o distrito de Lisboa com o maior número de apreensões e quantidades apreendidas, seguido do distrito de Faro e de Coimbra no caso das quantidades confiscadas.

¹²⁸ Nos últimos 10 anos, e de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo OEDT, grande parte das apreensões de plantações ilícitas de cannabis em Portugal respeitam a locais de produção *outdoor*, constituindo as micro e miniplantações cerca de 90% do total de plantações descobertas entre 2007 e 2016 (Polícia Judiciária, 2017).

¹²⁹ Ver informação constante na nota a) do Quadro 119 do volume Anexo.

¹³⁰ 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.

Relativamente aos meios utilizados no **transporte** da cannabis confiscada em 2016, em termos de quantidades, sobressaiu uma vez mais o transporte marítimo e o terrestre no caso do haxixe, e o transporte terrestre no caso da liamba.

No que respeita aos **preços** médios¹³¹, comparativamente ao ano anterior não se registaram alterações relevantes do preço do haxixe (2,30 €/grama em 2016 e 2,50 €/grama em 2015), verificando-se um ligeiro acréscimo do preço da liamba (8,21 €/grama em 2016 e 7,41 €/grama em 2015). No último quadriénio verificou-se uma tendência de subida dos preços médios da liamba e de ligeira descida do preço médio do haxixe.

Em relação ao **grau de pureza**¹³² e de acordo com as análises realizadas no LPC/PJ, a potência média da cannabis apreendida em 2016 (% THC: 14,8 resina e 7,2 herbácea) enquadrar-se nos valores do quadriénio 2013-16, o qual apresentou valores superiores ao do quadriénio anterior. A evolução dos preços e da potência do haxixe (tendência de descida dos preços e aumento da potência) e da cannabis herbácea (tendência de subida dos preços e da potência), poderá estar relacionada com a competitividade do crescente mercado da cannabis herbácea.

Quadro 28 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2014 - 2016

			2014		2015		2016	
Oferta - Indicadores Indiretos			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Interpelações Policiais	Apreensões	Haxixe ^{b)}	3 472		4 180		4 678	
		Liamba	771		791		778	
	Quantidades Apreendidas (Kg)	Haxixe ^{b)}	32 877		2 412		7 068	
		Liamba ^{c)}	108		224		264	
	Preço (gr.)^{d)} Média/Mediana	Haxixe	2,55€ / 2,10€		2,50€ / 1,99€		2,30€ / 1,90€	
		Liamba	6,23€ / 5,00€		7,41€ / 5,58€		8,21€ / 5,79€	
	Potência / Pureza^{d)} (média/mediana)	Haxixe	18% / 15,9%		14% / _		14,8% / 13,9% ^{d)}	
		Liamba	7,8% / 6,1%		8,3% / _		7,2% / 6,7% ^{d)}	
Presumíveis Infratores	Só com Cannabis		3 475	62	4 123	64	4 533	67
	Cannabis + Outras Drogas		744	13	926	14	918	14
	Indivíduos Condenados							
Condenações	Só com Cannabis		912	49	1 118 ^{e)}	53	1 026 ^{e)}	58
	Cannabis + Outras Drogas		255	14	265 ^{e)}	13	190 ^{e)}	11

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 119 em Anexo): em 2016, foram apreendidas 2,5 Kg de folhas, 4 634 plantas, 5,1 kg de sementes e mais 6 108 sementes de cannabis e 1 unidade e 225 g de óleo de cannabis.

d) Os preços referem-se apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. No caso da potência, os dados referem-se "ao retalho", de acordo com os critérios do OEDT, exceto em 2016 (todas as amostras analisadas independentemente do patamar do mercado).

e) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada até 31/03/2018.

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

¹³¹ 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 2016, 57% das apreensões de haxixe e 25% das de liamba tinham informação sobre o preço.

¹³² As amostras referem-se apenas às retiradas de circulação. Os dados aqui apresentados referem-se "ao retalho", de acordo com os critérios do OEDT. Em 2016, os valores da potência da cannabis referem-se a todas as amostras analisadas independentemente do patamar do mercado.

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, verificou-se um acréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de cannabis (4 533) face a 2015 (+10%), representando uma variação superior à registada a nível do número total de presumíveis infratores (+5%). É de notar que no quadriénio 2013-2016, por comparação ao anterior, aumentaram os presumíveis infratores que estavam na posse só de cannabis (+18%). Os números destes presumíveis infratores nos sete últimos anos foram os mais elevados desde 2002, vindo a aumentar o predomínio da cannabis em relação às outras substâncias (67%, 64%, 62%, 59%, 58%, 54%, e 49%, em 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010). 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 2016, presente em 65% destas situações (14% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2016¹³³ foram condenados 1 026 indivíduos na posse apenas de cannabis, representando 58% do total daquelas condenações (53%, 49%, 49%, 43%, 44% e 42%, em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010). Desde 2003 e refletindo a evolução 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. No último quadriénio, o número de condenados pela posse de cannabis foi tendencialmente superior ao do anterior. Uma vez mais as situações de posse apenas de cannabis surgiram com bastante mais importância relativa nos condenados por consumo (92%) do que nos outros grupos (45%). Nas condenações relacionadas com várias drogas, a cannabis também vem emergindo com maior visibilidade nos últimos anos, surgindo em 2016, em 51% destas situações (11% do total das condenações).

¹³³ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada até 31/03/2018.

2. Cocaína

2.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos vários **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos últimos 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 2016/2017 foi realizado em Portugal o *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017*¹³⁴, replicando os estudos de 2012, 2007 e 2001.

Em relação às idades de início dos consumos, e focando no grupo de 15-24 anos onde é maior a probabilidade de inícios recentes dos consumos, a cocaína continua com uma idade média de início do consumo idêntica à registada em 2012 (19 anos), e idades modal e mediana inferiores (20 anos em 2012 e 19 anos em 2016/17).

Em 2016/17, a cocaína surgiu como a segunda droga preferencialmente consumida, tanto na população de 15-74 anos, como na de 15-34 anos, embora com prevalências de consumo muito aquém das de cannabis. As prevalências de consumo ao longo da vida e as de consumo recente e atual foram respetivamente de 1,1%, 0,2% e 0,1% na população de 15-74 anos, e de 1,1%, 0,3% e 0,2%, na de 15-34 anos. Entre 2012 e 2016/17 verificou-se uma estabilidade destas prevalências, e até uma ligeira descida ao nível da população de 15-34 anos.

Estas continuam a ser mais expressivas no grupo masculino, embora na população de 15-34 anos, as diferenças tendam a esbater-se. O grupo de 25-34 anos continua a apresentar a prevalência de consumo recente mais elevada (0,5%).

A cocaína apresentou taxas de continuidade do consumo¹³⁵ de 18% na população total e 29% na de 15-34 anos, próximas às do ecstasy e muito inferiores às da cannabis. Estas taxas foram muito idênticas às registadas em 2012.

A cocaína destaca-se com uma grande diversidade de frequências de consumo, com um pouco mais de metade dos consumidores a ter um consumo recente esporádico (menos de uma vez por mês nos últimos 12 meses) e cerca de um quarto a consumir todos os dias, registando estes consumos diários um agravamento face a 2012.

Continuam a existir heterogeneidades regionais ao nível do consumo de cocaína, destacando-se as regiões (NUTS II) dos Açores e de Lisboa com as prevalências de consumo recente mais altas.

¹³⁴ Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

¹³⁵ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

Em 2016, foi realizada a 2.ª edição do inquérito anual *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*¹³⁶, que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2016 (convocados para o Dia da Defesa Nacional).

Os resultados apontam para prevalências de consumo ao longo da vida superiores às de outros estudos recentes em populações escolares da mesma idade. As prevalências de consumo de cocaína foram de 5% ao longo da vida, 4% nos últimos 12 meses e de 2% nos últimos 30 dias.

Quanto à frequência dos consumos recentes de cocaína, 52% dos consumidores declararam ter consumido apenas 1 a 2 vezes (28%), ou ter consumido 40 ou mais vezes (24%). Quanto ao consumo atual, cerca de 0,8% dos inquiridos (34% dos consumidores) declarou ter um consumo diário/quase diário.

Em relação a 2015 não se verificaram alterações ao nível das prevalências de consumo de cocaína, mantendo-se também muito idênticos os padrões de consumo recente e atual.

Os consumos de cocaína foram mais elevados nos rapazes por comparação às raparigas, com prevalências de consumo recente e atual de 5% e 4% no grupo masculino e de 2% e 1% no feminino. É de notar um ligeiro acentuar das assimetrias entre os sexos, resultado do aumento destas prevalências de consumo no grupo masculino.

Tal como no ano anterior é de notar as significativas heterogeneidades regionais destes consumos, destacando-se uma vez mais os consumos mais elevados de cocaína nos Açores.

No estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativa do Consumo Problemático/de Alto Risco de Cocaína*¹³⁷, as estimativas de 2015 apontavam, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 9,8‰ para os consumidores recentes de cocaína (17,7 nos homens e 2,1 nas mulheres), sendo o número estimado de consumidores recentes de cocaína superior ao de consumidores recentes de opiáceos. O cálculo desta estimativa foi diferente do utilizado em 2012¹³⁸, não sendo por isso possível a sua comparabilidade direta.

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo o *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹³⁹, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* associado ao *consumo ocasional* de cocaína continuava a ser superior (67%) comparativamente ao *ecstasy*, à *cannabis* e às *novas substâncias psicoativas*. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o *consumo regular* de cocaína (98%). Estas proporções foram ligeiramente superiores às registadas entre os jovens portugueses em 2011 (65% e 94%) e também às médias europeias em 2014 (respetivamente 62% e 96%).

¹³⁶ Calado & Carapinha, 2017a; Calado & Carapinha, 2017b; Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 81 207 jovens de 18 anos em 2016 e 70 646 em 2015.

¹³⁷ Carapinha *et al.*, 2017.

¹³⁸ Na sequência dos trabalhos no âmbito do grupo de especialistas deste indicador chave do OEDT.

¹³⁹ 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), tendo sido uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia. Embora estivesse prevista a sua replicação até 2017, tal não se concretizou.

Quadro 29 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína ao Longo da Vida (%)
2010 – 2016

Estudos - Prevalências			2010	2011	2012	2014	2015	2016
População Geral	INPG ^{a)}	Pop. Total (15-74 anos)	-	-	1,0	-	-	1,1
		Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	1,4	-	-	1,1
	DDN	18 anos	-	-	-	-	4,6	4,7
População Reclusa	INCAMP	PLV	-	-	-	38,9	-	-
		Na atual reclusão	-	-	-	8,3	-	-
População Escolar	ESPAD	16 anos	-	3	-	-	2	-
		HBSC/OMS	6.º/ 8.º/10.º ano	1,9	-	-	2,4 ^{b)}	-
	ECATD	13 anos	-	2,0	-	-	1,2	-
		14 anos	-	2,6	-	-	2,2	-
		15 anos	-	3,8	-	-	2,4	-
		16 anos	-	3,4	-	-	2,2	-
		17 anos	-	3,9	-	-	2,5	-
18 anos	-	3,4	-	-	2,4	-		
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE (14-20 anos)	PLV	-	-	-	-	19,4	-
		Durante o atual internamento ^{c)}	-	-	-	-	2,1	-

a) A última aplicação do INPG decorreu em 2016/2017.

b) Em 2014 os dados disponíveis sobre o consumo de drogas são relativos apenas aos 8.º e 10.º anos.

c) Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo para o fim de semana, férias ou frequência de escola /estágios.

Fonte: Balsa *et al.*, 2017; Calado & Carapinha, 2017a; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Quadro 30 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína nos Últimos 12 Meses (%)
2010 – 2016

Estudos - Prevalências			2010	2011	2012	2014	2015	2016
População Geral	INPG ^{a)}	Pop. Total (15-74 anos)	-	-	0,2	-	-	0,2
		Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	0,4	-	-	0,3
	DDN	18 anos	-	-	-	-	3,6	3,5
População Reclusa	INCAMP	Últ. 12M fora da atual reclusão	-	-	-	25,3	-	-
		Últ. 12M na atual reclusão	-	-	-	5,5	-	-
População Escolar	ECATD	13 anos	-	-	-	-	0,8	-
		14 anos	-	-	-	-	1,2	-
		15 anos	-	-	-	-	1,4	-
		16 anos	-	-	-	-	1,5	-
		17 anos	-	-	-	-	1,5	-
18 anos	-	-	-	-	1,5	-		
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE (14-20 anos)	Últ. 12M antes do internamento	-	-	-	-	14,3	-
		Últ. 12M do atual internamento ^{b)}	-	-	-	-	1,4	-

a) A última aplicação do INPG decorreu em 2016/2017.

b) Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo para o fim de semana, férias ou frequência de escola /estágios.

Fonte: Balsa *et al.*, 2017; Calado & Carapinha, 2017a; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2013-2016, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹⁴⁰ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹⁴¹ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD¹⁴² (alunos dos 13 aos 18 anos).

Os estudos anteriores realizados nos últimos 20 anos evidenciaram sempre prevalências de consumo de cocaína inferiores a 4%. Apesar das oscilações quadriennais na variação das prevalências de consumo, no final da primeira década do milénio as prevalências de consumo de cocaína eram, de um modo geral, muito próximas às do início do milénio.

Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2014 e 2015** nas populações escolares - o **HBSC/OMS** em 2014, e o **ESPAD** e o **ECATD-CAD** em 2015 - evidenciaram uma tendência de estabilidade e descida dos consumos de cocaína a nível dos vários grupos etários.

Em 2014, nos resultados do **HBSC/OMS 2014** relativos aos alunos do 8.º e 10.º ano de escolaridade, a cocaína continuava a apresentar prevalências de consumo bastante inferiores às de cannabis: 2% dos alunos já tinham experimentado, 2% dos do 8.º ano e 3% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (3% face a 2% 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 ligeiro aumento entre os alunos do 10.º ano (de 2% para 3%).

No **ECATD-CAD 2015**, as prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida variaram entre os 1% (13 anos) e 3% (17 anos) e as de consumo recente (últimos 12 meses) variaram entre 0,8% (13 anos) e 2% (16, 17 e 18 anos). De um modo geral, as prevalências de consumo ao longo da vida foram, em todas as idades, ligeiramente inferiores às registadas em 2011.

No **ESPAD 2015**, a prevalência de consumo ao longo da vida de cocaína (2%) foi um pouco menor que a registada em 2011 (3%). Esta prevalência de 2% foi igual à média europeia, sendo ligeiramente inferior no grupo masculino (2%) e igual no grupo feminino (2%) portugueses, comparativamente às respetivas médias europeias (3% e 2%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o **Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014**¹⁴³, estudo periódico antes 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% na atual reclusão e 6% nos últimos 12 meses na atual reclusão. Entre 2007 e 2014, verificou-se uma estabilidade e até ligeira diminuição das prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida e em contexto de reclusão.

¹⁴⁰ Matos *et al.*, 2015. 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.

¹⁴¹ ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹⁴² Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming* e *gambling*), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

¹⁴³ Torres *et al.*, 2015.

Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹⁴⁴. Os jovens internados nos Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de cocaína superiores às de outras populações juvenis.

Cerca de 19% dos jovens inquiridos já tinham consumido algum tipo de cocaínas¹⁴⁵ ao longo da vida, e 14% e 9% fizeram-no nos últimos 12 meses e últimos 30 dias anteriores ao internamento. Cerca de 7% referiram já ter tido consumos de base/crack alguma vez na vida, e 4% ter tido consumos recentes e atuais antes do internamento.

É de notar a importante redução dos consumos com o início do internamento¹⁴⁶ (2% alguma vez e 1% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias), sendo este consumo nulo dentro do Centro Educativo.

Ao nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a cocaína continua a surgir com um papel relevante no âmbito da procura de tratamento e mortes.

Na **procura de tratamento**, e no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁴⁷, de um modo geral, a cocaína¹⁴⁸ surgiu em 2016 como a terceira droga principal mais referida entre os utentes em ambulatório e a segunda mais referida entre os utentes que estiveram em estruturas de internamento. Em 2016, entre 8% e 29% dos utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento com problemas relacionados com o uso de drogas, tinham como droga principal a cocaína. Nos últimos seis anos e por comparação com os anos anteriores, verificaram-se proporções mais elevadas de utentes com a cocaína como droga principal, ao nível de quase todas estruturas de tratamento.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas, segundo o critério do OEDT, das 54 mortes registadas em 2015, 13 (24%) foram atribuídas ao consumo de cocaína (12 atribuídas a intoxicação por cocaína). Eram na sua grande maioria do sexo masculino e cerca de três quartos tinham idades compreendidas entre os 35-54 anos.

Quanto aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2016 foi detetada a presença de cocaína em 33% das overdoses (28%, 64%, 36%, 52%, 26% e 50% em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010) – 9 casos, 7 dos quais em associação com outras substâncias. Cerca de 22% tinham idades inferiores aos 35 anos, 44% entre os 35-44 anos, e 33% apresentavam idades iguais ou superiores a 45 anos.

Em relação às 181 mortes registadas em 2016 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁴⁹ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), a cocaína esteve presente em 30 destas mortes (17%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas.

¹⁴⁴ Carapinha *et al.*, 2016. Este inquérito foi aplicado à população de jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

¹⁴⁵ Inclui o cloridrato de cocaína, a base/crack e outras cocaínas.

¹⁴⁶ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

¹⁴⁷ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

¹⁴⁸ Inclui cocaína e base de cocaína.

¹⁴⁹ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

Quadro 31 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2014 - 2016

Consumos e Problemas relacionados - Indicadores Indiretos				2014		2015		2016		
				Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório	Utentes em Tratamento Ano	Cocaína	1 601	8	1 629	8	1 719	8	
			Cocaína + Heroína	82	0,4	96	0,5	96	0,4	
		Novos Utentes	Cocaína	237	18	239	15	271	16	
			Cocaína + Heroína	5	0,4	12	0,8	7	0,4	
		Utentes Readmitidos	Cocaína	146	10	92	8	94	9	
			Cocaína + Heroína	12	0,8	7	0,6	5	0,5	
	Unidades de Desabilitação	Públicas	Cocaína	163	23	137	20	98	17	
			Cocaína + Heroína	18	3	12	2	2	0,3	
		Licenciadas	Cocaína	26	30	9	14	21	28	
			Cocaína + Heroína	..	..	..	..	..	..
	Comunidades Terapêuticas	Públicas	Cocaína	28	46	23	40	11	26	
			Cocaína + Heroína	..	..	..	..	..	..
Licenciadas		Cocaína	653	30	613	29	591	29		
		Cocaína + Heroína	46	2	49	2	51	3		
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}			16	43	13	24	..		
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Cocaína			1	3	1	3	2	7
		Cocaína + Outras			20	61	10	25	7	26
Processos de Contraordenação	Só com Cocaína			415	5	448	4	455	4	
	Cocaína + Outras Drogas			294	4	338	3	302	3	

a) % relativa a cada indicador.

b) *Mortes relacionadas com drogas*, CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2016 ainda não disponíveis. Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico *online* e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.c) Casos de *overdose*.

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 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 (455), representaram 4% do total de processos relativos às ocorrências de 2016, proporção que vem a decrescer ligeiramente nos últimos anos (4%, 5%, 6%, 8%, 7% e 7%, em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010). Relativamente a 2015, o número de processos relacionados só com cocaína aumentou ligeiramente (+2%), sendo este acréscimo inferior ao registado ao nível do total de processos de contraordenação (+4%). Nos processos envolvendo várias drogas, uma vez mais a presença da cocaína foi predominante, estando presente em 71% destes processos (3% do total de processos relativos às ocorrências de 2016).

Os processos de contraordenação relacionados só com cocaína representaram entre 0% (Évora) e 8% (Faro) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2016. Em valores absolutos, foram os distritos de Lisboa, Faro e Porto que registaram os maiores números de processos relacionados só com cocaína.

De um modo geral, no quadriénio 2013-2016, não se constataram alterações relevantes no número destes processos, com valores que se enquadram nos registados no quadriénio anterior.

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* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁵⁰ -, realizados 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. 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 ESPAD 2015¹⁵¹, 11% dos alunos portugueses de 16 anos referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* arranjar cocaína, proporção igual à média europeia.

Nos resultados do *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*¹⁵², realizado na população residente em Portugal (15-74 anos), a cocaína foi uma das drogas percecionadas como de maior acessibilidade pelos consumidores, com 62% destes a considerarem *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância em 24 horas (se desejado), sendo esta proporção superior entre os jovens consumidores (83% dos consumidores de 15-24 anos) e os consumidores de 55-64 anos (95%), e inferior à registada em 2012 (73%).

Ao nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, uma vez mais foi consolidada a posição da cocaína como a segunda droga com maior visibilidade, tendência iniciada na segunda metade da década anterior. Em 2016, e apesar do ligeiro acréscimo do número de apreensões face a 2015, diminuíram as quantidades apreendidas assim como o número de presumíveis infratores na posse de cocaína. No quadriénio 2013-16, por comparação ao anterior, verificaram-se diminuições nos números de apreensões e de presumíveis infratores na posse de cocaína, sendo próximas as quantidades confiscadas.

Em 2016, tal como desde 2005, o **número de apreensões** de cocaína (1 130) foi superior ao de heroína, com um ligeiro acréscimo face a 2015 (+5%), tal como já sucedido em 2015 e ao contrário dos três anos anteriores. A tendência de aumento destas apreensões na segunda metade da década anterior atingiu os números mais elevados entre 2008 e 2010, ocorrendo uma quebra a partir de 2011, representando os valores do último quadriénio os mais baixos desde 2005.

Verificou-se uma descida significativa das **quantidades apreendidas** (1 046,5 Kg) por comparação a 2015 (-83%), ano em que tinha sido registado o valor mais elevado desde 2008. As

¹⁵⁰ 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 da facilidade de acesso à heroína e à cocaína no contexto da população geral (no grupo da população jovem), tendo sido uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia. Embora estivesse prevista a sua replicação até 2017, tal não se concretizou.

¹⁵¹ ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados. Nos anos anteriores não existia informação relativa à perceção sobre o acesso à cocaína.

¹⁵² Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

quantidades apreendidas no último quadriênio foram próximas às do anterior (-3%). Cerca de 18% 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 2016.

Quanto às **rotas**, em termos das quantidades apreendidas destacaram-se o Brasil e a Venezuela como os principais países de proveniência da cocaína apreendida em Portugal em 2016. Apesar de a maioria das quantidades apreendidas com informação em matéria de rotas destinar-se ao mercado interno, Portugal continua a funcionar como ponto de trânsito em matéria do tráfico internacional de cocaína, em particular nos fluxos provenientes da América do Sul com destino à Europa.

Uma vez mais os distritos de Lisboa e Porto destacaram-se em 2016 com o maior número de apreensões de cocaína (41% e 31%), embora tenha sido a Ilha da Madeira que registou as maiores quantidades de cocaína apreendida (62%), seguida do distrito de Lisboa (28%). As apreensões de crack continuam a ser pouco expressivas, com 16 g confiscadas em 2016, maioritariamente no distrito de Faro, mas também nos distritos de Setúbal, Porto, Braga e Coimbra.

Quadro 32 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre a Oferta
2014 – 2016

Oferta - Indicadores Indiretos		2014		2015		2016	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Interpeleções Policiais	Apreensões	1 042		1 081		1 130	
	Quantidades Apreendidas (kg) ^{b)}	3 715		6 029		1 047	
	Preço (gr.) ^{c)} Média	47,81 €		48,63 €		42,52 €	
	Mediana	39,83 €		39,97 €		36,84 €	
	Potência / Pureza ^{c)} Cloridrato de (média/mediana) Cocaína Base	40,1% / 37,4%		34,6% / _		40,3% / 38,3%	
Condenações	Presumíveis Infratores						
	Só com Cocaína	561	10	578	9	496	7
	Cocaína+ Outras Drogas	880	16	1 073	17	1 039	15
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Cocaína	274	15	322 ^{d)}	15	241 ^{d)}	14
	Cocaína+ Outras Drogas	426	23	452 ^{d)}	21	283 ^{d)}	16

a) % relativa a cada indicador.

b) Não incluídas as quantidades apreendidas de cocaína com outras unidades de medida/formas de apresentação (Quadro 119 em Anexo); em 2016, 16 g de crack.

c) Os preços referem-se apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo (em 2014, para efeitos de cálculo do preço médio da cocaína, foram retirados dois registos considerados "não válidos"). No caso da potência, os dados referem-se "ao retalho", de acordo com os critérios do OEDT.

d) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada até 31/03/2018.

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

Entre os meios utilizados no **transporte** da cocaína confiscada, tal como nos anos anteriores, destacou-se o transporte marítimo com as maiores quantidades apreendidas - apesar da diminuição significativa em 2016 -, assumindo o transporte aéreo também um papel importante.

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.

Em 2016 o **preço** médio¹⁵⁴ da cocaína registou uma descida face a 2015 (48,63€/grama em 2015 e 42,52€/grama em 2016), verificando-se, no último quadriénio, preços médios tendencialmente inferiores aos verificados no quadriénio anterior.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com as análises realizadas no LPC/PJ a “amostras de rua”¹⁵⁵ apreendidas, a pureza média da cocaína em pó (sal hidrocloreto, HCl) confiscada em 2016 (40,3%) enquadra-se nos valores do quadriénio 2013-16, o qual apresentou valores tendencialmente superiores ao do quadriénio anterior. Ao longo de todo o quadriénio, o grau de pureza média da cocaína base (47,7% em 2016), foi superior ao da cocaína em pó.

Nas **interpeleções policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse apenas de cocaína (496) foi inferior ao de 2015 (-14%), contrariamente ao ligeiro acréscimo ocorrido no total de presumíveis infratores (+5%). É de notar que no quadriénio 2013-2016, por comparação ao período homólogo anterior, diminuiu o número de presumíveis infratores que estavam na posse só de cocaína (-17%), continuando os valores a ser superiores aos dos que detinham apenas heroína. Quanto à proporção dos que detinham só cocaína no conjunto dos presumíveis infratores, constata-se nos últimos anos uma tendência para uma diminuição, após o acréscimo ocorrido na primeira metade da década anterior (7% em 2016, 9% em 2015, 10% em 2014, e 11% em 2013, 2012, 2011 e 2010). Tal como 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 2016 e tal como sucedido nos últimos anos, a presença de cocaína foi predominante, surgindo em 74% destas situações (15% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2016¹⁵⁶ foram condenados 241 indivíduos na posse só de cocaína, representando 14% do total das condenações (15% em 2015 e 2014, 14% em 2013 16% em 2012, 15% em 2011 e 16% em 2010). Desde 2006 que o número destas condenações é superior ao das condenações envolvendo apenas heroína. No último quadriénio, o número de condenados pela posse de cocaína foi tendencialmente inferior ao do período homólogo anterior. Mais uma vez 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 (19%) do que nos consumidores (1%). Nas condenações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, em 2016, a cocaína surgiu em 76% destas situações (16% do total das condenações).

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 2016, 28% das apreensões de cocaína tinham informação sobre o preço.

¹⁵⁵ As amostras referem-se apenas às retiradas de circulação. Os dados aqui apresentados referem-se “ao retalho”, de acordo com os critérios do OEDT.

¹⁵⁶ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada até 31/03/2018.

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 2016/2017 foi realizado em Portugal o *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017*¹⁵⁷, replicando os estudos de 2012, 2007 e 2001.

Em 2016/17, a heroína surgiu com prevalências de consumo residuais na população total e na de 15-34 anos. As prevalências de consumo ao longo da vida e as de consumo recente e atual foram respetivamente de 0,5%, 0,1% e 0,0% na população de 15-74 anos, e de 0,3%, 0,0% e 0,0%, na de 15-34 anos. Entre 2012 e 2016/17 verificou-se uma estabilidade destas prevalências.

Continuam a predominar no grupo masculino por comparação ao feminino, embora as diferenças nas prevalências de consumo ao longo da vida tendam a esbater-se, devido à diminuição no masculino e subida no feminino. O consumo recente, embora residual, é transversal a todos os grupos etários decenais entre os 25 e 64 anos (0,1% em cada um deles).

A heroína apresentou taxas de continuidade do consumo¹⁵⁸ de 11% na população total e 17% na de 15-34 anos, inferiores às da maioria das outras drogas, com exceção dos alucinogénios e das anfetaminas. No entanto, estas taxas foram superiores às registadas em 2012.

A heroína destaca-se com 60% dos consumidores a consumir todos os dias nos últimos 12 meses, e os restantes a consumir uma vez por mês (20%) ou mais raramente (20%). Entre 2012 e 2016/17 observou-se uma diminuição da frequência de consumo de heroína.

Continuam a existir heterogeneidades regionais ao nível do consumo de heroína, destacando-se as regiões (NUTS II) do Norte e Algarve com as prevalências de consumo recente mais altas na população de 15-74 anos, e Lisboa, na de 15-34 anos.

Em 2016, foi realizada a 2.ª edição do inquérito anual *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*¹⁵⁹, que teve como população-alvo

¹⁵⁷ Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

¹⁵⁸ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁵⁹ Calado & Carapinha, 2017a; Calado & Carapinha, 2017b; Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 81 207 jovens de 18 anos em 2016 e 70 646 em 2015. Na aplicação de 2015 os opiáceos não foram discriminados, e em 2016 os dados reportam-se apenas ao segundo trimestre.

os jovens que completaram 18 anos em 2016 (convocados para o Dia da Defesa Nacional). Na aplicação de 2015, os opiáceos não foram discriminados.

Em 2016, os resultados apontam para prevalências de consumo ao longo da vida superiores às de outros estudos recentes em alunos da mesma idade. As prevalências de consumo de opiáceos foram de 3% ao longo da vida, 2% nos últimos 12 meses e de 2% nos últimos 30 dias.

Em relação à frequência dos consumos recentes de opiáceos, cerca de metade dos consumidores declararam, ou ter consumido apenas 1 a 2 vezes (18%) ou ter consumido 40 ou mais vezes (32%) nos últimos 12 meses. Quanto ao consumo atual, cerca de 0,8% dos inquiridos (39% dos consumidores atuais) declarou ter um consumo diário/quase diário nos últimos 30 dias.

O consumo de opiáceos é mais expressivo nos rapazes por comparação às raparigas, com prevalências de consumo recente e atual de 4% e 3% no grupo masculino, e de 1% e 1% no feminino.

No estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativa do Consumo Problemático/de Alto Risco de Opiáceos*¹⁶⁰, as estimativas de 2015 apontavam, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 5,2‰ para os consumidores recentes de opiáceos (9,0 nos homens e 0,4 nas mulheres), sendo o número estimado de consumidores recentes de opiáceos inferior ao de consumidores recentes de cocaína. O cálculo desta estimativa foi diferente do utilizado em 2012¹⁶¹, não sendo por isso possível a sua comparabilidade direta.

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2013-2016, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹⁶² (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹⁶³ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD¹⁶⁴ (alunos dos 13 aos 18 anos).

Nos estudos dos últimos 20 anos, as prevalências de consumo de heroína nunca ultrapassaram os 4%, com tendência para a estabilidade e decréscimo entre o início e o final da primeira década do milénio.

Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2014** e **2015** nas populações escolares - o *HBSC/OMS* em 2014, e o *ESPAD* e o *ECATD-CAD* em 2015 – reforçaram a tendência de descida dos consumos de heroína ao nível dos vários os grupos etários.

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 continuavam a ser das mais baixas: 2% dos alunos já tinham experimentado, 2% dos do 8.º ano e 2% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (3% face a 1% no grupo feminino).

¹⁶⁰ Carapinha et al., 2017.

¹⁶¹ Na sequência dos trabalhos no âmbito do grupo de especialistas deste indicador chave do OEDT.

¹⁶² Matos et al., 2015. 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.

¹⁶³ ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹⁶⁴ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming* e *gambling*), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

Quadro 33 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Heroína ao Longo da Vida (%)
2010 – 2016

Estudos - Prevalências			2010	2011	2012	2014	2015	2016
População Geral	INPG ^{a)}	Total (15-74 anos)	-	-	0,5	-	-	0,5
		Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	0,3	-	-	0,3
	DDN ^{b)}	18 anos	-	-	-	-	-	3,0
População Reclusa	INCAMP	PLV	-	-	-	26,3	-	-
		Na atual reclusão	-	-	-	7,5	-	-
População Escolar	ESPAD	16 anos	-	2	-	-	1	-
	HBSC/OMS	6.º/ 8.º/10.º ano	1,4	-	-	2,0 ^{c)}	-	-
		13 anos	-	1,0	-	-	0,7	-
	ECATD	14 anos	-	1,6	-	-	0,9	-
		15 anos	-	2,6	-	-	1,2	-
		16 anos	-	2,2	-	-	1,0	-
		17 anos	-	2,1	-	-	1,2	-
18 anos		-	1,7	-	-	1,0	-	
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE (14-20 anos)	PLV	-	-	-	-	7,1	-
		Durante o atual internamento ^{d)}	-	-	-	-	0,7	-

a) A última aplicação do INPG decorreu em 2016/2017.

b) Inclui heroína e outros opiáceos.

c) Em 2014 os dados disponíveis sobre o consumo de drogas são relativos apenas aos 8.º e 10.º anos.

d) Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo para o fim de semana, férias ou frequência de escola /estágios.

Fonte: Balsa *et al.*, 2017; Calado & Carapinha, 2017a; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Quadro 34 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Heroína nos Últimos 12 Meses (%)
2010-2016

Estudos - Prevalências			2010	2011	2012	2014	2015	2016
População Geral	INPG ^{a)}	Total (15-74 anos)	-	-	0,0	-	-	0,1
		Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	0,0	-	-	0,0
	DDN ^{b)}	18 anos	-	-	-	-	-	2,3
População Reclusa	INCAMP	Últ. 12M fora da atual reclusão	-	-	-	16,8	-	-
		Últ. 12M na atual reclusão	-	-	-	4,6	-	-
População Escolar	ECATD	13 anos	-	-	-	-	-	-
		14 anos	-	-	-	-	-	-
		15 anos	-	-	-	-	-	-
		16 anos	-	-	-	-	-	-
		17 anos	-	-	-	-	-	-
		18 anos	-	-	-	-	-	-
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE (14-20 anos)	Últ. 12M antes do internamento	-	-	-	-	3,5	-
		Últ. 12M do atual internamento ^{c)}	-	-	-	-	0,7	-

a) A última aplicação do INPG decorreu em 2016/2017.

b) Prevalência relativa ao consumo de opiáceos, inclui heroína e outros opiáceos.

c) Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo para o fim de semana, férias ou frequência de escola /estágios.

Fonte: Balsa *et al.*, 2017; Calado & Carapinha, 2017a; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

No *ECATD-CAD 2015*, as prevalências de consumo de heroína ao longo da vida foram cerca de 1% em todas as idades (entre 0,7% nos 13 anos e 1% nos mais velhos). Estas prevalências foram, em todas as idades, inferiores às registadas em 2011.

No *ESPAD 2015*, a prevalência de consumo ao longo da vida de heroína (1%) foi inferior à de 2011 (2%). Esta prevalência foi igual à média europeia, sendo idêntica no grupo masculino (1%) e no feminino (1%) portugueses, por comparação às respetivas médias europeias (1% e 1%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹⁶⁵, um estudo periódico antes limitado à área das drogas (2001 e 2007), e agora alargado ao álcool e ao jogo. Em 2014, 26% da população reclusa declarou ter consumido heroína alguma vez ao longo da vida, 8% na atual reclusão e 5% nos últimos 12 meses na atual reclusão. O consumo de outros opiáceos era mais residual, com prevalências de consumo de metadona e de buprenorfina não prescritas de 10% e 9% ao longo da vida e, de 3% e 3% na atual reclusão. Entre 2007 e 2014 verificaram-se diminuições das prevalências de consumo de heroína em todos os contextos e temporalidades.

Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹⁶⁶. Tal como em outras populações juvenis, também o consumo de opiáceos é dos menos prevalentes entre estes jovens, apesar de ser mais comum do que em outras populações juvenis. Cerca de 7% dos inquiridos já tinham consumido heroína (antes e/ou após o início do internamento) e 4% e 3% fizeram-no nos últimos 12 meses e 30 dias anteriores ao internamento. É muito residual o consumo de heroína após o início do internamento¹⁶⁷ (inferior a 1% em qualquer temporalidade) e nulo no Centro Educativo. Quanto a outros opiáceos, 3% dos inquiridos já tinham consumido alguma vez metadona/buprenorfina não prescrita e 1% fizeram-no nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias anteriores ao internamento, sendo idênticas as prevalências relativas ao consumo de *outros opiáceos*. É também muito residual o consumo destes opiáceos após o início do internamento.

Em 2016, a heroína continua a ter um papel muito relevante nos vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, como na procura de tratamento e mortes, para além dos decorrentes da prática de consumo injetado, como as doenças infecciosas. No entanto, persiste a tendência de decréscimo da sua importância relativa no último quadriénio, por comparação com o anterior.

No contexto da **procura de tratamento**, entre os utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁶⁸, uma vez mais a heroína surgiu como a droga predominante na maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2016 às diferentes estruturas de tratamento, com exceção dos novos utentes em ambulatório (cannabis) e no caso dos utentes das Comunidades Terapêuticas licenciadas, em que surge com proporções próximas às da cannabis e da cocaína.

Mantém-se a tendência dos últimos anos de diminuição do número de utentes com a heroína como droga principal, com exceção do aumento entre 2014 e 2015 nos novos utentes em ambulatório. As referências a outros opiáceos como droga principal foram inferiores a 2%.

¹⁶⁵ Torres *et al.*, 2015.

¹⁶⁶ Carapinha *et al.*, 2016. Este inquérito foi aplicado à população de jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

¹⁶⁷ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

¹⁶⁸ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

Quadro 35 - Opiáceos: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2014 – 2016

Consumos e Problemas relacionados				2014		2015		2016	
Indicadores Indiretos				Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes em Tratamento Ano	Heróina	16 939	80	16 634	79	16 294	75
			Heróina + Cocaína	82	0,4	96	0,5	96	0,4
			Outros Opiáceos	183	1	183	1	220	1
		Novos Utentes	Heróina	329	24	429	27	428	25
			Heróina + Cocaína	5	0,4	12	0,8	7	0,4
			Outros Opiáceos	22	2	17	1	24	1
	Utentes Readmitidos	Heróina	1 147	77	874	75	719	70	
		Heróina + Cocaína	12	0,8	7	0,6	5	0,5	
		Outros Opiáceos	20	1	18	2	17	2	
	Unidades de Desabitação	Públicas	Heróina	463	66	465	68	439	75
			Heróina + Cocaína	18	3	12	2	2	0,3
			Outros Opiáceos	13	2	15	2	6	1
Licenciadas		Heróina	52	60	49	77	47	63	
		Heróina + Cocaína	..	..	..	..	..	..
		Outros Opiáceos	..	..	..	..	1	1	
Comunidades Terapêuticas	Públicas	Heróina	22	36	25	43	25	58	
		Heróina + Cocaína	..	..	..	..	..	..
		Outros Opiáceos	..	..	..	..	..	..
	Licenciadas	Heróina	772	35	697	33	629	31	
		Heróina + Cocaína	46	2	49	2	51	3	
		Outros Opiáceos	11	1	17	1	9	0,4	
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}			13	35	27	50	..	..
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Opiáceos ^{d)}		1	3	2	5	1	4
		Opiáceos ^{d)} + Outras		14	42	19	48	11	41
		Só com Metadona		2	6	1	3	..	..
		Metadona + Outras		12	36	9	23	10	37
		Só com Buprenorfina		..	..	..	..	..	..
Buprenorfina + Outras		..	..	..	..	..	..
Processos de Contraordenação	Só com Heróina			426	5	490	5	476	4
	Heróina + Outras Drogas			251	3	233	2	226	2

a) % relativa a cada indicador.

b) *Mortes relacionadas com drogas*, CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2016 ainda não disponíveis. Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico *online* e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

c) Casos de *overdose*.

d) Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

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 que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., segundo o critério do OEDT, das 54 mortes registadas em 2015, 27 (50%) foram atribuídas a intoxicação por opiáceos, 5 das quais por heroína e 7 por metadona. Pertenciam maioritariamente ao sexo masculino e cerca de 67% tinham idades compreendidas entre os 35- 54 anos (41% entre os 35-44 anos e 26% entre os 45-54 anos).

Quanto aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2016, é de destacar a presença de opiáceos¹⁶⁹ em 44% das *overdoses* (53%, 45%, 46%, 48%, 42% e 73%, em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010) – 12 casos, 11 dos quais em associação com outras substâncias lícitas e/ou ilícitas. A metadona surgiu em 37% das *overdoses* (25%, 42%, 27%, 31%, 53% e 15%, em 2015,

¹⁶⁹ Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

2014, 2013, 2012, 2011 e 2010) – 10 casos, todos em associação com outras substâncias. Cerca de 67% dos casos com opiáceos tinham 40 ou mais anos e 25% menos de 35 anos, e 90% dos casos com metadona tinham 45 ou mais anos. Em relação às 181 mortes registadas em 2016 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁷⁰ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), os opiáceos e a metadona estiveram presentes respetivamente em 59 casos (33%) e 28 casos (15%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas.

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 2016, os processos relacionados apenas com heroína (476) representaram 4% do total de processos relativos às ocorrências desse ano (5%, 5%, 6%, 8%, 9% e 14%, respetivamente em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010). Em relação a 2015 verificou-se um ligeiro decréscimo de processos relacionados apenas com heroína (-3%), contrariamente ao aumento registado ao nível do total de processos (+4%). No quadriénio 2013-2016 não se constataram alterações relevantes no número destes processos, contudo, os valores registados foram inferiores aos do período homólogo anterior. Nos processos envolvendo várias drogas, a heroína também tem vindo a perder importância relativamente a outras drogas, estando em 2016 presente em 53% destes processos (2% do total de processos). Os processos relacionados só com heroína representaram entre 2% (Viana do Castelo, Porto e Setúbal) e 22% (Bragança) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2016. Em valores absolutos, foram os distritos de Lisboa e Faro que registaram os números mais elevados de processos relacionados só com heroína.

3.2. Oferta

Na monitorização 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* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁷¹ -, realizados 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 *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*¹⁷², realizado na população residente em Portugal (15-74 anos), a heroína foi a droga percebida como de maior acessibilidade, com 70% dos consumidores (79% em 2012) a considerarem *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância em 24 horas (se desejado).

¹⁷⁰ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹⁷¹ 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 da facilidade de acesso à heroína e à cocaína no contexto da população geral (no grupo da população jovem), tendo sido uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia. Embora estivesse prevista a sua replicação até 2017, tal não se concretizou.

¹⁷² Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

Ao nível de vários indicadores da oferta de drogas constatou-se, em 2016, um reforço da tendência de diminuição da importância relativa da heroína, constatada já há alguns anos. Em 2016, e apesar de o número de apreensões ter sido próximo ao de 2015, diminuíram as quantidades apreendidas e o número de presumíveis infratores na posse de heroína. No último quadriénio, por comparação ao anterior, verificaram-se diminuições nos números de apreensões, de presumíveis infratores e nas quantidades confiscadas desta substância.

Em 2016, o número de **apreensões** de heroína (774) foi próximo ao de 2015 (+1%). Uma vez mais foi inferior ao de apreensões de cocaína (desde 2005), e pelo terceiro ano consecutivo foi também inferior ao de cannabis herbácea. Apesar do ligeiro aumento nos últimos dois anos, após a descida contínua entre 2011 e 2014, os valores deste quadriénio são os mais baixos desde 2002.

As **quantidades** confiscadas em 2016 (56,9 Kg) diminuíram face a 2015 (-41%), ano em que se registou o valor mais elevado desde 2010, após os decréscimos contínuos entre 2012-2014. As quantidades apreendidas no último quadriénio foram inferiores às do quadriénio anterior (-21%). Cerca de 6% das apreensões de heroína envolveram **quantidades significativas**¹⁷³, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, 91% da heroína confiscada no país em 2016.

No que respeita a outras substâncias opiáceas, tal como nos anos anteriores, em 2016 registaram-se apreensões de metadona (14 g, 16 comprimidos e 640 frascos) e de buprenorfina (81 g e 51 comprimidos), assim como de morfina (4 comprimidos).

Quanto às **rotas**, destacou-se a Holanda como o país de proveniência da heroína confiscada em Portugal em 2016 e com informação em matéria de rotas¹⁷⁴, destinando-se na sua totalidade ao mercado interno. Porto e Lisboa apresentaram o maior número de apreensões de heroína (35% e 28% do total destas apreensões), sendo o Porto, Lisboa e Açores que registaram a maioria da heroína apreendida no país em 2016 (54%, 19% e 11% do total confiscado). Em 2016, as apreensões de metadona e de buprenorfina ocorreram em vários distritos do país, destacando-se o Porto com as maiores quantidades apreendidas de metadona e Lisboa com as maiores quantidades confiscadas de buprenorfina. A única apreensão de morfina ocorreu no distrito do Porto.

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 2016.

O **preço** médio¹⁷⁵ da heroína em 2016 registou uma descida comparativamente a 2015 (31,61 €/grama em 2015 e 26,27 €/grama em 2016), constatando-se, no último quadriénio, preços médios inferiores aos do anterior.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com as análises realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua"¹⁷⁶ apreendidas, a pureza média da heroína confiscada em 2016 (15,5%) enquadra-se nos valores do quadriénio 2013-16, o qual apresentou valores tendencialmente inferiores aos do período homólogo anterior.

¹⁷³ Consideradas para a heroína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com a Organização das Nações Unidas. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas.

¹⁷⁴ Em 2016, apenas uma minoria da heroína apreendida tinha informação em matéria de rotas.

¹⁷⁵ 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 2016, 31% das apreensões de heroína tinham informação sobre o preço.

¹⁷⁶ As amostras referem-se apenas às retiradas de circulação. Os dados aqui apresentados referem-se "ao retalho", de acordo com os critérios do OEDT.

Quadro 36 - Heroína: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2014 – 2016

		2014		2015		2016	
Oferta - Indicadores Indiretos		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Interpelações Policiais	Apreensões	690		763		774	
	Quantidades Apreendidas (kg)	39		97		57	
	Preço (gr.)^{c)}						
	Média	31,47 €		31,61 €		26,27 €	
	Mediana	23,44 €		25,00 €		23,12 €	
Presumíveis Infratores	Potência / Pureza^{c)} (média/mediana)	14,0% / 13,1%		19,5% / _		15,5% / 14,3%	
	Só com Heroína	308	6	341	5	286	4
	Heroína + Outras Drogas	680	12	790	12	757	11
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Heroína	127	7	120 ^{b)}	6	116 ^{d)}	7
	Heroína + Outras Drogas	386	21	379 ^{b)}	18	253 ^{d)}	14

a) % relativa a cada indicador.

b) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada até 31/03/2018.

c) Os preços referem-se apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. No caso da potência, os dados referem-se "ao retalho", de acordo com os critérios do OEDT.

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 decréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de heroína (286) face a 2015 (-16%), contrariamente ao ocorrido com o total de presumíveis infratores (+5%). Esta diminuição reforça a tendência de decréscimo verificada ao longo da década, atingindo em 2016 o valor mais baixo de sempre. Mantém-se a descida das proporções de presumíveis infratores na posse só de heroína no conjunto de presumíveis infratores: 4%, 5%, 6%, 6%, 7%, 8% e 11% dos casos, em 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010. Nas situações de posse de várias drogas, a heroína continua a ser relevante embora já não predominante, estando em 2016 presente em 54% destas situações (11% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2016¹⁷⁷ foram condenados 116 indivíduos na posse apenas de heroína, representando 7% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (6% em 2015, 7% em 2014, 10% em 2013 e 2012, 11% em 2011 e 12% em 2010). 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 envolvendo só cocaína. Nas situações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, a heroína surge em 2016, em 68% destas situações (14% do total das condenações). No último quadriénio, o número de condenados pela posse de heroína foi tendencialmente inferior ao do período homólogo anterior.

¹⁷⁷ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada até 31/03/2018.

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 2012, embora em 2016/17 tenha perdido importância relativa face à cocaína. Nos estudos mais recentes em populações escolares (2014 e 2015) surge com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis e próximas às das restantes drogas, e como a segunda droga mais consumida entre os mais velhos. Ao 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 2016/2017 foi realizado em Portugal o *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017*¹⁷⁸, replicando os estudos de 2012, 2007 e 2001.

Em relação às idades de início dos consumos, e focando no grupo de 15-24 anos onde é maior a probabilidade de inícios recentes dos consumos, em 2016/17, o ecstasy apresentou uma idade média de início do consumo (19 anos) superior à registada em 2012 (18 anos), e idades modal (17 anos) e mediana (18 anos) idênticas às de 2012.

Em 2016/17, o ecstasy surgiu como a terceira droga preferencialmente consumida, tanto na população de 15-74 anos, como na de 15-34 anos, com prevalências de consumo muito aquém das de cannabis e também inferiores às da cocaína. As prevalências de consumo ao longo da vida e as de consumo recente e atual foram respetivamente de 0,6%, 0,1% e 0,0% na população de 15-74 anos, e de 0,9%, 0,2% e 0,0%, na de 15-34 anos. O consumo recente continua a ser mais expressivo no grupo masculino e nos jovens dos 15-24 anos (0,4%). Entre 2012 e 2016/17 verificou-se uma descida destas prevalências em ambos os sexos.

O ecstasy apresentou taxas de continuidade do consumo¹⁷⁹ de 19% na população total e 26% na de 15-34 anos, próximas às da cocaína e muito inferiores às da cannabis. Estas taxas foram muito idênticas às registadas em 2012. Cerca de 69% dos consumidores de ecstasy teve um consumo recente esporádico (menos de uma vez por mês nos últimos 12 meses). Entre 2012 e 2016/17 verificou-se uma diminuição da frequência de consumo de ecstasy.

Continuam a existir heterogeneidades regionais ao nível do consumo de ecstasy, destacando-se as regiões (NUTS II) dos Açores, Madeira e de Lisboa com as prevalências de consumo recente mais altas, quer na população de 15-74 anos, como na de 15-34 anos.

¹⁷⁸ Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

¹⁷⁹ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

Em 2016, foi realizada a 2.ª edição do inquérito anual *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*¹⁸⁰, que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2016 (convocados para o Dia da Defesa Nacional). Neste estudo, o *ecstasy* foi agregado no grupo de anfetaminas/metanfetaminas, grupo este que surgiu, pelo segundo ano consecutivo, com as maiores prevalências de consumo a seguir à *cannabis*: 7% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 3% nos últimos 30 dias¹⁸¹.

Quanto às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo o *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁸² -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* de *ecstasy* continuava a ser superior (57%) comparativamente à *cannabis*, sendo mais semelhante em relação às NSP. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o *consumo regular* de *ecstasy* (93%). Estas proporções de atribuição de *risco elevado* 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 2013-2016, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹⁸³ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹⁸⁴ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD¹⁸⁵ (alunos dos 13 aos 18 anos). Os estudos anteriores realizados nos últimos 20 anos evidenciaram sempre prevalências de consumo de *ecstasy* iguais ou inferiores a 4%. Não obstante as oscilações quadriennais das prevalências de consumo, constatou-se que, no final da primeira década do milénio, as prevalências de consumo de *ecstasy* eram, de um modo geral, inferiores às do início do milénio.

Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2014** e **2015** nas populações escolares - o *HBSC/OMS* em 2014, e o *ESPAD* e o *ECATD-CAD* em 2015 - evidenciaram uma tendência de estabilidade e descida dos consumos de *ecstasy* ao nível dos vários grupos etários.

Em 2014, nos resultados do *HBSC/OMS 2014* relativos aos alunos dos 8.º e 10.º ano de escolaridade, o *ecstasy* apresentou prevalências de consumo próximas às das outras drogas que não a *cannabis*: 2% dos alunos já tinham experimentado, 2% dos do 8.º ano e 3% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (3% face a 2% no grupo feminino). Entre 2010 e 2014 verificou-se uma certa estabilidade das prevalências de consumo de *ecstasy*.

¹⁸⁰ Calado & Carapinha, 2017a; Calado & Carapinha, 2017b; Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 81 207 jovens de 18 anos em 2016 e 70 646 em 2015.

¹⁸¹ A informação mais detalhada sobre os consumos de anfetaminas/metanfetaminas consta no capítulo *Outras Drogas e Policonsumos*.

¹⁸² 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), tendo sido uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia. Embora estivesse prevista a sua replicação até 2017, tal não se concretizou.

¹⁸³ Matos *et al.*, 2015. 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.

¹⁸⁴ ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹⁸⁵ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming* e *gambling*), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

Quadro 37 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Ecstasy ao Longo da Vida (%)
2010 – 2016

Estudos - Prevalências			2010	2011	2012	2014	2015	2016
População Geral	INPG ^{a)}	Pop. Total (15-74 anos)	-	-	1,1	-	-	0,6
		Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	2,3	-	-	0,9
	DDN	18 anos	-	-	-	-	-	-
População Reclusa	INCAMP	PLV	-	-	-	19,1	-	-
		Na atual reclusão	-	-	-	2,2	-	-
População Escolar	ESPAD	16 anos	-	3	-	-	2	-
	HBSC/OMS	6.º/ 8.º/10.º ano	1,8	-	-	2,3 ^{b)}	-	-
		13 anos	-	1,1	-	-	0,7	-
	ECATD	14 anos	-	1,7	-	-	0,9	-
		15 anos	-	2,7	-	-	1,2	-
		16 anos	-	3,0	-	-	2,0	-
		17 anos	-	2,7	-	-	3,0	-
18 anos		-	3,0	-	-	3,7	-	
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE (14-20 anos)	PLV	-	-	-	-	20,1	-
		Durante o atual internamento ^{c)}	-	-	-	-	2,8	-

a) A última aplicação do INPG decorreu em 2016/2017.

b) Em 2014 os dados disponíveis sobre o consumo de drogas são relativos apenas aos 8.º e 10.º anos.

c) Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo para o fim de semana, férias ou frequência de escola /estágios.

Fonte: Balsa *et al.*, 2017; Calado & Carapinha, 2017a; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Quadro 38 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Ecstasy nos Últimos 12 Meses (%)
2010 - 2016

Estudos - Prevalências			2010	2011	2012	2014	2015	2016
População Geral	INPG ^{a)}	Pop. Total (15-74 anos)	-	-	0,2	-	-	0,1
		Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	0,6	-	-	0,2
	DDN	18 anos	-	-	-	-	-	-
População Reclusa	INCAMP	Últ. 12M fora da atual reclusão	-	-	-	9,8	-	-
		Últ. 12M na atual reclusão	-	-	-	1,9	-	-
População Escolar	ECATD	13 anos	-	0,9	-	-	0,6	-
		14 anos	-	1,7	-	-	0,5	-
		15 anos	-	2,5	-	-	1,0	-
		16 anos	-	2,7	-	-	1,6	-
		17 anos	-	1,8	-	-	1,9	-
		18 anos	-	2,3	-	-	2,3	-
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE (14-20 anos)	Últ. 12M antes do internamento	-	-	-	-	13,5	-
		Últ. 12M do atual internamento ^{b)}	-	-	-	-	2,8	-

a) A última aplicação do INPG decorreu em 2016/2017.

b) Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo para o fim de semana, férias ou frequência de escola /estágios.

Fonte: Balsa *et al.*, 2017; Calado & Carapinha, 2017a; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

No *ECATD-CAD 2015*, as prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida variaram entre os 1% (13, 14 e 15 anos) e 4% (18 anos), as dos últimos 12 meses entre os 0,5% (14 anos) e 2% (16, 17 e 18 anos), e as dos últimos 30 dias entre os 0,3% (14 e 15 anos) e 1% (16, 17 e 18 anos). De um modo geral, estas prevalências foram inferiores às registadas em 2011, exceto nos alunos de 17 e 18 anos, em que se mantiveram muito próximas às de 2011.

No *ESPAD 2015*, a prevalência de consumo ao longo da vida de ecstasy (2%) foi um pouco inferior à registada em 2011 (3%). Esta prevalência foi igual à média europeia, sendo ligeiramente inferior no grupo masculino (2%) e igual no grupo feminino (2%) portugueses, comparativamente às respetivas médias europeias (3% e 2%).

Quanto aos resultados do ESPAD sobre o risco percebido associado ao consumo de ecstasy, em 2015, 76% dos alunos referiram ser de *grande risco* o seu consumo regular e, 35% o *experimental uma ou duas vezes* (78% e 38% em 2011, e 74% e 39% em 2007). Comparativamente às médias europeias (respetivamente 71% e 33%), os alunos portugueses percecionavam o consumo de ecstasy como de maior risco.

No contexto da **população reclusa**, foi realizado o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹⁸⁶, um estudo periódico antes limitado à área das drogas (2001 e 2007), e agora alargado ao álcool e ao jogo. Em 2014, 19% dos inquiridos declararam ter consumido ecstasy alguma vez na vida, 2% na atual reclusão e 2% nos últimos 12 meses na atual reclusão. Tal como em 2007, estas prevalências foram um pouco superiores às de anfetaminas. Entre 2007 e 2014, verificou-se uma ligeira diminuição das prevalências de consumo durante a atual reclusão.

Em 2015, foi realizado a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹⁸⁷. Estes jovens apresentaram prevalências de consumo de ecstasy superiores às de outras populações juvenis.

Cerca de 20% já tinham consumido ecstasy ao longo da vida e 14% e 7% nos últimos 12 meses e 30 dias anteriores ao internamento. Verificou-se uma significativa redução dos consumos com o início do internamento¹⁸⁸ (3% e 2% nos últimos 12 meses e 30 dias), sendo nulo dentro do Centro Educativo. Ao nível dos consumos recentes e atuais após o início do internamento, o ecstasy é a substância com maiores prevalências de consumo a seguir à cannabis (prevalência de consumo atual igual à do LSD).

Nos indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, o ecstasy continua a ter um papel residual, mas desde 2011 com um pouco mais de visibilidade em alguns indicadores.

No âmbito da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁸⁹, as referências ao ecstasy como droga principal continuam a ser muito residuais nos grupos de utentes que em 2016 estiveram em tratamento nas diferentes estruturas de tratamento (iguais ou inferiores a 0,3%).

¹⁸⁶ Torres *et al.*, 2015.

¹⁸⁷ Carapinha *et al.*, 2016. Este inquérito foi aplicado à população de jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

¹⁸⁸ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

¹⁸⁹ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

Quadro 39 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos

2014 – 2016

			2014		2015		2016	
Consumos e Problemas relacionados - Indicadores Indiretos			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura Tratamento: Droga principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	22	0,1	21	0,1	18	0,1
		Novos Utentes	5	0,4	7	0,4	5	0,3
		Utentes Readmitidos	..	..	1	0,1	1	0,1
	Unidades de Desabilitação	Utentes Públicas	..	..	..	..	1	0,2
		Utentes Licenciadas	..	..	..	..	..	..
	Comunidades Terapêuticas	Utentes Públicas	..	..	1	2	..	..
Utentes Licenciadas		16	0,7	9	0,4	7	0,3	
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P.^{b)}		–	–	–	–	–	–
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P.^{c)}	Só com Ecstasy	..	..	..	..	..	..
		Ecstasy + Outras	2	6	..	..	3	11
Processos de Contraordenação	Só com Ecstasy		38	0,5	65	0,6	69	0,6
	Ecstasy + Outras Drogas		39	0,5	69	0,7	73	0,7

a) % relativa a cada indicador.

b) *Mortes relacionadas com drogas*, CID 10 - Protocolo OEDT. Não existem códigos específicos para o ecstasy, estando incluído na categoria de psicoestimulantes. Dados de 2015 ainda não disponíveis. Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico *online* e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

c) Casos de *overdose*.

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., não existe informação específica sobre os óbitos relacionados com o consumo de ecstasy, estando incluídos na categoria de psicoestimulantes.

Nos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2016 houve 3 *overdoses* com a presença de ecstasy (nenhum caso em 2015, 2 casos em 2014 e 2013, e 1 caso em 2012 e 2011, não existindo registos de *overdoses* com ecstasy entre 2008 e 2010). Nas 181 mortes verificadas em 2016 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁹⁰ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), em 4 casos foi detetada a presença de MDMA, todos em associação com outras substâncias.

Também nos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, o ecstasy continua a ter valores residuais, apesar da tendência de aumento verificada desde 2011. Em 2016 e tal como nos anos anteriores, menos de 1% dos processos de contraordenação por consumo estavam relacionadas só com ecstasy, representando o valor (69) mais elevado desde 2001 e um acréscimo de 6% em relação a 2015. Os valores registados no quadriénio 2013-2016 foram significativamente superiores aos do quadriénio anterior. Nos processos envolvendo várias drogas, em 2016, o ecstasy esteve presente em 17% destes processos (0,7% do total de processos). Os processos relacionados só com ecstasy representaram entre 0% (Vila Real, Viseu, Coimbra, Évora e Portalegre) e 4% (Guarda) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2016. Em termos absolutos, foram os distritos de Lisboa e Guarda que registaram os maiores números de processos relacionados só com ecstasy.

¹⁹⁰ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

4.2. Oferta

Na monitorização 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 o *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁹¹ -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 26% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* obter ecstasy em 24 horas (22% em 2011). Cerca de 58% consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 10% *impossível* (49% e 20% em 2011). Comparando com a média europeia (*relativamente fácil ou muito fácil*: 23%), a facilidade percebida de acesso a ecstasy era ligeiramente superior entre os jovens portugueses.

No ESPAD¹⁹², o ecstasy tem sempre sido considerada pelos alunos de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis, diminuindo a facilidade percebida de acesso entre 2003 e 2015 (10%, 15%, 16% e 21%, em 2015, 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil*). Em 2015, os alunos portugueses tinham uma perceção de facilidade de acesso ao ecstasy um pouco inferior à média europeia (*relativamente fácil ou muito fácil*: 12%).

No *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*¹⁹³, aplicado na população residente em Portugal (15-74 anos), 55% dos consumidores (70% em 2012) consideravam *fácil ou muito fácil* obter esta substância em 24 horas.

No âmbito de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, o ecstasy tem vindo a ganhar mais de visibilidade nos últimos anos, apesar de continuar a apresentar valores pouco expressivos por comparação às outras drogas. Em 2016, e face a 2015, registaram-se acréscimos no número de apreensões, das quantidades apreendidas e do número de presumíveis infratores na posse de ecstasy, representando os valores de 2016 os mais elevados nos últimos dez anos. No quadriénio 2013-16, por comparação ao anterior, verificaram-se aumentos nos números de apreensões, das quantidades confiscadas e dos presumíveis infratores na posse de ecstasy.

Em 2016 registaram-se 266 **apreensões** de ecstasy, representando um acréscimo de +54% em relação ao ano anterior e o valor mais elevado de sempre. Após os decréscimos verificados entre 2006 e 2009, constata-se desde então uma tendência para um aumento destas apreensões.

Também as **quantidades** de ecstasy¹⁹⁴ confiscado em 2016 aumentaram face a 2015 (+197%), sendo o valor mais elevado desde 2006. Em 2016, 5% das apreensões de ecstasy envolveram **quantidades significativas**¹⁹⁵, representando 95% do ecstasy confiscado no país.

Quanto às **rotas**, a Holanda foi o principal país de proveniência do ecstasy confiscado, destinando-se maioritariamente ao mercado interno. É de notar que recentemente tem sido detetada uma nova tendência de trânsito por aeroportos nacionais de consideráveis quantidades de ecstasy proveniente da Europa Central, em especial da Holanda, com destino

¹⁹¹ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

¹⁹² ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹⁹³ Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

¹⁹⁴ As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria 94/96 de 26 de março.

¹⁹⁵ No caso do ecstasy são consideradas as iguais ou superiores a 250 comprimidos.

ao Brasil. O distrito de Lisboa destacou-se com o maior número de apreensões (52%), bem como com as maiores quantidades apreendidas (93%).

Quadro 40 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta
2014 – 2016

Oferta - Indicadores Indiretos		2014		2015		2016	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Interpelações	Apreensões	138		173		266	
	Quantidades Apreendidas^{b)} (compr.)	7 169		50 934		151 275	
	Preço (compr.)^{c)} Média	4,43 €		2,58 €		2,96 €	
	Mediana	2,67 €		2,22 €		2,05 €	
Policiais	Potência / Pureza^{c)} (média/mediana)	80,0% / 74,9%		88,1% / _		82,8% / 79,2%	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Ecstasy	16	0,3	25	0,4	49	0,7
	Ecstasy + Outras Drogas	182	3	266	4	329	5
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Ecstasy	3	0,2	5 ^{d)}	0,2	9 ^{d)}	0,5
	Ecstasy + Outras Drogas	53	3	59 ^{d)}	3	53 ^{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 2016, foram apreendidos 2 646 g de ecstasy moído e 124 813 comprimidos.

c) Os preços referem-se apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. No caso da potência, os dados referem-se "ao retalho", de acordo com os critérios do OEDT.

d) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada até 31/03/2018.

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

Entre os meios utilizados no **transporte** do ecstasy apreendido, destacou-se o transporte aéreo, seguido do terrestre, com a quase totalidade das quantidades confiscadas em 2016. Em 2016, o **preço**¹⁹⁶ médio do ecstasy (2,96 €/comprimido) não sofreu alterações relevantes face a 2015 (2,58 €/comprimido). Segundo as análises do LPC/PJ a "amostras de rua"¹⁹⁷ apreendidas, o **grau de pureza** médio do ecstasy (83 mg MDMA/compr.) enquadra-se nos valores do quadriénio 2013-16, o qual apresentou valores significativamente superiores ao anterior.

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, uma vez mais o número de presumíveis infratores só na posse de ecstasy (49) foi menos de 1% do total de presumíveis infratores, apesar de ser o valor mais elevado desde 2005. Nas situações de posse de várias drogas, o ecstasy tem mais visibilidade, surgindo em 2016, em 23% destas situações (5% do total de presumíveis infratores). Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2016¹⁹⁸ foram condenados 9 indivíduos na posse apenas de ecstasy. Nas relacionadas com a posse de várias drogas, o ecstasy surge com valores um pouco mais expressivos, estando em 2016, presente em 14% destas situações (3% do total das condenações). No último quadriénio, o número de condenados pela posse de ecstasy foi ligeiramente superior ao do período homólogo anterior.

¹⁹⁶ 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 2016, 44% das apreensões de ecstasy tinham informação sobre o preço.

¹⁹⁷ As amostras referem-se apenas às retiradas de circulação. Os dados aqui apresentados referem-se "ao retalho", de acordo com os critérios do OEDT.

¹⁹⁸ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada até 31/03/2018.

5. Outras Drogas e Policonsumos

5.1. Consumos e Problemas relacionados

Os resultados dos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados no quadriénio 2013-16 apontam, de um modo geral, para a estabilidade ou descida das prevalências de consumo da maioria das drogas que não cannabis, e com prevalências de consumo muito próximas entre si.

Em 2016/2017 foi realizado o *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017*¹⁹⁹, replicando os estudos de 2012, 2007 e 2001.

Em relação às idades de início dos consumos, e focando no grupo de 15-24 anos onde é maior a probabilidade de inícios recentes dos consumos, as anfetaminas registaram uma idade média de início do consumo (18 anos) inferior às dos alucinogénios (19 anos).

Em 2016/17, o consumo de anfetaminas e de alucinogénios (LSD e cogumelos) continua a ser residual, e ainda mais quando se trata de consumos recentes. As prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida e as de consumo recente foram de 0,4% e 0,0%, tanto na população de 15-74 anos como na de 15-34 anos. Quanto aos alucinogénios, as prevalências de consumo ao longo da vida e as de consumo recente foram, no caso do LSD, de 0,4% e 0,0% nos 15-74 anos e de 0,5% e 0,1% nos 15-34 anos, sendo inferiores as de cogumelos (0,2% ao longo da vida e 0,0% nos últimos 12 meses, nos 15-74 anos e nos 15-34 anos). Entre 2012 e 2016/17 houve uma tendência de descida destas prevalências, e em particular na população de 15-34 anos.

Em relação às NSP, verificou-se entre 2012 e 2016/17 uma ligeira descida das prevalências de consumo ao longo da vida nos 15-74 anos (de 0,4% para 0,3%), sendo mais acentuada nos 15-34 anos (de 0,9% para 0,5%). Em contrapartida, aumentou ligeiramente o consumo recente na população de 15-74 anos (de 0,1% para 0,2%) e na de 15-34 anos (de 0,3% para 0,4%).

Continuam a existir heterogeneidades regionais nestes consumos, e em particular no caso das NSP, sendo o consumo recente destas bem mais prevalente sobretudo nos Açores (3,6% na população de 15-74 anos e 6,1% na de 15-34 anos), mas também na Madeira (0,4% na população de 15-74 anos e 0,8% na de 15-34 anos), por comparação com as outras regiões. É de notar as subidas do consumo recente de NSP em várias regiões, em particular nos Açores, mas também na Madeira, Norte, Centro e Algarve, sendo de um modo geral mais acentuadas nos 15-34 anos.

Em 2016, foi realizada a 2.ª edição do inquérito anual *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*²⁰⁰, que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2016. Tal como em 2015, as prevalências de consumo de outras substâncias ilícitas que não a cannabis, cocaínas e opiáceos, foram superiores às dos

¹⁹⁹ Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

²⁰⁰ Calado & Carapinha, 2017a, Calado & Carapinha, 2017b, Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 81 207 jovens de 18 anos em 2016 e 70 646 em 2015.

alunos de 18 anos, o que poderá dever-se ao facto deste estudo incluir as Regiões Autónomas, onde, e em particular nos Açores, se registaram prevalências mais elevadas destes consumos.

A seguir à cannabis, embora com valores muito inferiores, surgiram as anfetaminas/metanfetaminas (ecstasy incluído), com prevalências de consumo de 7% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 3% nos últimos 30 dias. Os alucinogénios e as NSP apresentaram prevalências de consumo mais próximas às da cocaína, com 5% ao longo da vida, 3% nos últimos 12 meses e 2% nos últimos 30 dias. As prevalências de consumo de tranquilizantes /sedativos não prescritos, foram de 8%, 5% e de 3% ao longo da vida, nos últimos 12 meses e 30 dias. É de notar que estas prevalências foram iguais às registadas em 2015 (com exceção da prevalência de consumo ao longo da vida de tranquilizantes /sedativos não prescritos, que foi de 7% em 2015).

As prevalências de consumo ao longo da vida, assim como as de consumo recente e atual, foram mais elevadas no grupo masculino por comparação ao feminino, tanto no caso das anfetaminas/metanfetaminas (10%, 7% e 4% no masculino face a 4%, 3% e 2% no feminino), como dos alucinogénios (7%, 5% e 4% no masculino face a 3%, 2% e 1% no feminino) e das NSP (7%, 5% e 3% no masculino face a 3%, 1% e 1% no feminino). Quanto aos tranquilizantes /sedativos não prescritos, as prevalências de consumo foram idênticas entre os sexos, seja ao longo da vida (8%), seja nos últimos 12 meses (5%), embora superiores no grupo masculino quando se trata do consumo atual (4% no masculino e 2% no feminino).

Tal como em 2015, mantêm-se as relevantes diferenças regionais, sendo de destacar os Açores com as prevalências de consumo mais elevadas de anfetaminas/metanfetaminas, de alucinogénios, de NSP e de tranquilizantes /sedativos não prescritos.

Quanto ao policonsumo nos últimos 12 meses, 19% dos inquiridos (22% dos consumidores recentes de bebidas alcoólicas e/ou de substâncias ilícitas) declararam que costumavam consumir mais do que uma substância lícita e/ou ilícita numa mesma ocasião, tendo sido estas proporções ligeiramente inferiores às de 2015 (21% dos inquiridos e 25% dos consumidores).

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 2014²⁰¹, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional de 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 inferiores às médias europeias (respetivamente 57% e 87%).

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2013-2016, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS²⁰² (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD²⁰³ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD²⁰⁴ (alunos dos 13 aos 18 anos).

²⁰¹ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

²⁰² Matos *et al.*, 2015. 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.

²⁰³ ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

²⁰⁴ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming* e *gambling*), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

Os estudos anteriores realizados nos últimos 20 anos evidenciaram sempre prevalências de consumo de estimulantes e de anfetaminas, assim como de alucinogénios, iguais ou inferiores a 4%. No final da primeira década do milénio, as prevalências de consumo de estimulantes / anfetaminas e as de alucinogénios eram, de um modo geral, próximas às do início do milénio.

Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2014** e **2015** nas populações escolares - o **HBSC/OMS** em 2014, e o **ESPAD** e o **ECATD-CAD** em 2015 - evidenciaram uma estabilidade e descida dos consumos de estimulantes e de anfetaminas, assim como de alucinogénios, ao nível dos vários grupos etários.

Em 2014, no **HBSC/OMS 2014**, as prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas, de LSD e de cogumelos alucinogénios foram cerca de 2% para cada uma das drogas. Cerca de 3% dos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade afirmaram já ter experimentado *medicamentos usados como drogas*, 2% *produtos usados como doping* e, 2% disseram já ter experimentado *smart drugs*. Todos estes consumos foram mais reportados no grupo masculino e nos alunos do 10.º ano. É de destacar, entre 2010 e 2014, as descidas das prevalências de consumo de estimulantes/anfetaminas, nos alunos do 8.º ano (4% para 2%) e nos do 10.º ano (4% para 2%).

No **ECATD-CAD 2015**, as prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida foram iguais ou inferiores a 2% (entre 0,6% nos 13 anos e 2% nos 18 anos), assim como as de LSD (entre 0,5% nos 13 anos e 2% nos 18 anos) e as de cogumelos alucinogénios (entre 0,6% nos 13 anos e 2% nos 18 anos). Estas prevalências foram, em quase todas as idades, inferiores às de 2011.

São de referir ainda as prevalências de consumo ao longo da vida de outras substâncias, nomeadamente NSP e medicamentos: as de NSP variaram entre os 0,6% (13 anos) e os 2% (18 anos); as de tranquilizantes/sedativos sem prescrição variaram entre os 2% (13 anos) e os 6% (17 e 18 anos), e com prescrição entre os 7% (13 anos) e os 17% (18 anos); as de *painkillers* e as de esteroides anabolizantes foram iguais ou inferiores a 1% em todas as idades.

De um modo geral, estes consumos, exceto o de tranquilizantes/sedativos, continuam a ser mais expressivos nos rapazes por comparação às raparigas.

No **ESPAD 2015**, as prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas (1%) e de LSD e outros alucinogénios (1%) foram inferiores às registadas em 2011 (3% e 3%). Estas prevalências de 1% foram um pouco inferiores às médias europeias de 2015 (2%).

Quanto ao consumo de NSP, a prevalência de consumo ao longo da vida entre os alunos portugueses de 16 anos foi de 1%, muito inferior à média europeia (4%). A prevalência de consumo ao longo da vida de tranquilizantes/sedativos sem receita médica foi de 5% (7% em 2011) e a de esteroides anabolizantes inferior a 1%, ambas um pouco inferiores às médias europeias (6% e 2%).

Nos resultados do ESPAD sobre o risco percebido associado ao consumo de anfetaminas, em 2015, 76% dos alunos disseram ser de *grande risco* o seu consumo regular e, 35% o *experimentar uma ou duas vezes* (78% e 39% em 2011, e 74% e 42% em 2007). Comparativamente às médias europeias, os alunos portugueses percecionavam como de maior risco o consumo regular de anfetaminas, sendo próximas as proporções dos que atribuíam *grande risco* ao *experimentar* (médias europeias de 71% e 36%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*²⁰⁵, um estudo periódico antes limitado à área das drogas (estudos de 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo. Importa referir, no âmbito da comparação com os resultados dos estudos anteriores, que em 2014 foi alargado o leque das substâncias psicoativas especificadas no questionário²⁰⁶.

Em 2014, 14% da população reclusa inquirida declarou ter consumido anfetaminas alguma vez ao longo da vida, 2% na atual reclusão e 2% 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. Em relação ao consumo de alucinogénios, 15% e 12% declarou ter consumido LSD e cogumelos alucinogénios ao longo da vida e, 2% nos últimos 12 meses na atual reclusão, para ambas as substâncias.

Cerca de 16% da população reclusa inquirida disse 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. O consumo de NSP registou prevalências de consumo alguma vez na vida (4%) e na atual reclusão (2%), ligeiramente inferiores às de consumo de esteroides anabolizantes (5% e 2%). Os esteroides anabolizantes foram a substância com mais consumo injetado durante a atual reclusão (18% dos consumidores de esteroides anabolizantes).

Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*²⁰⁷.

Cerca de 16% e 19% dos inquiridos já tinham consumido ao longo da vida (antes e/ou após o início do internamento) anfetaminas e outros estimulantes que não anfetaminas e ecstasy, 11% e 9% fizeram-no nos últimos 12 meses e 6% e 5% nos últimos 30 dias antes do internamento. Estes consumos decrescem de forma significativa após o início do internamento²⁰⁸, com prevalências de consumo recente e atual de 1% para as anfetaminas e de 2% para outros estimulantes, sendo nulas quando se restringe ao Centro Educativo.

Quanto aos alucinogénios, 24% dos inquiridos já tinham consumido ao longo da vida (16% LSD, 15% cogumelos e 4% outros), 13% (7% LSD, 7% cogumelos e 2% outros) fizeram-no nos últimos 12 meses e 6% (3% LSD, 4% cogumelos e 1% outros) nos últimos 30 dias antes do internamento. Estes consumos de alucinogénios decrescem bastante após o início do internamento (4% e 3% nos últimos 12 meses e 30 dias), e ainda mais quando se restringe ao Centro Educativo (menos de 1% nos últimos 12 meses e 30 dias). Ao nível dos consumos recentes e atuais após o início do internamento, o LSD apresenta as maiores prevalências a seguir à cannabis e ao ecstasy.

Cerca de 4% dos inquiridos já tinham consumido hipnóticos /sedativos não prescritos ao longo da vida, 2% nos últimos 12 meses e 1% nos últimos 30 dias anteriores ao internamento. Estes consumos são nulos após o início do internamento. O consumo de esteroides anabolizantes é residual, com uma prevalência de consumo ao longo da vida de 1%.

²⁰⁵ Torres et al., 2015.

²⁰⁶ De 7 em 2007 e 2001, para 18 substâncias em 2014.

²⁰⁷ Carapinha et al., 2016. Este inquérito foi aplicado à população de jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

²⁰⁸ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

52% dos inquiridos (59% dos consumidores) declararam que, habitualmente, consumiam numa mesma ocasião, uma substância ilícita com pelo menos outra substância lícita ou ilícita.

Ao nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, as referências isoladas a outras substâncias ilícitas para além de opiáceos, cocaína e cannabis, mantêm-se pouco expressivas. As situações relacionadas com policonsumos continuam a ser relevantes.

Na **procura de tratamento**, entre os utentes com problemas relacionados com o uso de drogas²⁰⁹, os alucinogénios como droga principal surgem ainda de forma pouco expressiva, tendo maior relevância os estimulantes e sobretudo os hipnóticos /sedativos. Uma vez mais em 2016, as referências ao consumo de heroína associado à cocaína ou base de cocaína enquanto droga principal, não ultrapassaram os 3% nos diferentes grupos de utentes em tratamento, com os utentes das CT licenciadas a apresentarem as proporções mais altas.

Nas **mortes** relacionadas com o consumo de drogas, e nos registos gerais do INE, I.P., das 54 mortes registadas em 2015, 8 (15%) foram atribuídas a *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (CID10: F19.2), causa que inclui os policonsumos. Em relação às mortes atribuídas a intoxicação não é possível disponibilizar informação sobre os casos relacionados com policonsumos²¹⁰.

Nos registos específicos do INMLCF, I.P., em 2016 houve 1 overdose com a presença de anfetaminas e 1 com alucinogénios. Uma vez mais, na maioria das overdoses (89%) havia mais do que uma substância (90%, 85%, 91%, 76%, 79% e 87%, para os anos 2016 a 2010), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Importam destacar, as overdoses com a presença de álcool (44%, 30%, 21%, 36%, 38%, 37% e 44% para os anos 2016 a 2010), e com a de benzodiazepinas (41%, 43%, 46%, 50%, 28%, 42% e 35% para os anos 2016 a 2010). Cerca de 71% dos casos com várias substâncias tinham idades entre os 35 - 54 anos (54% entre 40-49 anos).

Nas 181 mortes registadas em 2016 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas²¹¹ a outras causas de morte (acidente, morte natural, homicídio e suicídio), na sua maioria (64%) foram detetadas mais do que uma substância. É de destacar, em associação com as substâncias ilícitas, a presença de álcool (31%) e de benzodiazepinas (27%). É de referir ainda no contexto das drogas sintéticas, 1 morte com a presença de m-CPP.

Nos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a posse isolada de outras substâncias que não a cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, ainda é residual (24 processos, 0,2% do total). Em 2016, o número de processos relacionados com a posse de várias drogas (423) foi inferior ao de 2015 (-8%), representando 4% das ocorrências de 2016 (5%, 5%, 5%, 6%, 7% e 7%, para os anos 2015 a 2010). Nestes processos predominou mais uma vez a posse de heroína só com cocaína (2% do total de processos e 46% dos relacionados com várias drogas), e, tal como desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis em vez de heroína com cannabis, sendo pelo quinto ano consecutivo mais expressiva também a associação de ecstasy e cannabis do que a de heroína e cannabis. Estes processos com várias drogas representaram entre 0% (Castelo Branco e Évora) e 10% (Bragança) dos processos abertos em cada uma das CDT. Em valores absolutos, destacaram-se os distritos de Lisboa e do Porto, com o número mais elevado de processos relacionados com várias drogas.

²⁰⁹ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

²¹⁰ Por razões de "segredo estatístico" (Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio).

²¹¹ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

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*²¹² -, 42% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* obter 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%).

Nos resultados do ESPAD²¹³, as anfetaminas continuavam a ser consideradas pelos alunos portugueses de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis e o ecstasy, vindo a diminuir a facilidade percebida de acesso às anfetaminas (7%, 14%, 15% e 12%, em 2015, 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* obter anfetaminas). Comparativamente à média europeia em 2015 (*relativamente fácil ou muito fácil*: 9%), os alunos portugueses declararam menor facilidade de acesso às anfetaminas.

No *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*²¹⁴, aplicado na população residente em Portugal (15-74 anos), 60% dos consumidores de anfetaminas (80% em 2012) consideravam *fácil ou muito fácil* obter esta substância em 24 horas. Quanto aos alucinogénios, apenas cerca de 28% dos consumidores de LSD (34% em 2012) e 29% dos consumidores de cogumelos alucinogénios (54% em 2012) consideraram *fácil ou muito fácil* obter essas substâncias num período de 24 horas.

Ainda no âmbito deste estudo, e quanto ao modo de aquisição de NSP, cerca de 0,1 da população de 15-74 anos, bem como da de 15-34 anos, declarou ter obtido NSP via internet nos últimos 12 meses, sendo as proporções nos respetivos grupos de consumidores bem mais relevantes (42% e 40%). É de notar que a referência à aquisição em lojas (após o seu encerramento) é muito residual, mas ainda assim existente.

Em 2016 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 delas²¹⁵.

Entre as substâncias estimulantes apreendidas em 2016, são de destacar pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores: o 2C-B (1 g nos distritos do Porto e Lisboa), a efedrina (2 comprimidos no distrito de Lisboa), a anfepramona (8 g no distrito de Lisboa), e o clobenzorex (141 g no distrito de Lisboa).

²¹² The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

²¹³ ESPAD Group, 2016. 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, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

²¹⁴ Balsa *et al.*, 2017. Em 2016/2017 e em 2012, o estudo foi realizado na população geral de 15-74 anos residente em Portugal, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007).

²¹⁵ Ver informação anual constante na nota a) do Quadro 119 do Anexo deste Relatório.

Em 2016 foram apreendidas cerca de 6,5 Kg, 92 comprimidos e 6 frascos de anfetaminas em várias regiões do país, destacando-se os distritos de Lisboa e Santarém com as maiores quantidades apreendidas.

No que se refere a alucinogénios, uma vez mais foram registadas apreensões de LSD (0,5 g, 2314 selos e 4 comprimidos) e de cogumelos alucinogénios (1 Kg e 2 cogumelos), tendo sido também registadas em 2016, apreensões de mescalina (7g) e de DMT (15 g). As apreensões de LSD ocorreram em vários em várias regiões do país, tendo sido confiscadas as maiores quantidades de selos nos distritos de Coimbra e Santarém. As maiores quantidades apreendidas de cogumelos alucinogénios registaram-se no distrito de Castelo Branco.

Em 2016 uma vez mais foram apreendidas uma variedade de benzodiazepinas (190 comprimidos), tendo sido as maiores quantidades confiscadas no distrito de Lisboa e nos Açores (Ilha de São Miguel).

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse de várias drogas (1 406) foi próximo ao registado no ano anterior (+1%). Nos últimos quatro anos registaram-se os valores mais baixos desde 2002. Os presumíveis infratores na posse de várias drogas representaram em 2016 cerca de 21% do total de presumíveis infratores (22%, 21%, 24%, 23%, 26% e 29%, em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010). Tal como nos anos anteriores, predominou neste tipo de situações a associação de heroína com cocaína, seguindo-se-lhe a associação só de cocaína com cannabis.

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2016²¹⁶ foram condenados 372 indivíduos na posse de várias drogas, representando 21% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (25% em 2015, 29% em 2014, 26% em 2013, 31% em 2012, 30% em 2011 e 2010). Nestas situações predominaram uma vez mais as que envolviam a posse de heroína com cocaína.

²¹⁶ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2015 e 2016 que deram entrada no SICAD até 31/03/2017. Os dados de 2016 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2016 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2017 e 31/03/2018.

**Referências Bibliográficas • Sinais
Convencionais • Lista de Siglas e
Abreviaturas • Definição de Termos •
Índice de Quadros • Índice de Figuras**

Referências Bibliográficas

- Balsa, C., Vital C., & Urbano C. (2017). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I Relatório final*. Lisboa: SICAD.
- Balsa, C., Vital C., & Urbano C. (2014). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: SICAD.
- Calado, V., Carapinha, L. (2017a). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional 2016*. Lisboa: SICAD. Consultado em dezembro 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/182/DDN_2016_Relatoriocompleto.pdf
- Calado, V., Carapinha, L. (2017b). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional 2016 – Regiões*. Lisboa: SICAD. Consultado em dezembro 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/182/DDN_2016_RelatorioRegiões.pdf
- Carapinha, L., Calado, V., (2016). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional*. Lisboa: SICAD. Consultado em outubro 2016 a partir de:
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=172&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos
- Carapinha, L., Guerreiro, C., Dias, L. (2017). *Efeitos da intervenção em Dissuasão baseado na atividade das CDT*. Lisboa: SICAD. Consultado em novembro 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/180/Relatorio_EfeitosIntervencaoDissuasao.pt.pdf
- 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.
- Carapinha, L., Guerreiro, C., Ribeiro, C., Ferreira, L. (2016). *Inquérito sobre Comportamentos Aditivos em Jovens Internados em Centros Educativos 2015*. Lisboa: SICAD. Consultado em outubro 2016 a partir de:
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=169&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos
- 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.
- ESPAD GROUP (2016). *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN: 978-92-9168-918-7.

- 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. & 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
- Feijão, F. (2016). *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015*. Consultado em outubro 2016 a partir de:
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=170&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos
- 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 (2017). *Estimativas Anuais da População Residente-2016*. Consultado em junho de 2017 a partir de:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004163&contexto=bd&sefTab=tab2.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2017). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016*. Documento n.º 148. 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. & 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 (2015a). *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 (2015b). *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 (2017). *Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Polícia Judiciária (2017). *Combate ao Tráfico de Estupefacientes em Portugal, Relatório Anual 2016. Estatística TCD*. Lisboa: PJ.
- Polícia Judiciária. Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes (2017). *Cannabis. Plantações em Portugal 2007-2016*. 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.
- 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 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Planos_Nacional_Reducacao_CAD_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 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Planos_Acao_Reducacao_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/EstatisticalInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015a). *Unidades de Desabilitação Públicas 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009*. Consultado em setembro 2015 a partir de:
<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015b). *Comunidades Terapêuticas Públicas 2014, 2013*. Consultado em setembro 2015 a partir de:
<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). *Relatório de Atividades 2016*. Consultado em novembro 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Instrumentos/RelatoriosAtividade/Lists/SICAD_RELATORIOSATIVIDADES/Attachments/14/Relatorio_de_Atividades_SICAD_2016_final.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017a). *Consumo de opiáceos: sumário 2017*. Lisboa: SICAD. Consultado em dezembro 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/183/CocainaAltoRisco2017_Sinopse.PT.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017b). *Consumo de cocaína: sumário 2017*. Lisboa: SICAD. Consultado em dezembro 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/183/CocainaAltoRisco2017_Sinopse.PT.pdf

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017c). Consumo endovenoso: sumário 2017. Lisboa: SICAD. Consultado em dezembro 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/185/ConsumoEndovenoso2017_Sinopse.PT.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017d). Consumo frequente/alto risco de cannabis: sumário 2017. Lisboa: SICAD. Consultado em dezembro 2017 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/184/CannabisAltoRisco2017_Sinopse.PT.pdf
- Sistema de Segurança Interna (2017). *Relatório Anual de Segurança Interna 2016*. 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.
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 Internacional de Doenças
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-CAD	• Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga E OUTROS Comportamentos Aditivos e Dependências
EMCAD	• Equipa Multidisciplinar para Coordenação da Área da Dissuasão
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	<ul style="list-style-type: none"> • Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação/Universidade do Porto
GHB	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido gama-hidroxibutírico
GHD	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Horizontal Drogas
GNR	<ul style="list-style-type: none"> • Guarda Nacional Republicana
HBSC/OMS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Health Behaviour in School-age Children / Organização Mundial de Saúde</i>
IDT, I.P.	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
INE, I.P.	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto Nacional de Estatística, I.P.
INCACE	<ul style="list-style-type: none"> • Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Jovens Internados em Centros Educativos
INCAMP	<ul style="list-style-type: none"> • Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional
INMLCF, I.P.	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.
INME	<ul style="list-style-type: none"> • Inquérito Nacional em Meio Escolar
INPG	<ul style="list-style-type: none"> • Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral
INSA, I.P.	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.
INTERPOL	<ul style="list-style-type: none"> • <i>International Criminal Police Organization</i>
ISCTE/UL	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa/ Universidade de Lisboa
KLOTHO	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Identificação Precoce da Infeção VIH e Prevenção direcionado a Utilizadores de Drogas
LPC/PJ	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratório da Polícia Científica/Polícia Judiciária
LSD	<ul style="list-style-type: none"> • Dietilamida do Ácido Lisérgico
mCPP	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3-clorofenil-piperazina
MDA	<ul style="list-style-type: none"> • Metilendioxianfetamina
MDMA	<ul style="list-style-type: none"> • Metilendioximetanfetamina
NSP	<ul style="list-style-type: none"> • Novas Substâncias Psicoativas
NUTS	<ul style="list-style-type: none"> • Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OEDT	<ul style="list-style-type: none"> • Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Organização Mundial de Saúde
ONU	<ul style="list-style-type: none"> • Organização das Nações Unidas
PALOP	<ul style="list-style-type: none"> • Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PIAC	<ul style="list-style-type: none"> • Projeto Integrado de Apoio à Comunidade
PIAM	<ul style="list-style-type: none"> • Projeto Integrado de Atendimento Materno
PJ	<ul style="list-style-type: none"> • Polícia Judiciária
PNRCAD	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências
PNsida	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA
PSP	<ul style="list-style-type: none"> • Polícia de Segurança Pública

PTAO	• Programa Terapêutico com Agonistas Opiáceos
SDS	• <i>Severity of Dependence Scale</i>
SEN	• Sistema Estatístico Nacional
SGIP	• Sistema de Gestão e Informação Processual
SICAD	• Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SICO	• Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
SIDA	• Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIC	• 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 Desabilitação
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	19
Quadro 1 Estimativas do Número de Consumidores Problemáticos/de Alto Risco e Taxas por Mil Habitantes, segundo a Definição de Caso e Método (2015/2016-17).....	34
2. Tratamento	49
Quadro 2 Consumos dos Utentes em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2016).....	54
Quadro 3 Socio demografia dos Utentes em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2016).....	56
Quadro 4 Utentes em Programas de Tratamento nos Estabelecimentos Prisionais 2016 e variações relativas a (2015/2013/2010).....	58
3. Doenças Infecciosas	59
3.1. Notificações da Infeção por VIH / SIDA.....	59
Quadro 5 Notificações de Casos de Infeção por VIH e Casos de SIDA, Associados ou não à Toxicodependência (01/01/1983 - 31/12/2016).....	59
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência.....	64
Quadro 6 VIH nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência (total de utentes e consumidores de droga injetada LV) Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2016).....	64
Quadro 7 Hepatite C nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência (total de utentes e consumidores de droga injetada LV) Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2016).....	66
Quadro 8 Hepatite B nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência (total de utentes e consumidores de droga injetada LV) Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2016).....	68
Quadro 9 Doenças Infecciosas nos Reclusos em Tratamento da Toxicodependência (31/12 de cada ano).....	69
4. Mortalidade	71
Quadro 10 Indicadores de Mortalidade Critério Protocolo OEDT (2014 - 2015).....	72
Quadro 11 Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas, segundo o ano, por Causa de Morte (2013 - 2015).....	73
Quadro 12 Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Substância (2010 - 2016).....	76
Quadro 13 Outras Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano, por Causa de Morte (2010 - 2016).....	78
5. Contraordenações	83
5.1. Processos e Decisões.....	83
Quadro 14 Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito (2016 e variações relativas a 2015/2013/2010).....	83
5.2. Indivíduos.....	89
Quadro 15 Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação (2016).....	90

Oferta	91
1. Alguns Resultados de Estudos	95
2. Apreensões Policiais	99
2.1. Apreensões / quantidades / rotas / preços	99
Quadro 16 Droga Apreendida, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2010 - 2016)	100
Quadro 17 Preço Médio das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2010 - 2016)	102
Quadro 18 Potência /Pureza das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2010 - 2016)	103
2.2. Presumíveis Infratores	104
Quadro 19 Presumíveis Infratores, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga (2016 e variações relativas a 2015/2013/2010)	105
Quadro 20 Socio demografia dos Presumíveis Infratores (2016)	108
3. Decisões Judiciais	109
Quadro 21 Indivíduos Condenados, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga (2016)	113
Quadro 22 Socio demografia dos Indivíduos Condenados (2016)	116
4. Reclusões	117
Quadro 23 Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, por Tipo de Crime (Situação relativa a 31/12/2016 e variações relativas a 31/12/2015; 31/12/2013 e 31/12/2010)	117
Quadro 24 Socio demografia dos Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga (Situação relativa a 31/12/2016)	118
Tendências por Drogas	121
1. Cannabis	127
1.1. Consumos e Problemas relacionados	127
Quadro 25 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cannabis ao Longo da Vida (%) (2010 - 2016)	131
Quadro 26 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses (%) (2010 - 2016)	131
Quadro 27 Cannabis: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2014 - 2016)	134
1.2. Oferta	135
Quadro 28 Cannabis: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2014 - 2016)	137
2. Cocaína	139
2.1. Consumos e Problemas relacionados	139
Quadro 29 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína ao Longo da Vida (%) (2010 - 2016)	141
Quadro 30 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína nos Últimos 12 Meses (%) (2010 - 2016)	141
Quadro 31 Cocaína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2014 - 2016)	144
2.2. Oferta	145
Quadro 32 Cocaína: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2014 - 2016)	146
3. Heroína / Opiáceos	149
3.1. Consumos e Problemas relacionados	149
Quadro 33 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Heroína ao Longo da Vida (%) (2010 - 2016)	151
Quadro 34 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Heroína nos Últimos 12 Meses (%) (2010 - 2016)	151
Quadro 35 Opiáceos: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2014 - 2016)	153
3.2. Oferta	154
Quadro 36 Heroína: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2014 - 2016)	156

4. Ecstasy	157
4.1. Consumos e Problemas relacionados.....	157
Quadro 37 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Ecstasy ao Longo da Vida (%) (2010 - 2016).....	159
Quadro 38 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Ecstasy nos Últimos 12 Meses (%) (2010 - 2016).....	159
Quadro 39 Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos 2014 - 2016)..	161
4.2. Oferta.....	162
Quadro 40 Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2014 - 2016).....	163

Índice de Figuras

Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos e Problemas relacionados	11
1. Alguns Resultados de Estudos	19
Figura 1 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Sexo (%) (2012/2016-17).....	19
Figura 2 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos Prevalências de Consumo Qualquer Droga ao Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Grupo Etário (%) (2012/2016-17).....	20
Figura 3 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, Por Tipo de Droga (%) (2012/2016-17).....	20
Figura 4 População Geral, Portugal – INPG: 15-34 anos Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) (2012/2016-17).....	21
Figura 5 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%) (2012/2016-17).....	21
Figura 6 População Geral, Portugal – INPG: 15-34 anos Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%) (2012/2016-17).....	22
Figura 7 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos Prevalências de Consumo Diário/Quase Diário de Cannabis nos Últimos 12 Meses, por Sexo (%). % Total de Inquiridos (2012/2016-17).....	23
Figura 8 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos Prevalências de Consumo Diário/Quase Diário de Cannabis nos Últimos 12 Meses, por Sexo (%). % Total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses (2012/2016-17).....	23
Figura 9 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos Avaliação da Dependência através do Cannabis Abuse Screening Test (CAST) % total de Inquiridos (2012/2016-17).....	24
Figura 10 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos Avaliação da Dependência através do Cannabis Abuse Screening Test (CAST) % total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses (2012/2016-17).....	255
Figura 11 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos Avaliação da Dependência através do SDS (Severity of Dependence Scales - Cannabis) % total de Inquiridos (2012/2016-17).....	26
Figura 12 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos Avaliação da Dependência através do SDS (Severity of Dependence Scales - Cannabis) % total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses (2012/2016-17).....	26
Figura 13 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Região (NUTS II) (%) (2016-17).....	27
Figura 14 População Geral, Portugal – INPG: 15-74 anos e 15-34 anos Prevalências de Consumo de Qualquer Droga nos Últimos 12 Meses, por Região (NUTS II) (%) (2012/2016-17).....	278
Figura 15 População Geral, Portugal – INPG: 15-64 anos e 15-34 anos Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2012/2016-17).....	279
Figura 16 População Geral, Portugal – INPG: 15-64 anos e 15-34 anos Prevalências de Consumo de Cannabis, de Cocaína e de Ecstasy nos Últimos 12 Meses, em alguns países europeus (%) (2015-2017).....	30
Figura 17 População Geral, Portugal – DDN (18 anos) Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias (%) (2016).....	31
Figura 18 População Geral, Portugal – DDN (18 anos) Prevalências de Consumo de qualquer substância ilícita, de cannabis e de outras drogas que não cannabis, por Sexo: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias (%) (2016).....	32

Figura 19	População Geral, Portugal – DDN (18 anos) Prevalências de Consumo de qualquer substância ilícita, de cannabis e de outras drogas que não cannabis: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias (%) (2015-2016)	32
Figura 20	População Geral, Portugal – DDN (18 anos) Prevalências de Consumo de qualquer substância ilícita, de cannabis e de outras drogas que não cannabis, por Região: Últimos 12 Meses (%) (2015-2016)	33
Figura 21	População Jovem – Eurobarómetro (15-24 anos) Percepção do Risco para a Saúde associado ao Consumo de Drogas. Portugal e Média Europeia (%) (2014)	36
Figura 22	População Escolar – HBSC/OMS (alunos do 8.º / 10.º ano) Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) (2014)	37
Figura 23	População Escolar – ECATD-CAD (alunos de 13-18 anos) Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida (%) (2007/2011/2015)	38
Figura 24	População Escolar – ECATD-CAD (alunos de 13-18 anos) Prevalências de Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses e nos Últimos 30 Dias (%) (2011/2015)	39
Figura 25	População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos) Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) (2007/2011/2015)	40
Figura 26	População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos) Prevalências de Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Sexo (%) (2011/2015)	40
Figura 27	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo ao Longo da Vida e na Atual Reclusão, por Tipo de Droga (%) (2014)	42
Figura 28	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2014)	42
Figura 29	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo na Atual Reclusão, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2014)	43
Figura 30	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo na Atual Reclusão, por Tipo de Droga: Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias (%) (2007/2014)	44
Figura 31	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo de Droga Injetada ao Longo da Vida e na Atual Reclusão (%) (2001/2007/2014)	44
Figura 32	População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos) Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias Antes do Internamento (%) (2015)	45
Figura 33	População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos) Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias Durante o Internamento (%) (2015)	46
Figura 34	População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos) Prevalências de Consumo (qualquer droga) nos Últimos 12 Meses por Sexo e Grupo Etário (%) Antes do Internamento e Durante o Internamento (2015)	47
2. Tratamento		49
Figura 35	Utentes: em Tratamento no Ano, Novos e Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2010 - 2016)	50
Figura 36	Utentes em Tratamento no Ano, segundo a Residência Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2016)	51
Figura 37	Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo a Residência, Novos Utentes e Utentes Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2016)	52
Figura 38	Utentes em Tratamento em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica, segundo o Ano Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2010 - 2016)	53
Figura 39	Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano: Substância Principal, segundo o Ano, Novos Utentes e Utentes Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2010 - 2016)	54
Figura 40	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) (2010 - 2016)	55
Figura 41	Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo o Ano, por Grupo Etário, Novos Utentes e Utentes Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2010 - 2016)	57
3. Doenças Infecciosas		59
3.1. Notificações da Infeção por VIH / SIDA		59
Figura 42	Notificações de Casos de Infeção por VIH e Casos de SIDA, Associados ou não à Toxicodependência (%) (01/01/1983 - 31/12/2016)	60
Figura 43	Notificações de Casos de Infeção por VIH e Casos de SIDA: Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Diagnóstico (2010 - 2016)	61

Figura 44	Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA: % Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Diagnóstico (2010 - 2016).....	61
Figura 45	Notificações de Casos de SIDA: Frequência das Doenças Definidoras de SIDA, em Casos Associados ou não à Toxicodependência (%) (01/01/1983 - 31/12/2016).....	62
Figura 46	Notificações de Casos de Infecção por VIH Associados à Toxicodependência, por Zona Geográfica de Residência (2013 - 2016).....	63
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência.....		64
Figura 47	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) (2010 - 2016).....	65
Figura 48	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) (2010 - 2016).....	67
4. Mortalidade.....		71
Figura 49	Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas, segundo o Ano (2009 - 2015).....	72
Figura 50	Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas, segundo o Sexo (2015).....	73
Figura 51	Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas, segundo o Grupo Etário (2015).....	74
Figura 52	Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas, por Região de Residência (NUTS II) (2015).....	74
Figura 53	Autópsias, Exames Toxicológicos e Resultados Positivos <i>Post-mortem</i> , segundo o Ano (2010 - 2016).....	75
Figura 54	Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano (2010 - 2016).....	75
Figura 55	Mortes por Overdose, segundo o Ano, por tipo de substância (2016).....	77
Figura 56	Mortes por Overdose, segundo o Sexo (2016).....	77
Figura 57	Mortes por Overdose, segundo o Grupo Etário (2016).....	78
Figura 58	Notificações de Óbitos em Casos de Infecção por VIH e em Casos de SIDA: % de Mortos segundo o Ano do Diagnóstico, em Casos Associados ou não à Toxicodependência (2010 - 2016).....	79
Figura 59	Notificações de Óbitos em Casos de Infecção por VIH e em Casos de SIDA: Mortes segundo o Ano do Óbito, em Casos Associados ou não à Toxicodependência (2010 - 2016).....	80
Figura 60	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 do Óbito (2010 - 2016).....	81
5. Contraordenações.....		83
5.1. Processos e Decisões.....		83
Figura 61	Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito (2016).....	84
Figura 62	Processos de Contraordenação e Decisões, segundo o Ano (2010 - 2016).....	85
Figura 63	Processos de Contraordenação, segundo o Ano, por Tipo de Decisão (2010 - 2016).....	85
Figura 64	Processos de Contraordenação, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2010 - 2016).....	86
Figura 65	Distribuição dos Processos de Contraordenação, segundo a Droga Envolvida, por Distrito (%) (2016).....	87
Figura 66	Percentagens Intradistritais de Processos de Contraordenação por Tipo de Droga (2016).....	88
Figura 67	Processos de Contraordenação por Tipo de Droga Intervalos das Percentagens Intradistritais, segundo o Ano (2010 - 2016).....	89
5.2. Indivíduos.....		89
Figura 68	Percentagens Intradistritais de Indivíduos Reincidentes no Ano (2016).....	89
Oferta.....		91
1. Alguns Resultados de Estudos.....		95
Figura 69	População Jovem – Eurobarómetro (15-24 anos) Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado) Portugal e Média Europeia (%) (2014).....	95
Figura 70	População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos) Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado) Portugal e Média Europeia (2011-2015).....	96
Figura 71	População Geral, Portugal – INPG 15-74 anos Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado) (2012/2016-17).....	97
Figura 72	População Geral, Portugal – INPG 15-74 anos Modo de Obtenção de NSP nos Últimos 12 Meses (% dos Inquiridos e % dos Consumidores) (2016 - 2017).....	98

2. Apreensões Policiais	99
2.1. Apreensões / quantidades / rotas / preços.....	99
Figura 73 Número de Apreensões, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2010-2016).....	99
Figura 74 Distribuição das Quantidades de Drogas Apreendidas, por Distrito e Região Autónoma (%) (2016).....	101
2.2. Presumíveis Infratores.....	104
Figura 75 Presumíveis Infratores, segundo o Ano, por Situação Face à Droga (2010 - 2016).....	104
Figura 76 Total de Presumíveis Infratores, por Zona Geográfica de Ocorrência da Infração (2016).....	104
Figura 77 Presumíveis infratores, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2010 - 2016).....	106
Figura 78 Distribuição dos Presumíveis Infratores, segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%) (2016).....	106
Figura 79 Percentagens Intradistritais de Presumíveis Infratores, por Tipo de Droga (2016).....	107
3. Decisões Judiciais	109
Figura 80 Processos, Indivíduos Acusados e Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano (2010 - 2016).....	109
Figura 81 Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Situação Face à Droga (2010 - 2016).....	110
Figura 82 Total de Indivíduos Condenados, por Zona Geográfica de Ocorrência da Condenação (2016).....	111
Figura 83 Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Pena (2010 - 2016).....	111
Figura 84 Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2010 - 2016).....	113
Figura 85 Distribuição dos Indivíduos Condenados segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%) (2016).....	114
Figura 86 Percentagens Intradistritais dos Indivíduos Condenados por Tipo de Droga (2016).....	115
4. Reclusões	117
Figura 87 Total de Reclusos Condenados e Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano (Situação a 31/12 de cada ano).....	117
Figura 88 Principais Crimes Cometidos sob o Efeito de Drogas (2014).....	119

