
Relatório Anual • 2011

A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências



FICHA TÉCNICA

Título: Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências

Autor: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. - Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais - Núcleo de Estatística / Núcleo de Publicações e Documentação

Editor: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.

Morada: Praça de Alvalade n.º 7, 5.º-13.º, 1700-036 Lisboa

Avenida da República n.º 61 - 1.º ao 3.º e do 7.º ao 9.º, 1050-189 Lisboa (nova morada)

Edição: 2012

Impressão:

Depósito Legal: 252 317/06

ISSN: 1645-5630

Tiragem: 1000 exemplares

Esta informação está disponível no sítio *web* do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.

<http://www.idt.pt>



Preâmbulo

É responsabilidade do IDT, I.P. a 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. Este relatório pretende fornecer elementos de apoio à decisão política e ao planeamento da intervenção. Representa também um referencial importante no acompanhamento regular da implementação das ações programadas no *Plano de Ação contra as Drogas e as Toxicodependências*, constituindo-se assim como um instrumento imprescindível para a avaliação das políticas nesta matéria.

2011 foi um ano de desafios: ano de avaliação das políticas e intervenções no domínio das drogas, das toxicodependências e do uso nocivo do álcool, ano de mudanças profundas na orgânica de alguns serviços públicos que intervêm nestas áreas e que têm responsabilidades no planeamento das políticas, como é o caso do IDT, I.P., ano de redução dos recursos humanos e financeiros na Administração Pública, ano de emergência de novas problemáticas relacionadas com o consumo das novas substâncias psicoativas.

Nesta conjuntura de mudança e incerteza em final de ciclo estratégico, os profissionais que atuam nestas áreas responderam com elevado espírito de missão na implementação das iniciativas e ações planeadas, e os Serviços responderam com o reforço da cooperação, nomeadamente no âmbito das Estruturas de Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, com vista a respostas atempadas e concertadas a nível nacional e internacional, quer na área da redução da procura, quer da redução da oferta.

A coordenação nacional e o planeamento estratégico nesta área permitiram uma maior articulação e um reforço da capacidade de resposta, tanto ao nível da redução da procura como da oferta, que se refletiu entre outros, num aumento da cobertura do rastreio do VIH entre os toxicodependentes, num aumento da capacidade decisória das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, num incremento da acessibilidade ao tratamento da toxicodependência em meio livre e em meio prisional, num aumento do número de utilizadores de drogas que contactam as estruturas de redução de riscos e minimização de danos, e no reforço da capacidade de deteção e combate ao tráfico, que tem vindo a alcançar níveis mais elevados nas estruturas do tráfico nacional e internacional, com o desmantelamento de importantes organizações criminosas.

Em 2011 manteve-se o interesse internacional pela política portuguesa em matéria de drogas, cujo paradigma inovador na abordagem do fenómeno coincidiu com a obtenção de importantes ganhos em saúde ao longo da última década. Entre estes ganhos há a salientar a redução do consumo de drogas entre as populações mais jovens, mas também e sobretudo a redução de consumos problemáticos, designadamente do consumo endovenoso e de práticas de partilha de material deste tipo de consumo, o que se refletiu numa diminuição da incidência do VIH/SIDA entre as populações toxicodependentes.

Estas tendências de diminuição dos consumos problemáticos foram reforçadas no final do atual ciclo estratégico, constatando-se em 2010 e 2011 também uma diminuição da mortalidade relacionada com o consumo de drogas.

Apesar destes resultados encorajadores, surgem neste final de ciclo estratégico algumas tendências preocupantes: os resultados dos estudos nacionais em populações escolares evidenciam que o consumo de drogas, que vinha aumentando desde os anos 90 e tinha diminuído pela primeira vez em 2006 e 2007, voltou a aumentar em 2010 e 2011; os resultados de um estudo nacional na população condutora revelam prevalências de consumo de algumas drogas ilícitas superiores às médias europeias; e a problemática das novas substâncias psicoativas que exige novas estratégias e respostas concertadas na área da redução da procura e da redução da oferta, no contexto nacional e internacional.

Estou certo que os decisores políticos estão conscientes do impacto que terá o recrudescimento destes problemas no desenvolvimento económico e social do país e no sentimento de segurança da população portuguesa, esperando por isso que a futura política portuguesa em matéria de drogas e toxicodependências seja considerada uma prioridade na atual conjuntura de emergência nacional e social.

Por último, e 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, pelo excelente trabalho desenvolvido ao longo deste ciclo estratégico, estando certo que o reforço da cooperação e integração das políticas e intervenções permitirá ultrapassar os novos desafios que se nos colocam neste final de ciclo.

Lisboa, 6 de Dezembro de 2012

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



João Castel-Branco Goulão

As Equipas do Núcleo de Estatística e do Núcleo de Publicações e Documentação agradecem aos colegas de outros Núcleos e Departamentos do IDT, I.P., bem como às Equipas Técnicas dos Serviços fontes, a excelente articulação institucional e contributos para esta publicação. Estamos certos que o esforço continuado de todos os intervenientes para a disponibilização de melhor informação contribuirá para uma cidadania esclarecida.

Núcleo de Estatística do IDT, I.P.

Carla Ribeiro (Coordenação)

Catarina Guerreiro

Adélia Salgado

Helena Neto

Rosário Mendes

Anabela Bento

Núcleo de Publicações e Documentação do IDT, I.P.

Paula Graça (Coordenação)

Filipa Cunha

Irene Conduto

Liliana Ferreira

Radovan Miletic

Rosa Sousa

Francisco Marques

O presente Relatório integra os contributos dos diversos organismos que intervêm nesta área, e inclui duas componentes: *Parte A - Caracterização e Evolução da Situação*, e *Parte B - Respostas e Intervenções*. Existe ainda um volume Anexo ao Relatório em formato CD, onde consta informação mais detalhada, estando também disponível em www.idt.pt.

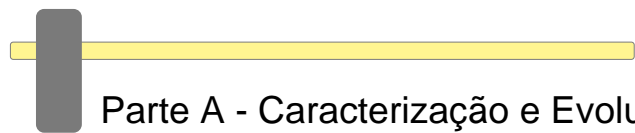
É de realçar o consenso de todos os Serviços representados no Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodpendências (SNIDT) sobre a importância da recolha e disponibilização de informação harmonizada, proporcionando assim um retrato da situação do fenómeno em Portugal e da sua evolução cada vez mais pormenorizado, fiável e comparável nos contextos nacional e internacional. A *Parte B - Respostas e Intervenções*, integra os contributos dos diferentes organismos, e a estrutura de apresentação segue de perto a estrutura do *Plano de Acção contra as Drogas e as Toxicodpendências 2009-2012*, quer na organização por áreas (transversais e de missão), quer na remissiva estabelecida entre as atividades salientadas e os objetivos daquele Plano. Autonomiza-se em capítulo próprio o PORI - Plano Operacional de Respostas Integradas -, dada a sua importância enquanto medida estruturante de intervenção integrada no âmbito da Redução da Procura.

O formato de apresentação deste Relatório ainda enquanto IDT, I.P., apesar da sua extinção, por fusão, a 29 de dezembro de 2011, prende-se com o facto da informação nele contida se reportar ao ano de 2011 e à data da sua divulgação ainda não estar o concluído o referido processo de fusão.

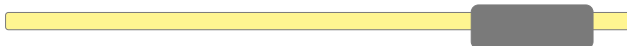
ÍNDICE

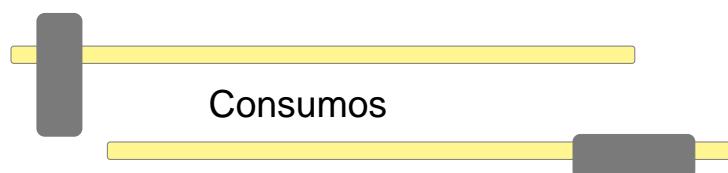
Parte A - Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos	11
I - Alguns Resultados de Estudos	15
II - Indicadores Indiretos Relacionados com o Consumo	29
1. Tratamento	29
1.1. Estruturas e Movimento Clínico	29
1.2. Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos	34
1.3. Utentes das Estruturas de Tratamento da Toxicodependência	36
2. Doenças Infecciosas	39
2.1. Notificações da infeção VIH/SIDA	39
2.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência	43
3. Mortes	47
4. Contraordenações	53
4.1. Processos e Decisões	53
4.2. Indivíduos	58
Mercados	61
III - Indicadores Indiretos Relacionados com o Tráfico	65
1. Apreensões Policiais	65
1.1. Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços	65
1.2. Presumíveis Infratores	68
2. Decisões Judiciais	73
3. Reclusões	81
Tendências por Drogas	83
Cannabis	85
Heroína / Opiáceos	93
Cocaína	101
Ecstasy	109
Outras Drogas e Policonsumos	117
Parte B - Respostas e Intervenções	123
Áreas Transversais	125
IV - Coordenação	127
1.1. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.	127
V - Cooperação Internacional	129
1.1. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.	129
1.2. Direção Geral de Política Externa	131
1.3. Polícia Judiciária	132
1.4. Direção Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo	133
VI - Informação, Investigação, Formação e Avaliação	135
1.1. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.	135
1.2. Guarda Nacional Republicana	138
1.3. Polícia Judiciária	139
1.4. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar	139
Áreas de Missão	141
VII - Redução da Procura	
1. Plano Operacional de Respostas Integradas, PORI	143
2. Prevenção	149
2.1. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.	149

2.2. Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular	151
2.3. Guarda Nacional Republicana	152
2.4. Polícia de Segurança Pública	152
2.5. Instituto Português da Juventude, I. P.	153
3. Dissuasão	155
3.1. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.	156
3.2. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar	156
4. Redução de Riscos e Minimização de Danos	159
4.1. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.	159
4.2. Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA	161
4.3. Direção Geral dos Serviços Prisionais	162
5. Tratamento	163
5.1. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.	163
5.2. Direção Geral dos Serviços Prisionais	164
5.3. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar	164
6. Reinserção	167
6.1. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.	167
6.2. Instituto de Segurança Social, I. P.	170
6.3. Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P.	171
6.4. Direção Geral de Reinserção Social	172
6.5. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar	173
6.6. Direção Geral dos Serviços Prisionais	174
VIII - Redução da Oferta	175
1.1. Polícia Judiciária	175
1.2. Guarda Nacional Republicana	176
1.3. Polícia de Segurança Pública	177
1.4. Direção Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo	177
1.5. Direção Geral de Autoridade Marítima	178
1.6. Serviço de Informações de Segurança	179
Apêndice 1	181
Estudos em curso em 2011	181
Apêndice 2	183
Artigos Publicados em 2011	183
Monografias Publicadas em 2011	185
Fontes	189
Referências Bibliográficas	191
Sinais Convencionais	195
Lista de Siglas e Abreviaturas	197
Definição de Termos	201
Índice de Quadros	203
Índice de Figuras	205



Parte A - Caracterização e Evolução da Situação





Consumos

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

No estudo realizado em 2007 na população geral residente em Portugal (15-64 anos), a cannabis, a cocaína e o ecstasy foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo) respetivamente de 11,7%, 1,9% e 1,3%. Entre 2001 e 2007, apesar da subida das prevalências de consumo ao longo da vida (a de *qualquer droga* passou de 8% para 12%), verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de *qualquer droga* nos últimos 30 dias (2,5% em 2001 e 2007) e uma descida das taxas de continuidade dos consumos (a de *qualquer droga* passou de 44% para 31%). Em 2007, Portugal situou-se entre os países europeus com as menores prevalências de consumo de drogas, com exceção da heroína.

No contexto das populações escolares, os resultados dos estudos nacionais evidenciaram que o consumo de drogas que vinha aumentando desde os anos 90 diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, constatando-se em 2010 e 2011 novamente um aumento do consumo de drogas nestas populações, alertando para a necessidade de investimento na prevenção. Em todos os estudos realizados em 2010 e 2011, a cannabis continua a ser a droga preferencialmente consumida (prevalências de consumo ao longo da vida que variaram entre 2,3% nos alunos de 13 anos e 29,7% nos de 18 anos), com valores próximos às prevalências de consumo de *qualquer droga* (entre 4,4% nos alunos de 13 anos e 31,2% nos de 18 anos). Seguem-se-lhe com prevalências de consumo ao longo da vida bastante inferiores, a cocaína, o ecstasy e as anfetaminas entre os alunos mais novos, e as anfetaminas, LSD e ecstasy entre os mais velhos. Apesar dos aumentos registados nas prevalências de consumo de drogas entre 2006/2007 e 2010/2011- sobretudo de cannabis mas também de outras drogas como o LSD e as anfetaminas -, as prevalências de consumo de *qualquer droga* entre os alunos mais novos (13-15 anos) mantêm-se aquém das registadas entre 2001 e 2003.

Não obstante os acréscimos dos consumos neste final de ciclo estratégico, a perceção do risco do consumo regular de drogas entre os estudantes de 16 anos aumentou, considerando os alunos portugueses mais arriscado esse consumo do que a média europeia.

O estudo nacional realizado em 2007 na população reclusa mostrou que a cannabis, a cocaína e a heroína eram as substâncias com maiores prevalências de consumo nesta população, tanto no contexto anterior à

reclusão (respetivamente 48,4%, 35,3% e 29,9%) como no de reclusão (respetivamente 29,8%, 9,9% e 13,5%). Entre 2001 e 2007, constatou-se uma descida generalizada das prevalências de consumo de drogas em ambos os contextos, embora mais acentuada no de reclusão (a prevalência de consumo de *qualquer droga* passou de 47% para 36%). É de destacar a importante redução da prática de consumo endovenoso entre 2001 e 2007, seja anteriormente à reclusão (de 27% para 18%) seja em reclusão (de 11% para 3%), não tendo sido possível a replicação do estudo para avaliar a evolução no final deste ciclo estratégico.

Em 2005, foi também realizado um estudo periódico (também não replicado no final deste ciclo) que permite a análise de tendências e a comparabilidade no contexto europeu sobre estimativas da prevalência do consumo problemático de drogas em Portugal, que evidenciou taxas por mil habitantes de 15-64 anos entre os 6,2-7,4 para uma definição de consumidores problemáticos mais abrangente, e, entre os 1,5-3,0 para os consumidores de drogas por via endovenosa. Entre 2000 e 2005 constatou-se uma diminuição destas prevalências, com especial relevo dos consumidores de drogas por via endovenosa.

Pela primeira vez em Portugal, foi realizado neste ciclo estratégico um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool, drogas e medicamentos nos condutores em geral e nos condutores feridos ou mortos em acidentes de viação, inserido num projeto europeu. Nos condutores em geral, a prevalência de consumo de *qualquer droga ilícita* foi de 1,57%, sendo a droga mais prevalente a cannabis (1,38%). A prevalência de opiáceos ilícitos foi de 0,15% e a de cocaína de 0,03%. Portugal apresentou uma prevalência de consumo de *qualquer droga ilícita* inferior à média europeia (1,89%), apesar da prevalência de cannabis ser muito idêntica e a de opiáceos ilícitos ser superior à respetiva média europeia. Portugal registou uma prevalência de associação de álcool com outras substâncias psicoativas (0,42%) ligeiramente acima da média europeia, e de associação de substâncias psicoativas sem álcool (0,23%) aquém dessa média. Nos condutores mortos em acidentes de viação, as drogas ilícitas mais prevalentes em Portugal foram a cannabis (4,2%) e a cocaína (1,4%), com valores superiores aos dos outros três países do estudo, exceto a Noruega que apresentou uma prevalência mais alta de cannabis. Em contrapartida, a prevalência de anfetaminas foi nula, contrariamente aos outros países em que foi a droga ilícita mais prevalente. Quanto às associações destas substâncias, entre os quatro países deste estudo, Portugal registou a segunda menor prevalência de associações com álcool (6,0%) e a menor prevalência de associações sem álcool (0,4%).

No âmbito da rede pública e convencionada de tratamento da toxicodependência, verificou-se em relação a 2010 uma estabilidade do número de utentes a nível do ambulatório e uma diminuição a nível do internamento, decréscimo este ocorrido apenas na rede convencionada. O número de novos utentes em ambulatório (8492) foi muito idêntico ao de 2010 (+1%), após a tendência de aumento ocorrida entre 2007-2010 (muito provavelmente relacionada com a melhor articulação das respostas no terreno, mas também, a partir de 2008, com o aumento do número de utentes que passaram a recorrer às Equipas de Tratamento (ET) do IDT, I.P. por problemas relacionados com o consumo de álcool). O número total de utentes em ambulatório (38 292) foi semelhante ao registado no ano anterior (+1%), verificando-se uma estabilidade nos últimos anos após a tendência de aumento ocorrida entre 2004-2008. Em 2011 estiveram integrados na

rede pública 26 351 utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos, representando um ligeiro decréscimo de -4% em relação a 2010, após o crescimento contínuo verificado ao longo da última década. Os internamentos nas Unidades de Desabilitação (1804) e Comunidades Terapêuticas (3142) da rede pública e convencionada diminuíram em relação ao ano anterior (respetivamente -26% e -13%), pelo segundo ano consecutivo nas UD e pela primeira vez nas CT durante este ciclo estratégico. Na rede licenciada sem convenção, constatou-se em 2011 um acréscimo do número de utentes em tratamento nas Unidades de Desabilitação (+59%) e Comunidades Terapêuticas (+13%) em relação a 2010, ano em que se verificaram os valores mais baixos da década, mas mantêm-se aquém dos valores registados nos anos anteriores, sobretudo antes de 2009.

No contexto das estruturas de tratamento da toxicoddependência da responsabilidade do sistema prisional, apesar da ligeira diminuição da capacidade dos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência, em 2011 estiveram integrados 223 reclusos nestes Programas, valor muito semelhante ao de 2010 (+2%), ano em que se registou o valor mais baixo da década, após a diminuição em quatro anos consecutivos. O número de reclusos integrados a 31/12/2011 em programas farmacológicos da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais (503), apesar de ter diminuído (-11%) relativamente a 2010, ano em que se verificou o valor mais elevado da década, foi superior aos valores registados antes de 2010.

Neste ciclo estratégico, para além do incremento na acessibilidade ao tratamento da toxicoddependência em meio livre e meio prisional, importa referir que alguns indicadores indiciam também uma maior eficiência e eficácia destes programas, nomeadamente o aumento das percentagens de altas clínicas nos programas terapêuticos com agonistas opiáceos e nas estruturas de internamento na rede pública e convencionada.

Entre as populações que recorreram a tratamento, a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal, constatando-se nos últimos anos uma maior visibilidade de outras substâncias, nomeadamente o álcool, a cocaína e a cannabis. Também se mantém a tendência de diminuição das práticas de consumo endovenoso e da partilha de material de consumo.

Relativamente às doenças infecciosas entre as populações em tratamento da toxicoddependência, em 2011, os valores de positividade para o VIH (2% - 10%), Hepatite B (1% - 3%), Hepatite C (20% - 47%) e Tuberculose (iguais ou inferiores a 1%), reforçam a tendência de decréscimo verificada nos últimos anos, nomeadamente a nível do VIH e Hepatite C. No âmbito das notificações da infeção VIH/SIDA, mantém-se a tendência decrescente da proporção de casos associados à toxicoddependência nos vários estadios da infeção, bem como a diminuição contínua ao longo da última década do número de novos casos diagnosticados com VIH associados à toxicoddependência. Considerando as melhorias implementadas nos últimos anos a nível da cobertura do rastreio do VIH nestas populações, parece estar-se perante uma efetiva diminuição de infeções recentes, reflexo da diminuição das práticas de consumo endovenoso e da partilha de material de consumo atrás referida e, em última análise, das políticas de redução de riscos e minimização de danos. É pois indispensável continuar a reforçar a cobertura do rastreio de doenças

infecciosas nestas populações - uma das medidas emblemáticas do ciclo de estratégico 2005-2012 -, com vista a potenciar os ganhos em saúde entretanto obtidos.

No que respeita às mortes relacionadas com o consumo de drogas, no contexto das estatísticas nacionais de mortalidade do INE, I.P., após o aumento contínuo registado entre 2006 e 2009 que inverteu a tendência de decréscimo nos anos anteriores, verificam-se novamente descidas em 2010 e 2011. Segundo a Lista Sucinta Europeia, em 2011 ocorreram 6 mortes causadas por dependência de drogas, representando o valor mais baixo desde 2006 e um decréscimo de -71% em relação a 2010. De acordo com o critério do OEDT, registaram-se 10 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas, representando também o valor mais baixo desde 2006 e um decréscimo de -62% em relação a 2010. Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade do INML, I.P., em 2011, dos 157 óbitos com informação sobre a causa de morte, cerca de 12% foram considerados *overdoses* (27%, 28% e 36%, em 2010, 2009 e 2008), verificando-se uma diminuição em relação a 2010. No que respeita às substâncias detetadas nestas *overdoses*, contrariamente ao sucedido nos anos anteriores em que sempre predominaram os opiáceos, em 2011 predominou a metadona, seguindo-se-lhe os opiáceos e a cocaína. Uma vez mais, na maioria (79%) destas *overdoses* foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar em associação com as drogas ilícitas, as *overdoses* com a presença de álcool (37%) e benzodiazepinas (42%).

No contexto das contraordenações por consumo de drogas, foram instaurados 6898 processos relativos às ocorrências de 2011, representando um ligeiro decréscimo (-6%) em relação a 2010. É de referir que os valores mais elevados da década registaram-se em 2009 e 2010. À data da recolha de informação cerca de 73% dos processos relativos às ocorrências de 2011 tinham decisão proferida (40% estavam suspensos e 33% arquivados), constatando-se um aumento da capacidade decisória em relação ao ano anterior. Entre as decisões proferidas uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (65%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (15%). Tal como nos anos anteriores, a maioria dos processos estavam relacionados com a posse de cannabis (76% só cannabis e 3% cannabis com outras drogas), o que é consistente com os resultados dos estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas em Portugal.

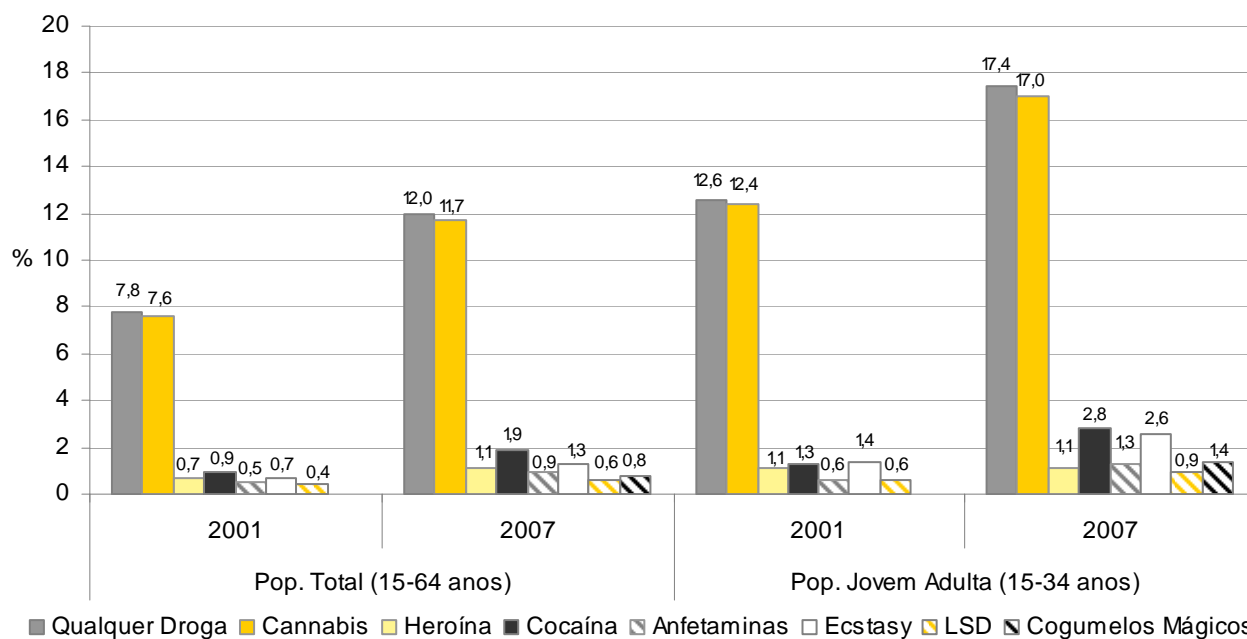
I - Alguns Resultados de Estudos¹

No ciclo estratégico iniciado em 2005, realizaram-se inúmeros estudos na área das drogas e toxicodependência, destacando-se no âmbito deste capítulo apenas alguns deles, designadamente os estudos epidemiológicos periódicos com representatividade nacional, que permitem a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional.

Em 2007 foi realizado em Portugal o segundo *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*², e em 2012 o terceiro, não estando à data disponíveis os resultados de 2012.

Em 2007, tal como em 2001, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo quer na população total (15-64 anos) quer na população jovem adulta (15-34 anos). Embora com prevalências de consumo muito inferiores, a cocaína surgiu como a segunda droga preferencialmente consumida entre estas populações, seguindo-se-lhe o ecstasy. Tal como em 2001, a população jovem adulta apresentou em 2007 prevalências de consumo superiores às da população total.

Figura 1 - População Geral, Portugal - Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos):
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga



Fonte: Balsa et al., 2008 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

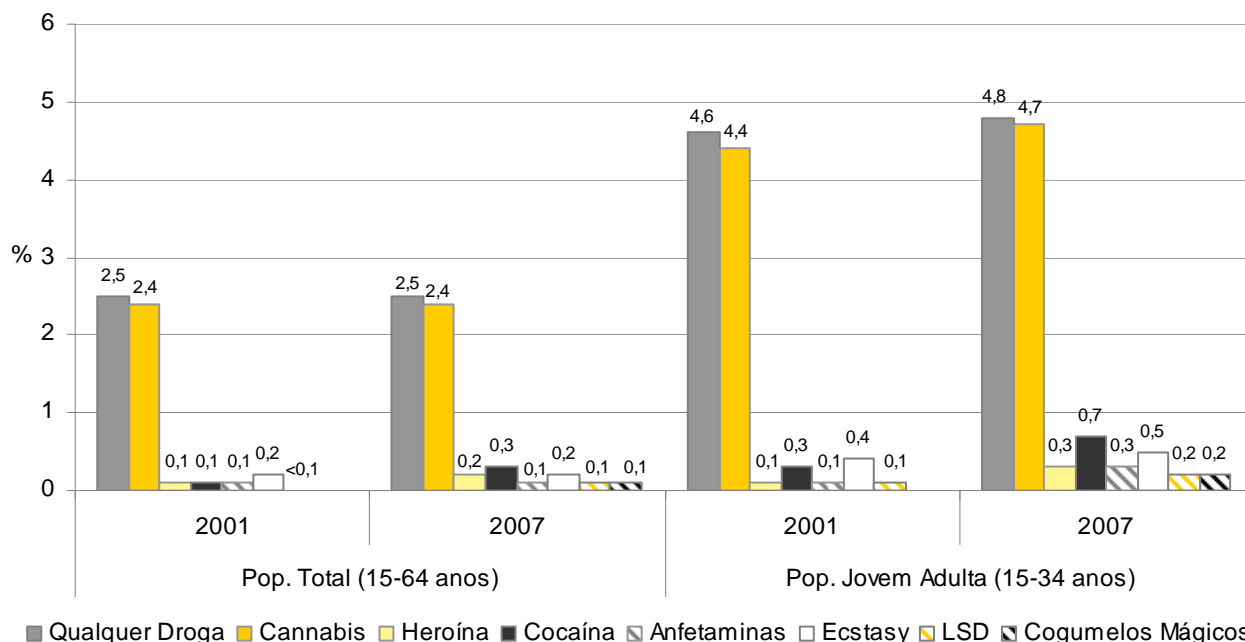
Entre 2001 e 2007, no conjunto da população portuguesa verificou-se uma subida generalizada das prevalências de consumo ao longo da vida - pelo menos uma experiência de consumo na vida - das várias substâncias ilícitas e uma estabilização das prevalências de consumo nos últimos 30 dias, com exceção da cocaína, da heroína e do LSD, cujas prevalências de consumo subiram. Entre a população jovem adulta constatou-se uma subida generalizada das prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias, exceto a prevalência do consumo de heroína ao longo da vida que se manteve igual. De um modo geral, é de

¹ Ver o volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, pág. 15 a pág. 28, disponível no sítio web do IDT, I. P. (<http://www.idt.pt>).

² Balsa et al., 2008.

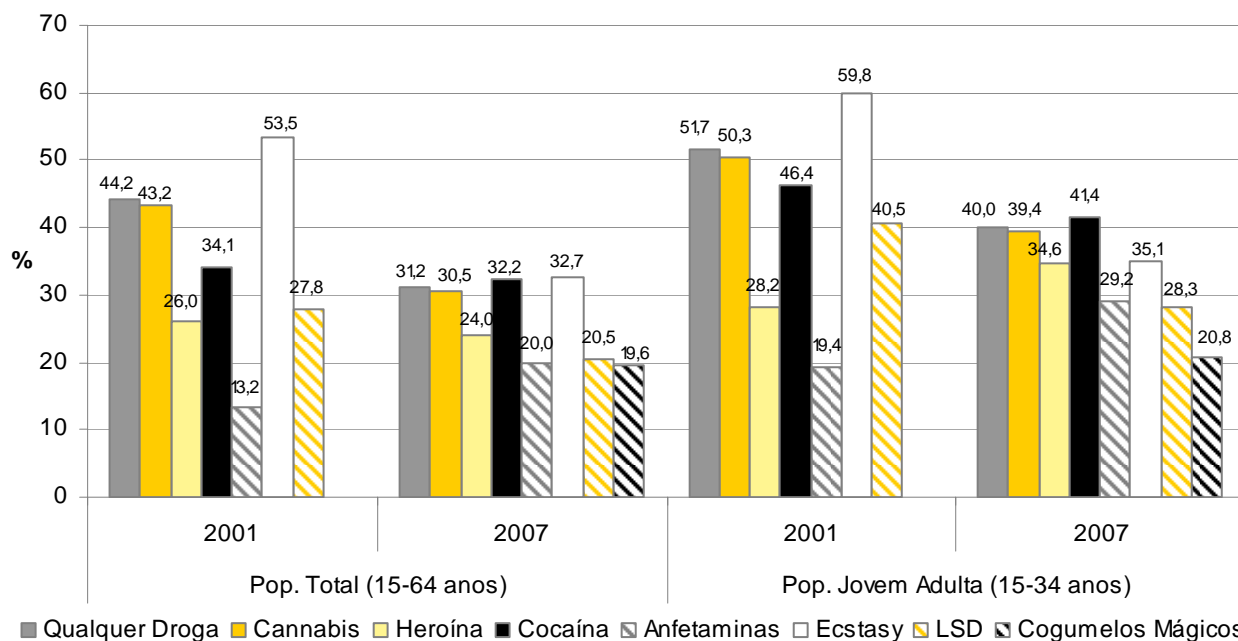
destacar em ambas as populações, a subida das prevalências de consumo de cocaína, que surgiu em 2007 como a segunda droga com maiores prevalências de consumo não só na população total como em 2001, mas também já na população jovem adulta.

Figura 2 - População Geral, Portugal - Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): Prevalências de Consumo nos Últimos 30 Dias, por Tipo de Droga



Fonte: Balsa et al., 2008 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Figura 3 - População Geral, Portugal - Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): Taxa de Continuidade* do Consumo, por Tipo de Droga



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

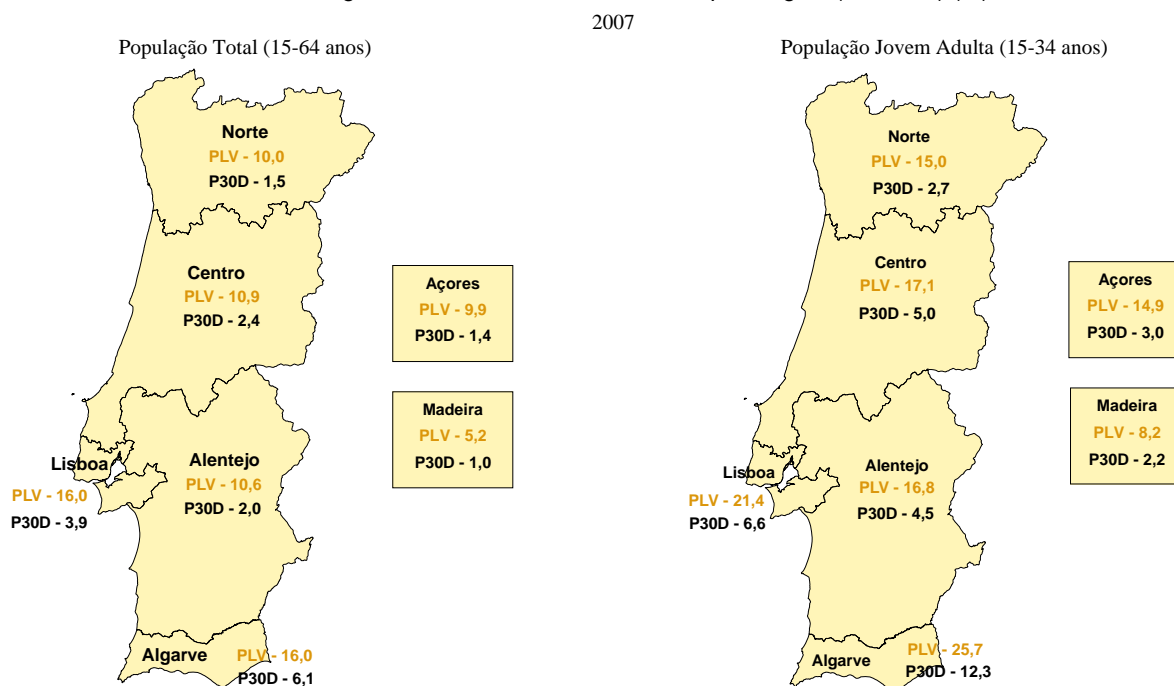
Fonte: Balsa et al., 2008 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Entre 2001 e 2007, verificou-se no entanto uma descida generalizada das taxas de continuidade do consumo em ambas as populações, com exceção das subidas das taxas das anfetaminas em ambas as populações e da taxa de heroína na população jovem adulta. Em ambos os anos, a população jovem adulta apresentou taxas de continuidade do consumo superiores às taxas da população total para todas as drogas. Tanto em 2001 como em 2007, o ecstasy, a cocaína e a cannabis surgiram com as maiores taxas de continuidade do consumo em ambas as populações, apesar de variações que vêm reforçar a maior visibilidade do consumo de cocaína em 2007.

A análise por género evidencia prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias mais elevadas nos homens, para todas as drogas. O padrão preferencial de consumo da população portuguesa - em primeiro lugar o consumo de cannabis, seguindo-se-lhe o de cocaína e o de ecstasy - manteve-se em ambos os géneros, na população total e na jovem adulta. O padrão de evolução das prevalências entre 2001 e 2007 manteve-se também em ambos os géneros, sendo de referir entre as exceções, a diminuição da prevalência do consumo de heroína ao longo da vida nas mulheres da população jovem adulta, e a diminuição das prevalências de cannabis e a estabilização das de cocaína nos últimos 30 dias nas mulheres de ambas as populações.

O Algarve e Lisboa foram as regiões (NUTS II) que apresentaram prevalências de consumo de *qualquer droga* ao longo da vida e nos últimos 30 dias acima da média nacional, na população total e na jovem adulta.

Figura 4 - População Geral, Portugal: Prevalências de Consumo de *Qualquer Droga* ao Longo da Vida e nos Últimos 30 Dias, por Região (NUTS II*) (%)



Legenda:
PLV - Prevalências de Consumo ao Longo da Vida
P30D - Prevalências de Consumo nos Últimos 30 Dias

* Segundo a classificação por NUTS de 2002.

Fonte: Balsa et al., 2008 / Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I. P.: DMFRI - NE

Apesar das prevalências de consumo de *qualquer droga* refletirem sobretudo as prevalências do consumo de cannabis, de um modo geral, foram também estas regiões que registaram as maiores prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias para quase todas as drogas, sendo de destacar entre as exceções, as anfetaminas nos Açores e a heroína no Alentejo.

De um modo geral, as regiões mantêm o padrão preferencial de consumo do país - em primeiro lugar o consumo de cannabis, seguindo-se-lhe o de cocaína e o de ecstasy -, exceto o Alentejo (a heroína surge com a segunda maior prevalência), o Algarve (a heroína surge entre as três substâncias com maiores prevalências de consumo) e os Açores (as anfetaminas ocupam posição equivalente à do ecstasy a nível nacional).

Também o padrão de evolução das prevalências de consumo ao longo da vida entre 2001 e 2007 manteve-se de um modo geral a nível regional, sendo de referir entre as exceções, a descida do consumo de heroína no Norte, em Lisboa e nos Açores (nestas duas últimas regiões só a nível da população jovem adulta), a descida do consumo de ecstasy nos Açores (nulo em 2007) e a diminuição das prevalências de consumo ao longo da vida de todas as drogas na Madeira (exceto o aumento do consumo de cocaína na população jovem adulta). Nas prevalências de consumo nos últimos 30 dias, constata-se várias heterogeneidades regionais face ao padrão de evolução nacional, cuja análise mais detalhada não cabe no contexto deste Relatório.

Por último e comparativamente a outros países europeus, em 2007 Portugal mantinha-se entre os países com as menores prevalências de consumo para a generalidade das substâncias, com exceção da heroína, em que Portugal surgia com as maiores prevalências.

Nas populações escolares, neste ciclo estratégico foram realizados vários estudos nacionais, todos eles inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS³ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME⁴ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD⁵ (alunos de 16 anos) e o ECATD⁶ (alunos dos 13 aos 18 anos), e novamente, em 2010 o HBSC/OMS e, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD.

Os estudos realizados entre 1995 e 2003 - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 -, evidenciaram, de um modo geral, um aumento generalizado dos consumos durante esse período. Todos estes estudos apresentaram prevalências de consumo de cannabis bem mais elevadas que as das outras drogas. Após o aumento generalizado dos consumos no período entre 1995 e 2003, os estudos de 2006 e 2007, evidenciaram de forma consistente, descidas das prevalências dos consumos.

Em 2006, os resultados do HBSC/OMS e do INME, evidenciaram descidas dos consumos, respetivamente entre 2002-2006 e 2001-2006, surgindo uma vez mais a cannabis como a droga com maiores prevalências de consumo. No HBSC/OMS, a cannabis, os estimulantes e o LSD surgiram com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida, sendo de destacar as descidas das prevalências de cannabis e de ecstasy em relação a 2002. No entanto, existiam subgrupos que não mantinham este padrão de evolução de diminuição do consumo de cannabis, nomeadamente os mais novos e os com estatuto socioeconómico mais baixo. No INME,

³ 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 e 2010, encontram-se publicados (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010).

⁴ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008^a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012^a; Feijão, 2012b).

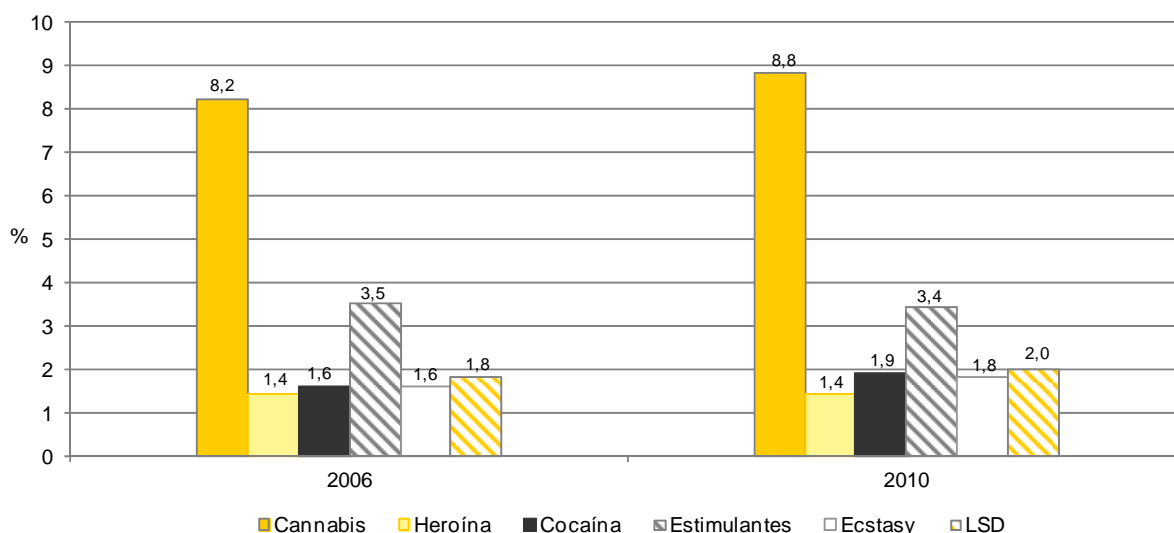
⁵ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003 e 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

⁶ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

a cannabis, a cocaína e o ecstasy surgiram com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida entre os alunos do 3.º Ciclo, e, a cannabis, o ecstasy e as anfetaminas, com as maiores prevalências entre os alunos do Secundário. Constatou-se entre 2001 e 2006 uma diminuição das prevalências de consumo de todas as drogas, nos alunos do 3.º Ciclo e nos do Secundário. Também se verificou uma diminuição das prevalências de consumo nos últimos 30 dias nestes dois grupos de alunos, salvo algumas exceções nos alunos do Secundário.

Em 2007, os resultados do ESPAD e do ECATD vêm reforçar a tendência de diminuição das prevalências de consumo de drogas já constatada em 2006. No ESPAD, mais uma vez a cannabis surgiu com a maior prevalência de consumo ao longo da vida e com um valor muito próximo da prevalência de consumo de *qualquer droga*. Entre 2003 e 2007, é de assinalar a descida das prevalências de consumo ao longo da vida nas várias substâncias ilícitas. No ECATD, mais uma vez a cannabis destacou-se com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida em todas as idades, seguindo-se-lhe a cocaína (exceto nos 18 anos, em que a prevalência de consumo de ecstasy foi ligeiramente superior à de cocaína). De um modo geral, as prevalências de consumo ao longo da vida das diferentes drogas variaram na razão direta das idades. Entre 2003 e 2007, os registou-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* em todas as idades. É no entanto de referir que as prevalências de consumo de *qualquer droga* refletem sobretudo as prevalências do consumo de cannabis e que a nível de outras substâncias nem sempre ocorreu este padrão de evolução em todos os grupos etários, como é o caso do aumento das prevalências de consumo ao longo da vida de cocaína, anfetaminas e de heroína entre os alunos de 17 e de 18 anos.

Figura 5 - População Escolar - HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano): Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga



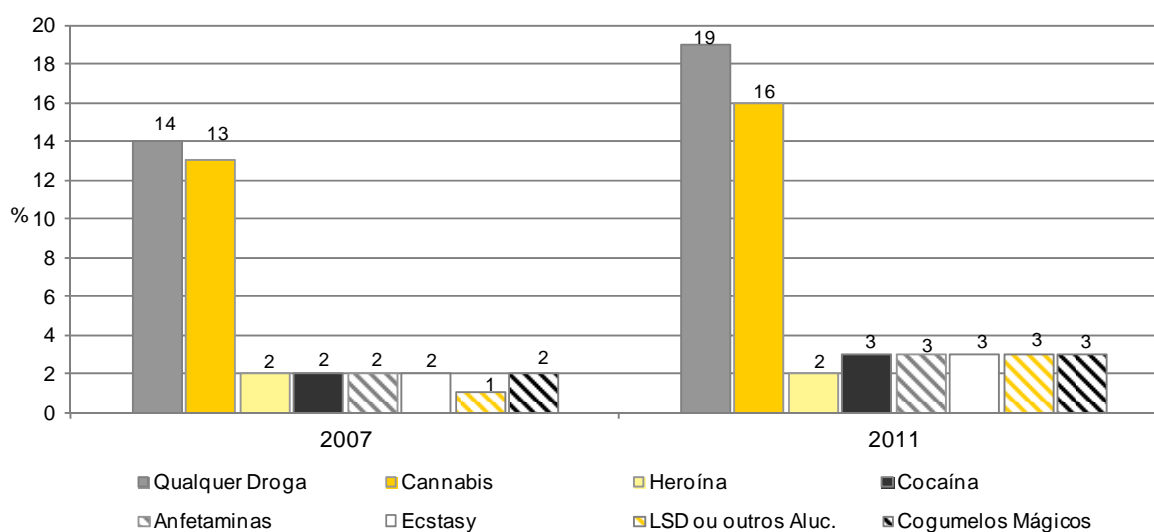
Fonte: Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al. 2010 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

Após a diminuição generalizada dos consumos em 2006 e 2007, os resultados dos estudos nacionais realizados em 2010 e 2011 nas populações escolares, evidenciaram de forma consistente, aumentos das prevalências dos consumos, particularmente da cannabis, mas também de outras drogas como o LSD e as anfetaminas.

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram um aumento das prevalências dos consumos entre 2006 e 2010, após a diminuição ocorrida entre 2002-2006⁷. Uma vez mais a cannabis, os estimulantes e o LSD surgiram com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida (respetivamente 8,8%, 3,4% e 2%). Entre 2006 e 2010 verificaram-se subidas das prevalências de consumo ao longo da vida de várias drogas – designadamente da cannabis (de 8,2% para 8,8%) –, assim como da prevalência do consumo de drogas no último mês (4,5% em 2006 e 6,1% em 2010).

Em 2011, os resultados do ESPAD, do ECATD e do INME, consolidaram esta tendência de aumento das prevalências dos consumos, entre 2007 e 2011 nos dois primeiros e entre 2006 e 2011 no último.

Figura 6 - População Escolar - ESPAD (alunos 16 anos): Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga



Fonte: Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

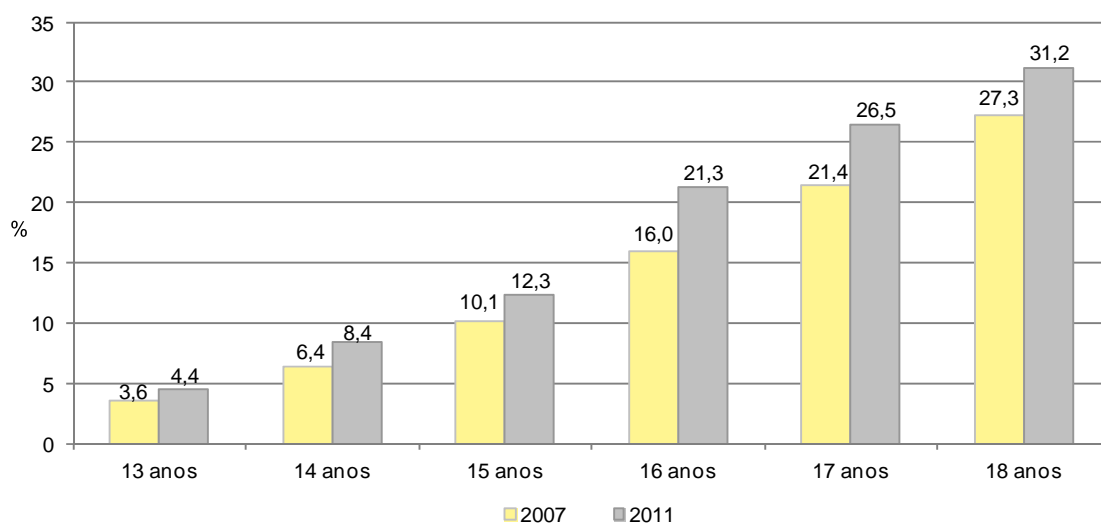
No ESPAD 2011, mais uma vez a cannabis foi a droga que apresentou a maior prevalência de consumo ao longo da vida (16%), com um valor próximo da prevalência de consumo de *qualquer droga* (19%). Entre 2007 e 2011, aumentou a prevalência de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* (de 14% para 19%), verificando-se acréscimos nas prevalências de consumo de todas as drogas, exceto da heroína. A prevalência do consumo de cannabis nos últimos 30 dias também aumentou entre 2007 e 2011 (de 6% para 9%). Em 2011, Portugal registou prevalências de consumo muito próximas às médias europeias, sendo já nalguns casos superiores (nomeadamente a prevalência de consumo de cannabis nos últimos 30 dias - 7% a média europeia e 9% em Portugal – e a de consumo de *outras drogas que não cannabis* ao longo da vida - 6% a média europeia e 8% em Portugal), contrariamente ao ocorrido em 2007, em que foram na sua generalidade inferiores.

No ECATD 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* variaram entre 4,4% (13 anos) e 31,2% (18 anos). Mais uma vez a cannabis destacou-se com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida em todas as idades (entre 2,3% nos 13 anos e 29,7% nos 18 anos), seguindo-se-lhe a cocaína nos mais novos e as anfetaminas nos mais velhos (a partir dos 16 anos inclusive). As prevalências de consumo

⁷ No estudo realizado em 2006 já tinha sido evidenciada a existência de subgrupos (nomeadamente os mais novos e os com estatuto socioeconómico mais baixo) em que não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis.

ao longo da vida de *qualquer droga* e de cannabis variaram na razão direta das idades, não ocorrendo o mesmo com as outras drogas que não cannabis, devido à superioridade das prevalências nos 15 ou 16 anos consoante as drogas. As prevalências de consumo de cannabis nos últimos 30 dias variaram entre 0,7% (13 anos) e 15,7% (18 anos). Entre 2007 e 2011, após a tendência de decréscimo entre 2003 e 2007⁸, registou-se um aumento da prevalência de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* em todas as idades. É no entanto de referir que as prevalências de consumo de *qualquer droga* refletem sobretudo o consumo de cannabis e que a nível de outras substâncias nem sempre ocorreu este padrão de evolução em todas as idades, como é o caso da diminuição das prevalências de consumo ao longo da vida de heroína, cocaína e de ecstasy entre os alunos de 17 e de 18 anos.

Figura 7 - População Escolar - ECATD (alunos 13-18 anos): Prevalências de Consumo de *Qualquer Droga* ao Longo da Vida



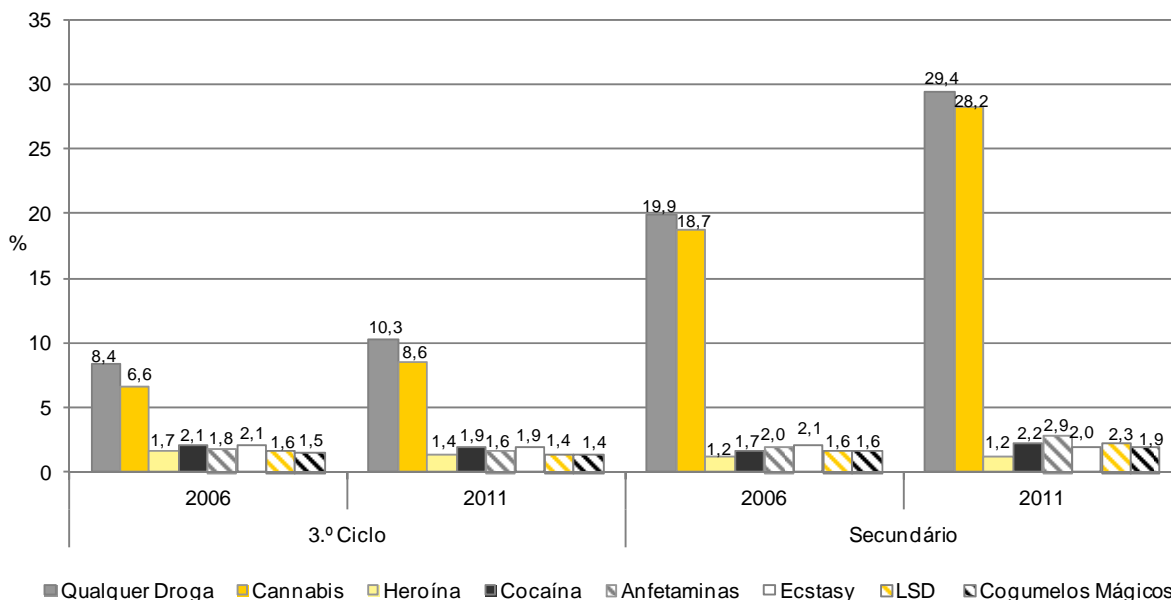
Fonte: Feijão, 2009; Feijão et al., 2012 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

No INME 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* foram de 10,3% no 3.º Ciclo e de 29,4% no Secundário. Uma vez mais a cannabis destacou-se com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida no 3.º Ciclo (8,6%) e no Secundário (28,2%). Seguiu-se-lhe a cocaína e o ecstasy no 3.º Ciclo (1,9%), e as anfetaminas (2,9%) e LSD (2,3%) no Secundário. As prevalências de consumo ao longo da vida de *outras drogas que não cannabis* foram de 3,9% no 3.º Ciclo e de 5,5% no Secundário. No último ano e últimos 30 dias, as prevalências de consumo de *qualquer droga* foram respetivamente de 8,7% e 6,2% no 3.º Ciclo, e de 24,4% e 16,4% no Secundário, mantendo-se o padrão preferencial de consumo atrás referido (exceto nas prevalências nos últimos 30 dias no Secundário, em que a de ecstasy é igual à das anfetaminas e superior à do LSD). Entre 2006 e 2011, no 3.º Ciclo constatou-se um aumento das prevalências do consumo de cannabis, e uma estabilidade e mesmo diminuições na maioria das outras drogas. No Secundário, a tendência foi de aumento na maioria das drogas, sendo de destacar para além da cannabis, o aumento das prevalências de consumo de anfetaminas e de LSD. Apesar destes acréscimos em relação a 2006, a maioria das prevalências de consumo mantêm-se aquém das registadas em 2001, seja no 3.º Ciclo (exceto a prevalência do consumo de cannabis nos últimos 30 dias) ou no Secundário (exceto as prevalências de cannabis em qualquer dos períodos

⁸ No ECATD 2007 já tinha sido evidenciado que entre os alunos mais novos (13 anos) não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis como nas restantes idades.

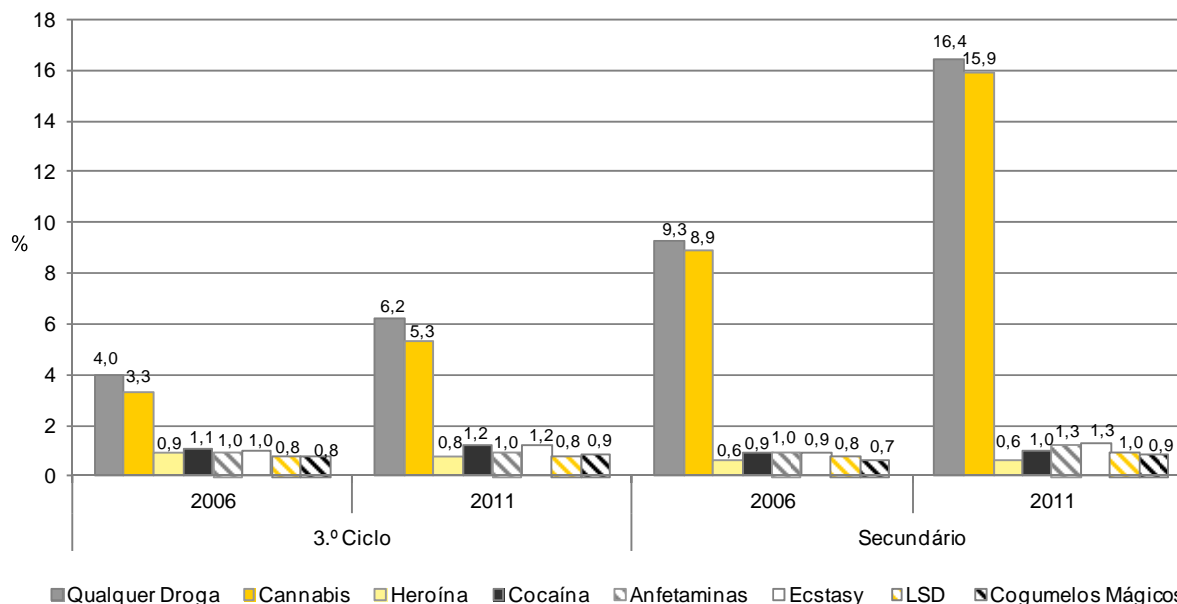
considerados, e das prevalências de consumo da maioria das substâncias nos últimos 30 dias). A análise regional por NUTS II evidencia que, no 3.º Ciclo e no Secundário, as regiões do Algarve, Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo apresentaram prevalências de consumo de *qualquer droga* superiores às médias nacionais.

Figura 8 - População Escolar - INME (3.º Ciclo e Secundário): Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga



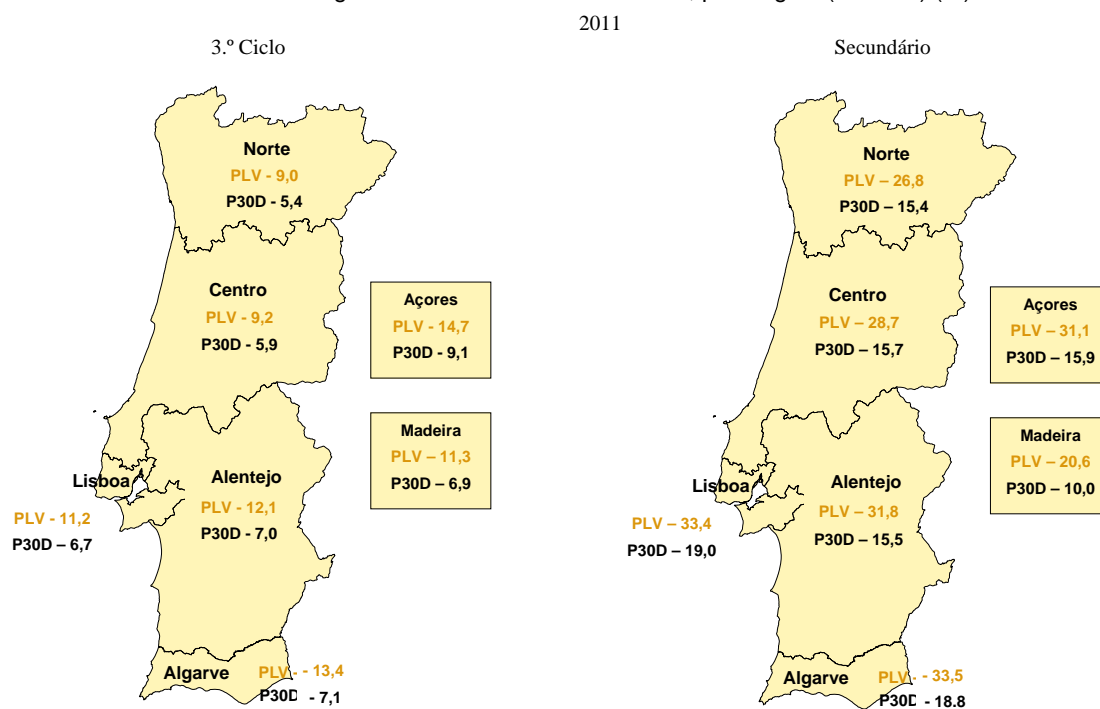
Fonte: Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Figura 9 - População Escolar - INME (3.º Ciclo e Secundário): Prevalências de Consumo nos Últimos 30 Dias, por Tipo de Droga



Fonte: Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Figura 10 - População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário): Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida e nos Últimos 30 Dias, por Região (NUTS II) (%)



Legenda:

PLV - Prevalências de Consumo ao Longo da Vida

P30D - Prevalências de Consumo nos Últimos 30 Dias

Fonte: Feijão, 2012a; Feijão, 2012b / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

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

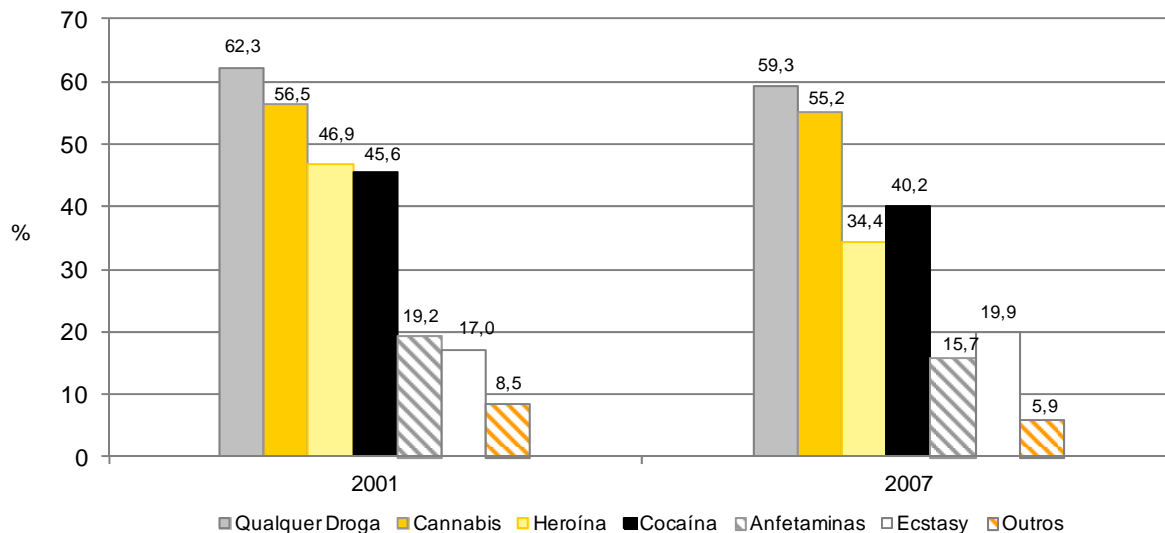
De um modo geral, os estudos realizados neste ciclo estratégico apresentam resultados consistentes entre si, quer a nível da amplitude das prevalências, quer das tendências de consumo. No final deste ciclo constatam-se subidas nas prevalências de consumo após a descida ocorrida no início do ciclo, alertando assim para a necessidade do reforço das medidas preventivas no futuro, em que se prevê um muito provável agravamento dos problemas relacionados com os comportamentos aditivos e dependências com o novo desafio das *novas substâncias psicoativas* numa conjuntura de profunda crise económica e social.

No contexto da população prisional, neste ciclo estratégico foi realizado um estudo em 2007 - *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*⁹-, que replicou o de 2001, não tendo sido possível assegurar a sua replicação prevista para o final deste ciclo. Uma vez mais em 2007 a cannabis foi a substância ilícita que registou as

⁹ Torres et al., 2009.

maiores prevalências de consumo quer no contexto anterior à reclusão quer no de reclusão. Contrariamente ao sucedido em 2001, em 2007, no contexto anterior à reclusão, as prevalências de consumo de cocaína foram superiores às de heroína, verificando-se a situação inversa no contexto de reclusão, tal como em 2001.

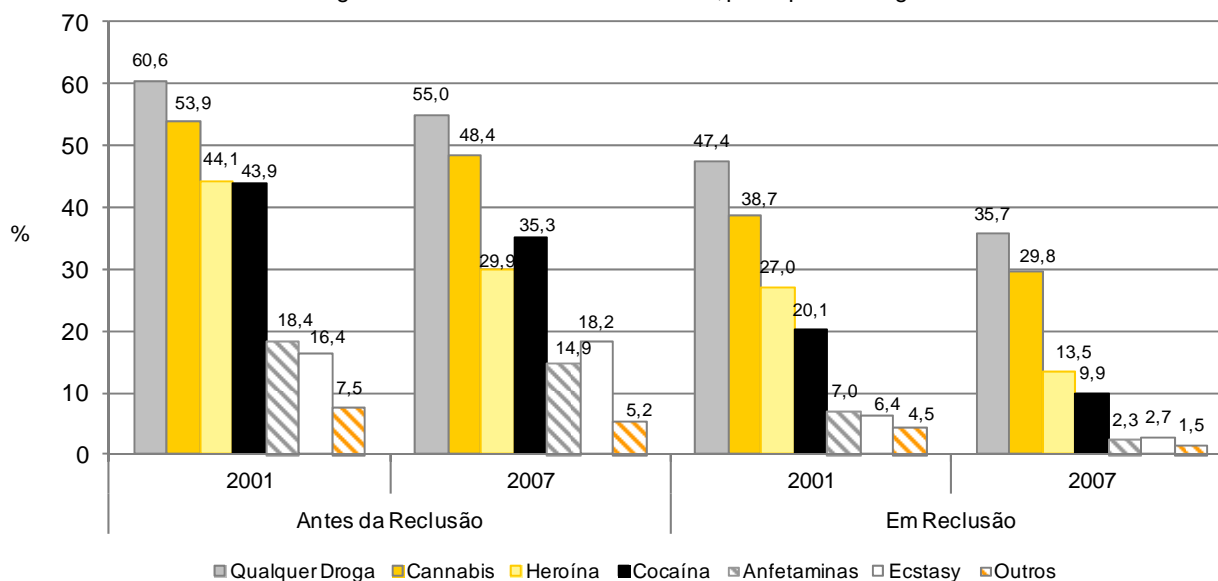
Figura 11 - População Reclusa Nacional: Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga



Fonte: Torres et al., 2009 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Entre 2001 e 2007, constatou-se uma descida generalizada das prevalências de consumo entre a população reclusa, a nível dos vários contextos e das várias drogas, sendo a única exceção o ligeiro aumento da prevalência do consumo de ecstasy ao longo da vida antes da reclusão. Em ambos os contextos - no anterior à reclusão e no de reclusão -, são de destacar as descidas das prevalências do consumo de heroína e de cocaína.

Figura 12 - População Reclusa Nacional: Prevalências de Consumo, segundo o Momento Face à Reclusão, por Tipo de Droga

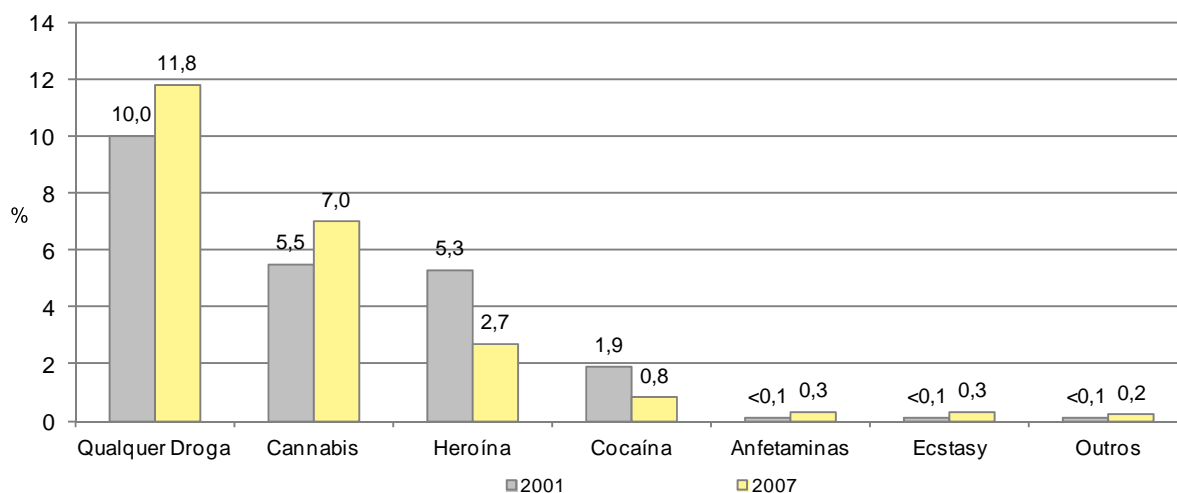


Fonte: Torres et al., 2009 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

É de referir no entanto que, o padrão de evolução da prevalência de consumo de *qualquer droga* ao longo da vida - diminuição entre 2001 e 2007 -, não se manteve ao nível do grupo feminino e dos grupos etários mais velhos (superiores aos 35 anos), em que se verificaram aumentos entre 2001 e 2007.

Em 2001 e 2007 constatou-se que a reclusão tem um papel de contenção dos consumos, tendo sido a diminuição dos consumos com a entrada em reclusão mais acentuada em 2007. No entanto, no contexto de reclusão, o consumo regular - *todos os dias no último mês* - das várias drogas foi superior em 2007, com exceção da heroína e da cocaína.

Figura 13 - População Reclusa Nacional: Consumo Regular em Reclusão*, segundo o Ano, por Tipo de Droga



* *Todos os dias no último mês na prisão.*

Fonte: Torres et al., 2009 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Por último, é de destacar que também se verificou em 2007 uma importante redução da prática de consumo endovenoso em relação a 2001, seja no contexto anterior à reclusão (27% em 2001 e 18% em 2007) seja no de reclusão (11% em 2001 e 3% em 2007).

Um outro estudo periódico que permite a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu é o estudo sobre *Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas*¹⁰. No início deste ciclo estratégico (2005) foi realizado o segundo estudo sobre *Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas*¹⁰, decorridos cinco anos da realização do primeiro, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final deste ciclo. O estudo de 2005 recorreu a diferentes métodos de cálculo das estimativas (métodos multiplicadores) para três definições de caso distintas: 1) consumidores de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas; 2) consumidores de longa duração/uso regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas; 3) consumidores (atuais ou recentes) de drogas por via endovenosa. Face a algumas discrepâncias com as definições de caso e métodos utilizados para o cálculo das estimativas efetuadas em 2000, para efeitos comparativos teve que se proceder a alguns reajustamentos nas estimativas de 2000¹¹, continuando no entanto a ser necessário ter algumas cautelas na leitura comparativa dos dados¹².

¹⁰ Negreiros et al., 2009.

¹¹ Nomeadamente o recálculo da estimativa de 2000 adaptada à primeira definição de caso.

¹² Designadamente na segunda definição de caso, pois o método utilizado em 2000 - o *back-calculation* - procurava determinar a estimativa de utilizadores de drogas injetadas (UDI), ou seja, é uma estimativa para uma definição de caso mais restrita que a utilizada em 2005.

Relativamente às estimativas de 2005 e tal como seria de esperar, as taxas diminuem à medida que a definição de caso se refere a uma população-alvo cada vez mais restrita de consumidores problemáticos de drogas, variando as taxas por mil habitantes de 15-64 anos entre os 6,2-7,4 para a definição mais abrangente, e, entre os 1,5-3,0 para a definição de consumidores problemáticos de drogas mais restrita.

Quadro 1 - Estimativas da Prevalência de Consumidores Problemáticos de Drogas em Portugal
2000 e 2005

Definição de Caso	Ano	2000		2005	
Consumidores de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas	Método Estimativa da Prevalência Taxas por 1000 habitantes 15-64 anos	Multiplicador Tratamento		Multiplicador Tratamento	
		48 673 - 73 010		44 653 - 53 240	
		6,4 - 10,7		6,2 - 7,4	
Consumidores de longa duração/uso regular de opiáceos, cocaína, e/ou anfetaminas	Método Estimativa da Prevalência Taxas por 1000 habitantes 15-64 anos	"Back-calculation"		Multiplicador Equipas de Rua	
		29 620 - 43 966		30 833 - 35 576	
		4,3 - 6,4		4,3 - 5,0	
Consumidores (actuais ou recentes) de drogas por via endovenosa	Método Estimativa da Prevalência Taxas por 1000 habitantes 15-64 anos	Multiplicador Mortalidade Relacionada c/ Drogas		Multiplicador Mortalidade Relacionada c/ Drogas	Multiplicador Tratamento
		15 900 - 31 800		10 950 - 21 900	13 183 - 16 285
		2,3 - 4,7		1,5 - 3,0	1,8 - 2,2

Fonte: Negreiros et al., 2009 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

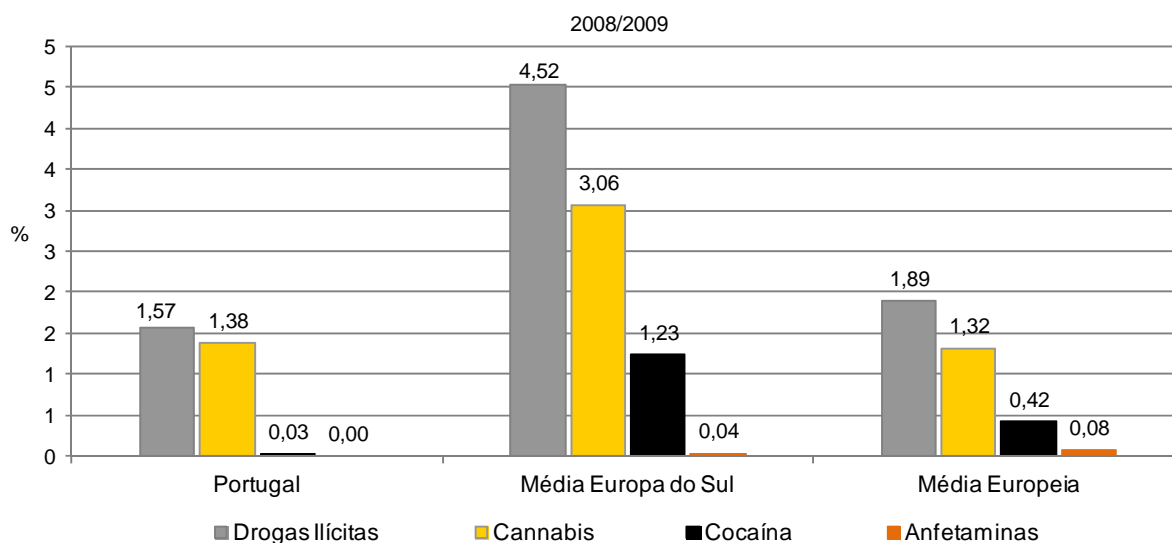
Apesar de algumas limitações metodológicas na leitura comparativa dos dados 2000-2005, é indiscutível que se constata uma diminuição do número estimado de consumidores problemáticos de drogas para qualquer das definições consideradas, sendo a mais acentuada a que se refere aos consumidores de drogas por via endovenosa.

Neste ciclo estratégico foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool, drogas e medicamentos nos condutores em geral e nos condutores feridos ou mortos em acidentes de viação, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹³. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹⁴.

No caso dos condutores em geral, constatou-se que o álcool ($\geq 0,1$ g/L) foi a substância que apresentou maior prevalência a nível europeu, seguida dos canabinóides, das benzodiazepinas e da cocaína. Os países do sul apresentaram prevalências mais elevadas de álcool e de drogas ilícitas do que os do norte, e estes registaram uma maior prevalência de medicamentos. Verificou-se ainda que o uso de drogas ilícitas era mais comum entre homens jovens enquanto os medicamentos apresentaram maior prevalência entre mulheres em grupos etários mais velhos. Outra das conclusões foi a de que o risco relativo de acidente e de lesão do condutor aumenta drasticamente com o aumento da TAS, sobretudo acima de 1,2 g/L.

¹³ Na realidade tratam-se de 2 estudos em que Portugal participou no âmbito deste projeto coordenado pelo Federal Highway Research Institute: 1) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores em geral, em que participaram países da Europa do Norte (Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia), da Europa do Sul (Portugal, Espanha e Itália), da Europa de leste (República Checa, Hungria, Lituânia e Polónia) e da Europa ocidental (Bélgica e Holanda); 2) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores feridos (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Lituânia, e Holanda) ou mortos (Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia) em acidentes de viação. Competiu ao INML, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

¹⁴ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti, et al., 2011.

Figura 14 - População de Condutores em Geral: Prevalências de Substâncias Psicoativas

Fonte: Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti, et al., 2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Portugal apresentou a quarta maior prevalência de *qualquer substância psicoativa*¹⁵ (9,99%), superior à média dos 13 países europeus incluídos no estudo (7,43%), mas inferior à média dos países da Europa do Sul (14,48%). Em relação à média europeia, Portugal apresentou prevalências superiores para o álcool e os medicamentos, mas inferior para as drogas ilícitas. Em relação à média da Europa do Sul, registou prevalências inferiores de álcool e de drogas ilícitas e superior no caso dos medicamentos (a prevalência mais elevada da Europa, sobretudo devido às benzodiazepinas).

Quanto às drogas ilícitas, apesar da prevalência portuguesa (1,57%) ser inferior à média europeia (1,89%) e à média da Europa do Sul (4,52%), é a quarta maior prevalência europeia. A cannabis foi a droga ilícita mais prevalente (1,38%), representando a terceira maior prevalência europeia, próxima da média europeia (1,32%) mas inferior à média dos países da Europa do Sul (3,06%). A prevalência de opiáceos ilícitos foi de 0,15% - superior à média europeia (0,07%), e inferior à média da Europa do Sul (0,19%) - e a prevalência de cocaína de 0,03% - muito inferior à média europeia (0,42%) e à da Europa do Sul (1,23%). Todas as drogas ilícitas foram mais prevalentes nas noites de fim-de-semana.

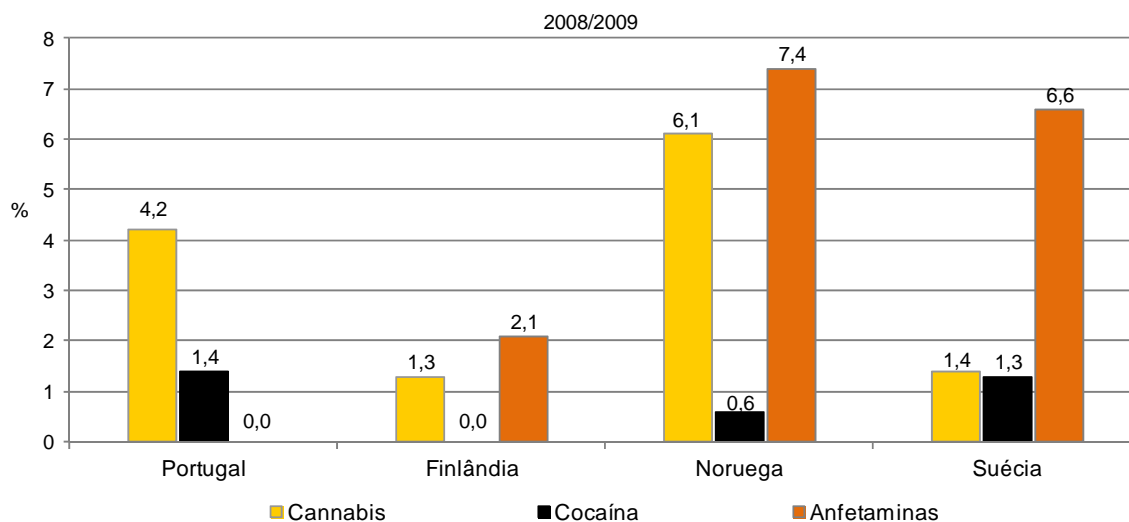
Em relação às associações das várias substâncias psicoativas, Portugal registou a terceira maior prevalência na combinação de álcool com outras substâncias (0,42%) - ligeiramente acima da média europeia (0,37%) e inferior à média da Europa do Sul (1,01%) -, e no caso das outras combinações de substâncias psicoativas sem álcool, apresentou a sexta maior prevalência (0,23%), aquém da média europeia (0,39%) e da Europa do Sul (0,87%).

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

¹⁵ Álcool, drogas ilícitas (opiáceos, cocaína, cannabis, anfetaminas e derivados) e medicamentos, num total de 23 substâncias.

viação, seguido das benzodiazepinas e da cannabis, muitas vezes em associação com o álcool. As anfetaminas apresentaram maiores prevalências nos países da Europa do Norte e a cocaína nos países do Sul.

Figura 15 - População de Condutores Mortos em Acidentes de Viação: Prevalências de Substâncias Psicoativas



Fonte: Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti, et al., 2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Entre os quatro países com estudo realizado sobre os condutores mortos em acidentes de viação¹⁶, Portugal apresentou a maior prevalência de álcool e as menores prevalências de medicamentos e de drogas ilícitas (exceto a Finlândia, que teve prevalências inferiores de drogas ilícitas). Em Portugal, as drogas ilícitas mais prevalentes nos condutores mortos em acidentes de viação foram a cannabis (4,2%) e a cocaína (1,4%), contrariamente aos outros países em que foram as anfetaminas. Portugal apresentou uma prevalência de consumo de cannabis superior às da Finlândia e Suécia e inferior à da Noruega, e uma prevalência de consumo de cocaína muito próxima à da Suécia e superior às da Finlândia e Noruega. Em contrapartida, a prevalência de anfetaminas foi nula, contrariamente aos outros países em que estas foram a droga ilícita mais prevalente. Quanto às associações destas substâncias, entre os quatro países deste estudo, Portugal registou a segunda menor prevalência de associações com álcool (6,0%) e a menor prevalência associações sem álcool (0,4%).

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

¹⁶ Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia.

II - Indicadores Indiretos Relacionados com o Consumo

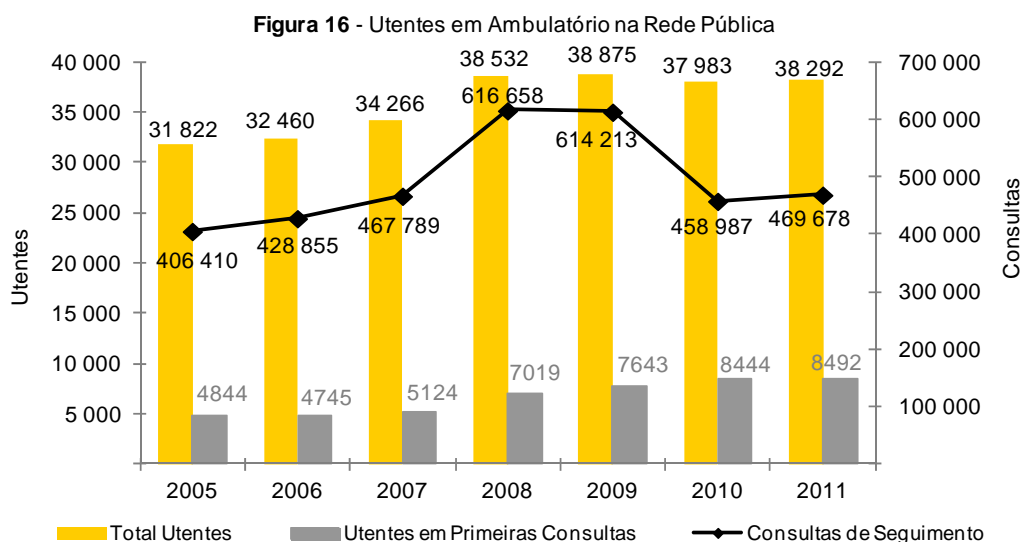
1. Tratamento¹⁷

1.1. Estruturas e Movimento Clínico¹⁸

Em 2011 deu-se continuidade à articulação dos vários recursos de saúde e socio sanitários, públicos e privados, de modo a melhorar a resposta às múltiplas necessidades dos utentes com problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas, sendo de destacar também a orientação para a qualidade dos serviços prestados¹⁹.

Importa referir que em 2010 entrou em funcionamento a nível nacional o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) do IDT, I.P., implicando mudanças metodológicas nomeadamente a nível dos critérios de registo e das potencialidades no apuramento dos dados. Tais mudanças refletiram-se, entre outras, no registo das consultas e na possibilidade de eliminar as duplas contagens de utentes a nível nacional. Apesar desta última possibilidade, e porque nos encontramos no período final de avaliação de um ciclo estratégico²⁰, optou-se ainda em 2010 e 2011 por seguir o critério metodológico dos anos anteriores na contabilização de utentes²¹, de modo a permitir a comparabilidade ao longo deste ciclo.

Na rede pública de tratamento da toxicod dependência (ambulatório) estiveram integrados 38 292 utentes, 8492 dos quais eram novos utentes (primeiras consultas)²².



A leitura comparativa dos dados exige algumas cautelas, devido a: (1) utentes que a partir de 2008 passaram a recorrer às estruturas tradicionais de tratamento da toxicod dependência por problemas relacionados com o consumo de álcool e (2) novo critério no registo de consultas a partir de 2010.

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.: DR / DMFRI – NE

¹⁷ Ver o volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências*, pág. 29 a pág. 43, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

¹⁸ Os dados das Unidades de Alcoologia do IDT, I.P. não constam neste Relatório, uma vez que se trata de uma resposta a um imperativo legal no contexto das drogas ilícitas. Refira-se no entanto que, sobretudo a partir de 2008, alguns utentes recorreram às estruturas tradicionais de tratamento da toxicod dependência por problemas relacionados com o consumo de álcool.

¹⁹ Ver capítulo do *Tratamento na Parte B - Respostas e Intervenções* deste Relatório.

²⁰ Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicod dependências 2005-2012 (PNCDDT).

²¹ Somatório dos utentes das várias equipas dos CRI.

²² Destes 8492 novos utentes contabilizados com base no somatório das novas admissões nas várias equipas dos CRI, apenas 5960 nunca estiveram efetivamente inscritos nestas estruturas do IDT, I.P. no passado, sendo que 2265 recorreram pela primeira vez ao IDT, I.P. devido ao consumo de drogas ilícitas.

O número de utentes em ambulatório foi semelhante ao registado no ano anterior (+1%), verificando-se uma estabilidade nos últimos anos após a tendência de aumento ocorrida entre 2004-2008. O número de novos utentes também foi muito idêntico ao registado em 2010 (+1%), após a tendência de aumento ocorrida entre 2007-2010 que se seguiu ao decréscimo verificado entre 2000-2006. É de referir que este acréscimo registado nos últimos anos está muito provavelmente relacionado com a melhor articulação das respostas no terreno, mas também, a partir de 2008, com o aumento do número de utentes que passaram a recorrer às Equipas de Tratamento (ET) do IDT, I.P. por problemas relacionados com o consumo de álcool.

Foram efetuadas 469 678 consultas de seguimento, valor semelhante (+2%) ao verificado em 2010, consolidando a tendência de estabilidade registada desde 2008 (a descida ocorrida entre 2009-2010 deve-se a alteração de critérios no registo de consultas).

No contexto desta rede pública, uma vez mais a Delegação Regional (DR) do Norte registou o maior número de utentes em tratamento e em primeiras consultas, verificando-se na DR Lisboa e Vale do Tejo o maior acréscimo do número de utentes em primeiras consultas relativamente a 2010 (+17%).

Quadro 2 - Utes em Tratamento no Ano* e em Primeiras Consultas, por Delegação Regional

2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005

Delegação Regional	2011	%	Δ 10-11	Δ 08-11	Δ 05-11
Utes em Tratamento no Ano*					
Total	38 292	100,0	0,8	-0,6	20,3
Norte	15 071	39,4	-0,6	8,1	38,4
Centro	5 334	13,9	-0,8	-21,9	-9,6
Lisboa e Vale do Tejo	12 418	32,4	3,2	-2,4	14,2
Alentejo	1 983	5,2	-2,7	10,9	51,7
Algarve	3 486	9,1	3,5	7,3	22,4
Utes em Primeiras Consultas					
Total	8 492	100,0	0,6	21,0	75,3
Norte	3 340	39,3	-8,1	11,4	110,1
Centro	1 062	12,5	2,1	12,3	12,5
Lisboa e Vale do Tejo	3 019	35,6	17,2	35,0	74,9
Alentejo	435	5,1	-16,0	15,7	132,6
Algarve	636	7,5	-5,6	37,4	60,2

* Utes que recorreram pelo menos uma vez às unidades de consulta durante o ano.

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

Devido aos reajustamentos na dependência funcional das Equipas de Tratamento (ET) de alguns Centros de Respostas Integradas (CRI) ocorridos em meados de 2007, impõem-se algumas cautelas na leitura comparativa dos dados regionais com anos anteriores a 2008.

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

À semelhança dos anos anteriores, foram os distritos do Porto, Lisboa, Setúbal e Faro, que registaram em 2011 o maior número de utes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência, bem como o maior número de utes em primeiras consultas.

Metade dos distritos registaram um aumento de utes em primeiras consultas relativamente a 2010, verificando-se os maiores acréscimos em valores absolutos nos distritos de Lisboa e Setúbal, e, em valores percentuais, nos distritos da Guarda (+35%) e de Viseu (+34%). Os maiores decréscimos em valores absolutos registaram-se nos distritos de Braga e do Porto, e, em valores percentuais, nos distritos de Braga (-48%) e de

Castelo Branco (-31%). As taxas mais elevadas de utentes em primeiras consultas por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Faro, Bragança e Porto.

Figura 17 - Utentes em Tratamento no Ano, por Distrito

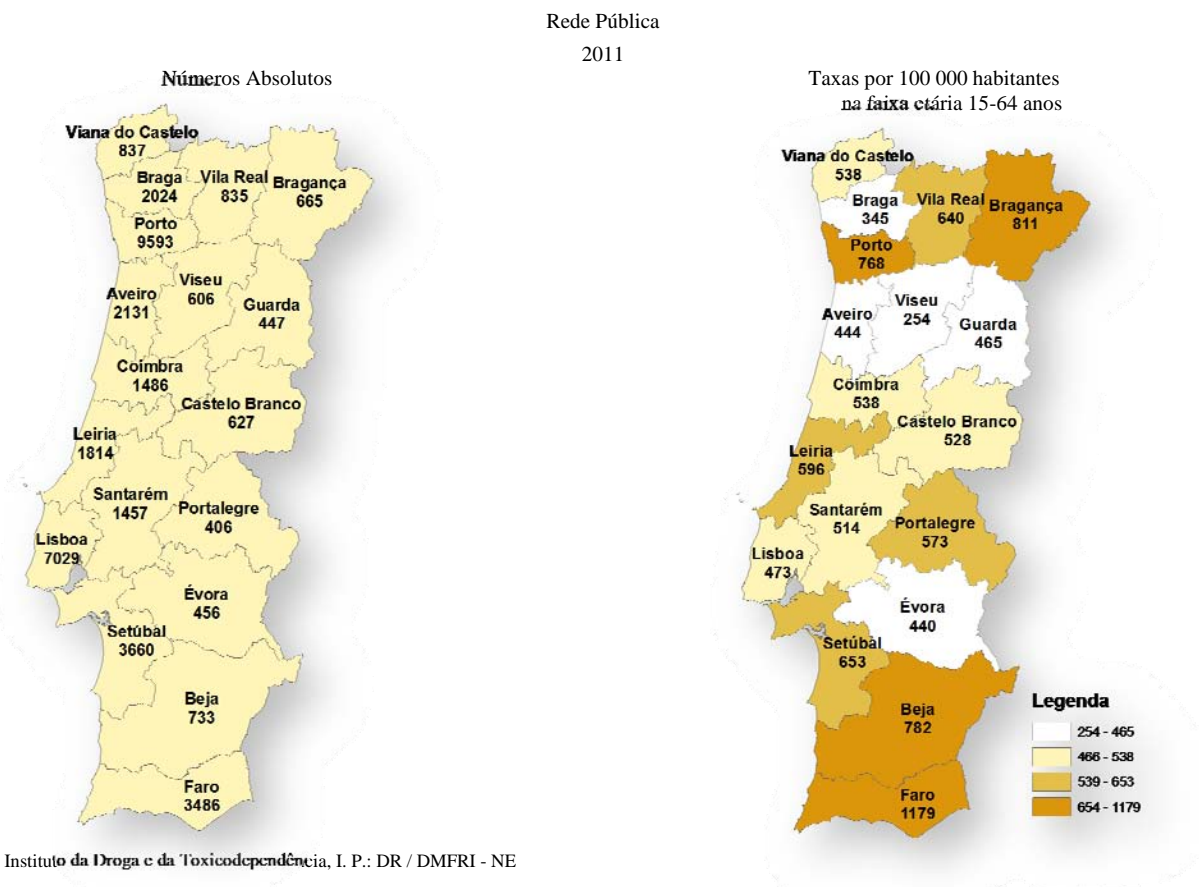
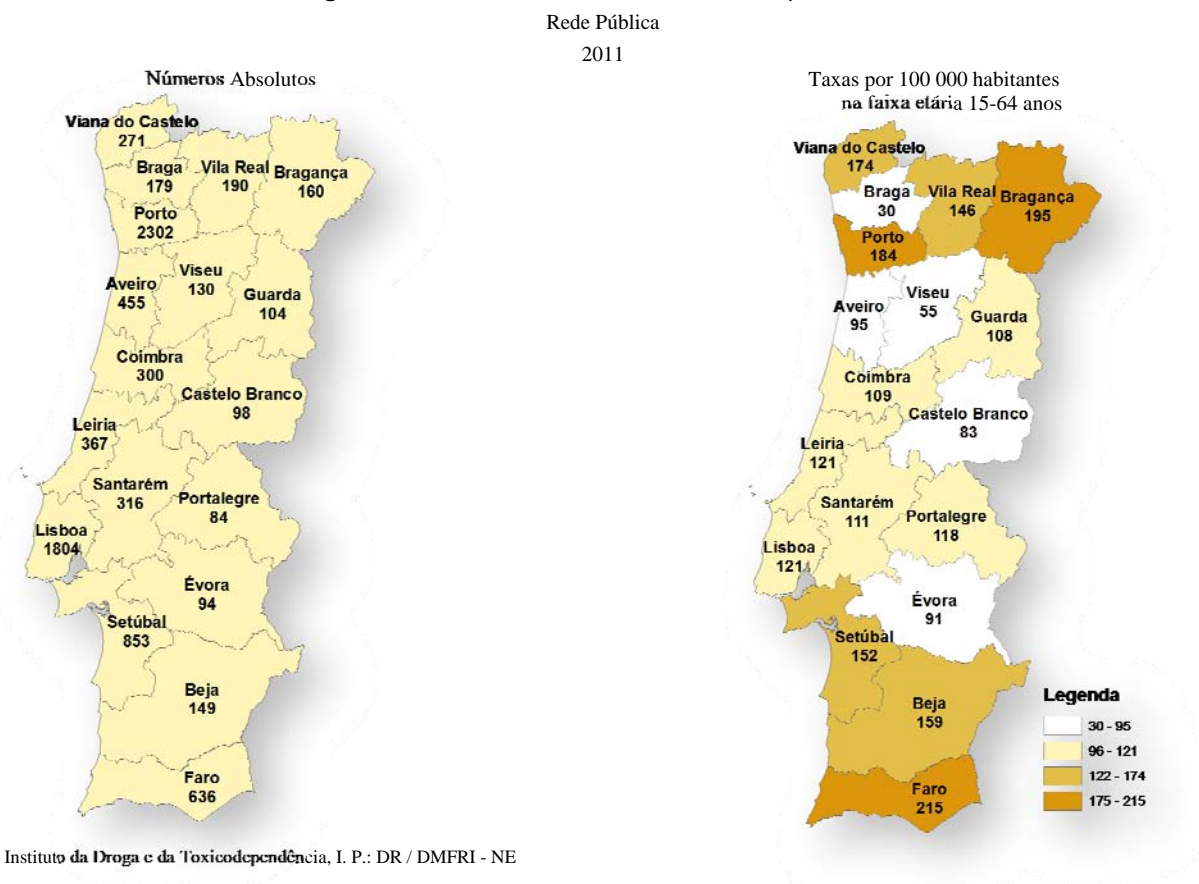
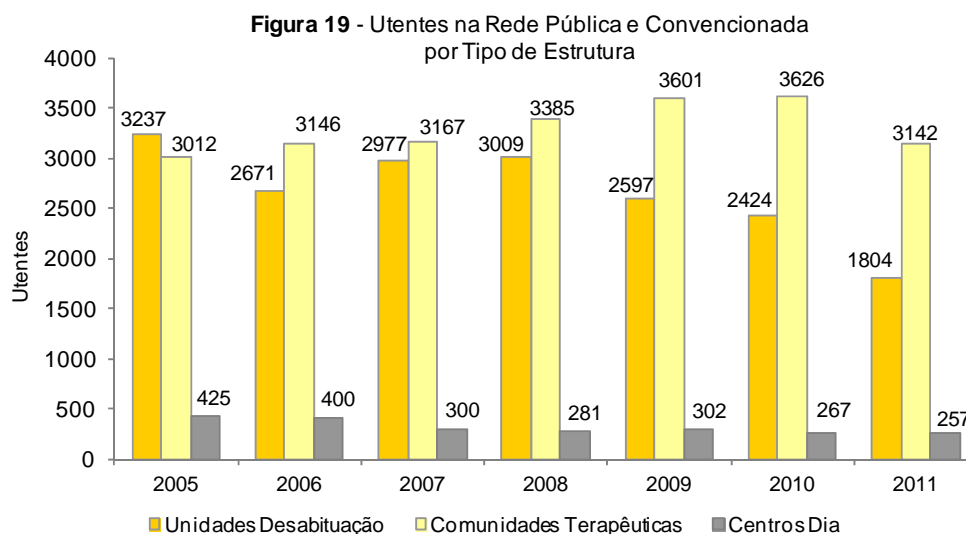


Figura 18 - Utentes em Primeiras Consultas, por Distrito



Em 2011, na rede de tratamento da toxicodependência pública e convencionada, o número de internamentos em Unidades de Desabilitação (1804) representou o valor mais baixo da última década, diminuindo pelo segundo ano consecutivo em relação ao ano anterior (-26%), devido ao decréscimo verificado na rede convencionada. O número de internamentos em Comunidades Terapêuticas (3142) também foi inferior ao registado em 2010 (-13%), contrariamente ao aumento constatado nos últimos anos, e também devido à diminuição ocorrida na rede convencionada. Frequentaram os Centros de Dia 257 utentes, representando um decréscimo de -4% em relação ao ano anterior, e também neste caso devido à diminuição registada na rede convencionada.



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

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

As percentagens de altas clínicas nesta rede pública e convencionada têm vindo a aumentar ao longo dos últimos anos. Em 2011, estas percentagens foram de 83%, 47% e de 79% dos utentes saídos em 2011, respetivamente das Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e dos Centros de Dia, valores superiores aos registados em 2010 (respetivamente 82%, 45% e 77%), 2009 (respetivamente 82%, 41% e 59%), 2008 (respetivamente 79%, 36% e 54%), 2007 (respetivamente 77%, 33% e 44%), 2006 (respetivamente 79%, 33% e 43%) e 2005 (respetivamente 77%, 33% e 46%).

Na rede licenciada sem convenção, contrariamente ao ocorrido no ano anterior, verificou-se em 2011 um acréscimo do número de utentes em tratamento naqueles três tipos de estruturas. O número de utentes em Unidades de Desabilitação (35) e em Comunidades Terapêuticas (988) aumentaram em relação a 2010 (respetivamente +59% e +13%), ano em que se registaram os valores mais baixos da década, mas mantêm-se aquém dos valores registados nos anos anteriores, sobretudo antes de 2009. Ocorreu situação idêntica com os Centros de Dia: aumentaram os utentes em relação a 2010 (+47%), ano em que se registou o valor mais baixo da década, mas mantêm-se aquém dos valores registados nos anos anteriores.

Quadro 3 - Utentes em Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e Centros de Dia, na Rede Pública e Licenciada

2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005

Estrutura / Rede	2011	%	Δ 10-11	Δ 08-11	Δ 05-11
Unidades de Desabilitação	1 839	100,0	-24,8	-41,8	-51,9
Rede Pública	1 557	84,7	4,6	-16,1	-11,8
Rede Licenciada	282 ^{a)}	15,3	-70,5	-78,4	-86,3
C/ Convenção	247	13,4	-73,6	-78,6	-83,2
S/ Convenção	35	1,9	59,1	-77,0	-94,0
Comunidades Terapêuticas	4 130	100,0	-8,2	-12,1	-0,7
Rede Pública	134	3,2	8,1	2,3	97,1
Rede Licenciada	3 996 ^{a)}	96,8	-8,7	-12,5	-2,4
C/ Convenção	3 008	72,9	-14,1	-7,6	2,2
S/ Convenção	988	23,9	13,2	-24,8	-14,0
Centros de Dia	385	100,0	8,8	-22,2	-39,3
Rede Pública	79	20,5	1,3	-1,3	6,8
Rede Licenciada	306 ^{a)}	79,5	10,9	-26,3	-45,4
C/ Convenção	178	46,2	-5,8	-11,4	-49,3
S/ Convenção	128	33,3	47,1	-40,2	-38,8

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

a) Informação que deu entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados serão objeto de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida entre 31/03/2012 a 31/03/2013.

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

No contexto das estruturas de tratamento da toxicodependência da responsabilidade do sistema prisional, apesar da ligeira diminuição da capacidade dos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência (menos 11 camas nas Unidades Livres de Droga do que em 2010 e encerramento da Casa de Saída), em 2011 estiveram integrados 223 reclusos nestes Programas, valor muito semelhante ao de 2010 (+2%), ano em que se registou o valor mais baixo da década, após a diminuição em quatro anos consecutivos.

Quadro 4 - Utentes em Programas de Tratamento em Estruturas dos Estabelecimentos Prisionais*

2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005

Programas de Tratamento	2011	%	Δ 10-11	Δ 08-11	Δ 05-11
Programas de Tratamento Orientados para Abstinência	223	100,0	1,8	-24,9	-27,4
Unidades Livres de Drogas	223	100,0	6,2	-20,9	-23,9
Casa de Saída ^{a)}	-	..	-100,0	-100,0	-100,0
	31 Dez. 2011	%	Δ 31 Dez. 10-11	Δ 31 Dez. 08-11	Δ 31 Dez. 05-11
Programas Farmacológicos	503	100,0	-11,0	31,7	52,9
Programas Terapêuticos c/ Agonistas Opiáceos	454	90,3	-10,1	58,7	58,2
Programas Terapêuticos c/ Antagonistas Opiáceos	49	9,7	-18,3	-49,0	16,7

* Programas cuja coordenação é da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais. A 31/12/2011, para além dos dados do quadro, estavam em programas farmacológicos 681 reclusos em articulação com o IDT, I.P. (prescrição e acompanhamento pelos técnicos das ET) e 111 noutras estruturas das Regiões Autónomas.

a) A Casa de Saída está encerrada desde 20/09/2010.

Fonte: Direção-Geral dos Serviços Prisionais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DR / DMFRI - NE

A 31/12/2011 estavam integrados 503 reclusos em Programas Farmacológicos da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais (454 em programas com agonistas opiáceos²³ e 49 em programas com antagonistas opiáceos), representando um decréscimo em relação a 2010 (-11%), mas com um valor superior aos registados até 2009.

²³ Em 2009 foi publicado um estudo (Fernandes & Silva, 2009) sobre os efeitos dos tratamentos de substituição opiácea no sistema prisional português.

1.2. Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos (PTAO)

Durante o ano de 2011 estiveram integrados na rede pública de tratamento da toxicodependência 26 351 utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos, representando um ligeiro decréscimo de -4% em relação a 2010, após o crescimento contínuo verificado ao longo da última década. No entanto, o valor registado em 2011, continua a ser superior aos verificados até 2008.

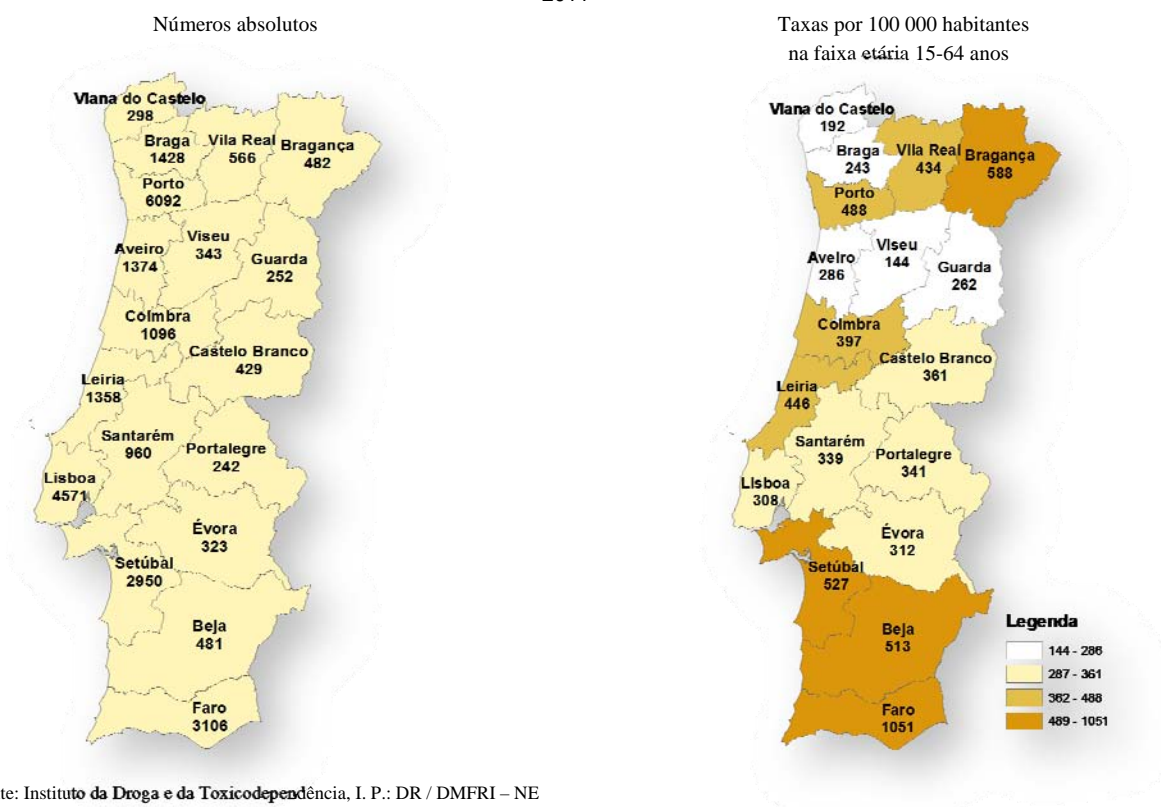
Destes utentes, 5241 foram admitidos nos programas (metadona ou buprenorfina) em 2011, sendo 2308 readmissões e 2933 novas admissões. Saíram dos programas 5115 utentes durante o ano, 18% dos quais com alta clínica e 41% por abandono ou exclusão²⁴, sendo a percentagem de altas clínicas o valor mais elevado do ciclo estratégico iniciado em 2005, e a de utentes saídos dos programas a mais baixa do período (19%).

Quadro 5 - Utentes em Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos, por Delegação Regional 2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005

Delegação Regional	2011	%	Δ 10-11	Δ 08-11	Δ 05-11
Total	26 351	100,0	-3,8	2,1	25,2
Norte	9 560	36,3	0,4	9,8	36,0
Centro	3 505	13,3	-6,4	-1,2	4,0
Lisboa e Vale do Tejo	8 813	33,4	-8,0	-9,7	20,8
Alentejo	1 367	5,2	-2,5	11,0	37,9
Algarve	3 106	11,8	-1,4	21,1	31,0

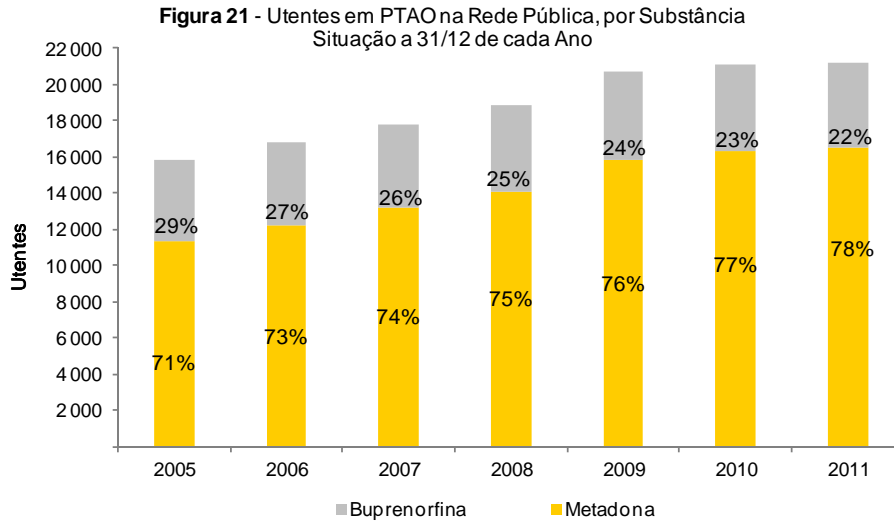
Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DR / DMFRI – NE

Figura 20 - Utentes em Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos, por Distrito Rede Pública 2011



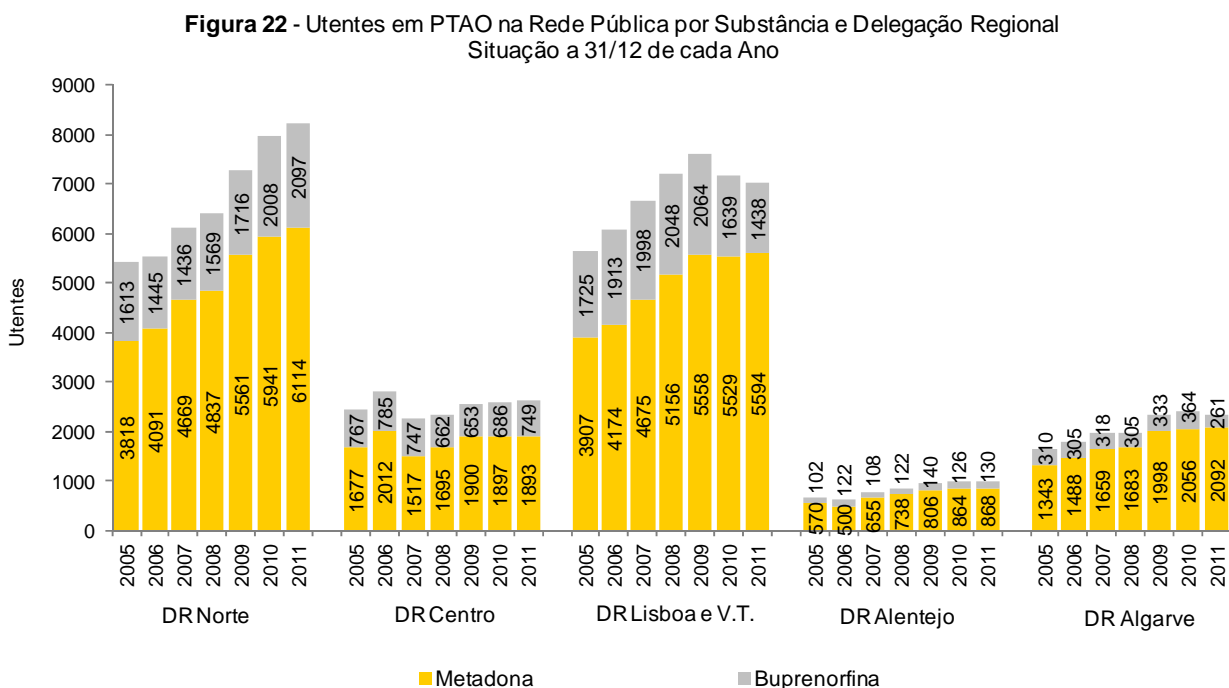
²⁴ Em 2011, saíram dos programas de metadona 3905 utentes (19% com alta clínica e 43% por abandono ou exclusão) e dos programas de buprenorfina 1210 utentes (12% com alta clínica e 34% por abandono ou exclusão).

Em relação a 2010 diminuiu o número de utentes em PTAO em todas as DR, com exceção da DR Norte em que se manteve estável. O maior decréscimo, em valor absoluto e percentual, verificou-se na DR Lisboa e Vale do Tejo. A mais elevada percentagem de utentes integrados nestes programas no conjunto dos utentes em tratamento em cada região, continua a verificar-se na DR Algarve (89%). Os distritos de Faro, Bragança, Setúbal e Beja, registaram as mais elevadas taxas de utentes nestes programas por habitantes de 15-64 anos.



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DR / DMFRI – NE

A 31/12/2011, estavam integrados nestes programas 21 236 utentes, 78% em metadona e 22% em buprenorfina. Apesar do decréscimo em relação a 2010 do número de utentes durante o ano, a 31/12/2011 constata-se uma estabilidade em relação ao período homólogo do ano anterior (+1%), devido à menor percentagem de utentes saídos dos programas em 2011 (19%) comparativamente a 2010 (23%). Uma vez mais constataram-se ligeiras variações em sentidos opostos no número de utentes em metadona (+2%) e em buprenorfina (-3%) relativamente a 31/12/2010, consolidando a inversão ocorrida em 2006 da tendência proporcional crescente de utentes em buprenorfina verificada nos anos anteriores.



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DR / DMFRI – NE

A 31/12/2011, a maioria dos utentes em metadona tomavam-na nas Equipas de Tratamento do IDT, I.P. (66%) ou nos Centros de Saúde (16%)²⁵.

1.3. Uteses das Estruturas de Tratamento da Toxicodependência²⁶

A nível dos utentes que recorreram em 2011 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência²⁷, a heroína continua a ser a substância principal mais referida (entre 30% e 76% consoante o tipo de estrutura). A seguir surge o álcool (entre 10% e 38%), a cocaína (entre 6% e 22%) e a cannabis (entre 1% e 18%), exceto no caso dos novos utentes em ambulatório, em que a cannabis surge imediatamente a seguir ao álcool. As referências a estas substâncias têm vindo a surgir nos últimos anos de forma mais expressiva nas diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência. Na administração da substância principal continua a predominar a via fumada/inalada.

Quadro 6 - Consumos dos Uteses em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura
2011

Consumos ^{a)}	Estrutura / Rede	Uteses em Ambulatório na Rede Pública		Uteses Unidades Desab.	Uteses Comunidades Terap.	Uteses Centros Dia
		Total	1.ª Consultas	(Públicas e Licenciadas)	(Públicas e Licenciadas)	(Públicas e Licenciadas)
Substância Principal	Heroína	75,8% ^{b)}	48,9% ^{b)}	47,2%	40,6%	29,6%
	Heroína e Cocaína	0,1% ^{b)}	0,2% ^{b)}	1,5%	2,3%	1,5%
	Cocaína	5,7%	7,3%	9,0%	22,2%	22,2%
	Cannabis	5,1%	12,4%	1,4%	10,7%	18,3%
	Álcool	10,4%	28,3%	37,5%	21,9%	18,6%
V. Administração Substância Principal	Fumada/Inalada	71,2%	71,7%	40,3%	54,5%	51,5%
	Injetada	21,1%	11,9%	19,1%	18,4%	20,4%
Consumo Endovenoso	Longo da Vida	24,0%	15,7%	49,3%	37,7%	55,2%
	Nos Últimos 30 Dias	18,8%	11,2%	16,5%	17,0%	13,1%
Partilha Material Consumo	Longo da Vida					
	Qualquer Mat. Cons. Endovenoso	—	—	24,6%	22,6%	36,9%
	Mat. Consumo não Endovenoso	—	—	36,9%	44,5%	56,7%
	Nos Últimos 30 Dias					
Qualquer Mat. Cons. Endovenoso	—	—	2,3%	4,6%	3,0%	
Mat. Consumo não Endovenoso	—	—	10,8%	17,8%	12,1%	

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

b) A partir de 2010, houve alteração de critérios relativos à *substância principal*: casos anteriormente inscritos na categoria *Heroína e Cocaína* passaram a ser registados na categoria *Heroína*.

Fonte: Unidades Licenciadas / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.

No que respeita ao consumo endovenoso, as prevalências ao longo da vida variaram nestas populações entre 16% e 55% e as prevalências nos últimos 30 dias anteriores à consulta, internamento ou entrada em programa, entre 11% e 19%²⁸. Ao longo do ciclo estratégico iniciado em 2005, constata-se uma diminuição gradual desta

²⁵ Existem regimes de parceria entre o IDT, I.P. e várias entidades com o objetivo de facilitar o acesso a este tipo de programa e promover uma maior autonomia e reinserção social dos utentes. Em caso de hospitalização ou detenção dos utentes, as Equipas de Tratamento do IDT, I.P. articulam com essas instituições de forma a assegurar a continuidade na administração medicamentosa. No *Anexo - Parte B* - capítulo *Tratamento* deste Relatório consta informação mais detalhada, nomeadamente sobre o Programa Terapêutico com Metadona nas Farmácias.

²⁶ Ver nota 18.

²⁷ Estruturas de ambulatório da rede pública (em que se diferencia o total de utentes em tratamento no ano e o subgrupo dos utentes em primeiras consultas ou novos utentes), Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e Centros de Dia das redes pública e licenciada.

²⁸ No caso dos utentes em ambulatório na rede pública, é necessária cautela na leitura comparativa dos dados de 2010 e 2011 em relação aos anos anteriores, devido a alteração de critérios de análise, numa perspetiva de harmonização com a análise realizada no contexto das outras estruturas.

prática de consumo entre os utentes das diferentes estruturas consideradas (em 2005, as prevalências ao longo da vida variaram entre 37% - 67% e as prevalências nos últimos 30 dias entre 11% - 39%). No caso dos utentes em ambulatório, após essa diminuição, verifica-se uma estabilidade nos dois últimos anos²⁹, designadamente entre os novos utentes na rede pública de tratamento da toxicod dependência (em 2010 e 2011, cerca de 11% referiram utilizar a via endovenosa no último mês anterior à consulta)³⁰. No que respeita à partilha de material de consumo endovenoso, entre 23% e 37% destas populações que recorreram em 2011 às diferentes estruturas de tratamento da toxicod dependência já o fizeram pelo menos uma vez na vida, e, entre 2% e 5% nos últimos 30 dias anteriores ao internamento ou entrada em programa, constatando-se uma tendência para a diminuição destas percentagens nos últimos anos (em 2009³¹, estas percentagens eram respetivamente de 30% - 47 % e de 5% - 12%).

Estes utentes continuam a ser na sua maioria do género masculino (78% a 84%), com idades entre os 35-44 anos (34% a 48%) e 25-34 anos (21% a 28%), variando a idade média entre 37 e 41 anos consoante o tipo de estrutura.

Quadro 7 – Socio demografia dos Utes em Tratamento da Toxicod dependência, por Tipo de Estrutura
2011

Estrutura / Rede		Utes em Ambulatório na Rede Pública		Utes	Utes	Utes
		Total	1 ^{as} Consultas	Unidades Desab. (Públicas e Licenciadas)	Comunidades Terap. (Públicas e Licenciadas)	Centros Dia (Públicos e Licenciados)
Caract. Sociodemográfica ^{a)}						
Género	Masculino	81,7%	77,5%	84,1%	83,4%	82,4%
Grupo Etário	25-34 anos	20,8%	20,9%	22,1%	28,2%	22,1%
	35-44 anos	43,3%	34,0%	47,7%	36,2%	37,2%
	Idade Média	39	37	40	37	41
Nacionalidade	Portuguesa	93,9%	92,8%	95,6%	95,1%	95,0%
Estado Civil	Solteiro	56,5%	51,3%	46,1%	61,7%	53,3%
	Casado / União de Facto	29,2%	31,0%	31,4%	18,3%	25,6%
Situação Coabitación	Só c/ família de origem	50,0%	43,1%	38,2%	40,4%	20,8%
	Só c/ companheiro e filhos	13,5%	14,6%	14,2%	6,9%	5,1%
	Só c/ companheiro	10,9%	11,2%	12,4%	8,6%	14,6%
	Sozinho	12,0%	14,4%	17,8%	23,7%	35,1%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	60,6%	56,9%	43,4%	36,2%	38,2%
	3.º Ciclo	24,5%	23,4%	33,7%	35,1%	37,6%
Situação Profissional	Desempregado	45,5%	43,4%	59,9%	60,9%	60,6%
	Empregado	40,1%	34,5%	30,4%	23,1%	22,7%
	Estudante / F. Profissional	7,0%	12,0%	1,2%	9,1%	5,7%

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

Fonte: Unidades Licenciadas / Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.

²⁹ Ver nota 28.

³⁰ Apesar das percentagens relativas sobretudo aos últimos anos poderem ser superiores caso se considere apenas os utentes toxicod dependentes (ver nota 18), é indiscutível a tendência decrescente ao longo da última década desta prática de consumo entre as populações que têm recorrido às diferentes estruturas de tratamento da toxicod dependência, e particularmente nesta população de novos utentes na rede pública de tratamento da toxicod dependência.

³¹ Primeiro ano com informação disponível.

Continuam a ser predominantemente indivíduos de nacionalidade portuguesa (93% a 96%) e solteiros (46% a 62%). A maioria vive com familiares, predominando uma vez mais a coabitação só com a família de origem (21% a 50%) ou só com a família constituída (16% a 27%), exceto no caso dos utentes dos Centros de Dia, em que predomina a situação de viverem sós (35%). De um modo geral, continuam a ser populações com baixas habilitações literárias (36% a 61% não completaram o 3.º Ciclo do Ensino Básico) e situações laborais precárias (43% a 61% estavam desempregados).

2. Doenças Infecciosas³²

2.1. Notificações da Infeção VIH / SIDA

De acordo com os dados do INSA, I.P., a 31/12/2011 existiam 41 035 notificações de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em Portugal, nos vários estadios da infeção. Cerca de 39% do total acumulado de notificações de infeção pelo VIH eram casos associados à toxicodependência, constatando-se na última década uma diminuição proporcional destes casos.

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

01/01/1983 - 31/12/2011

Ano Diagnóstico	Casos					
	Casos de SIDA		Casos Sintomáticos Não-SIDA		Casos de PA	
	Total	Toxicodependentes	Total	Toxicodependentes	Total	Toxicodependentes
Total	16 880	7 679	4 160	1 366	19 995	7 098
2011 ^{a)}	303	53	131	11	552	31

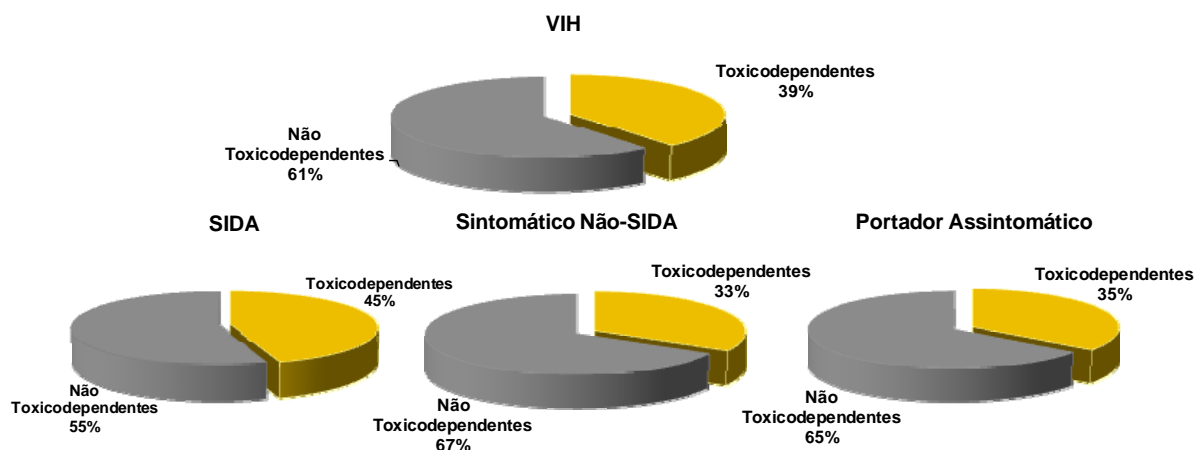
a) A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

A 31/12/2011, os casos associados à toxicodependência representavam 45%, 33% e 35% do total acumulado de notificações de casos de SIDA, de Sintomáticos Não-SIDA e de Portadores Assintomáticos, consolidando a tendência proporcional decrescente deste grupo a nível dos vários estadios da infeção.

Figura 23 - Notificações de Infeção pelo VIH Associados ou não à Toxicodependência, nos diferentes Estadios da Infeção (%)

01/01/1983 - 31/12/2011



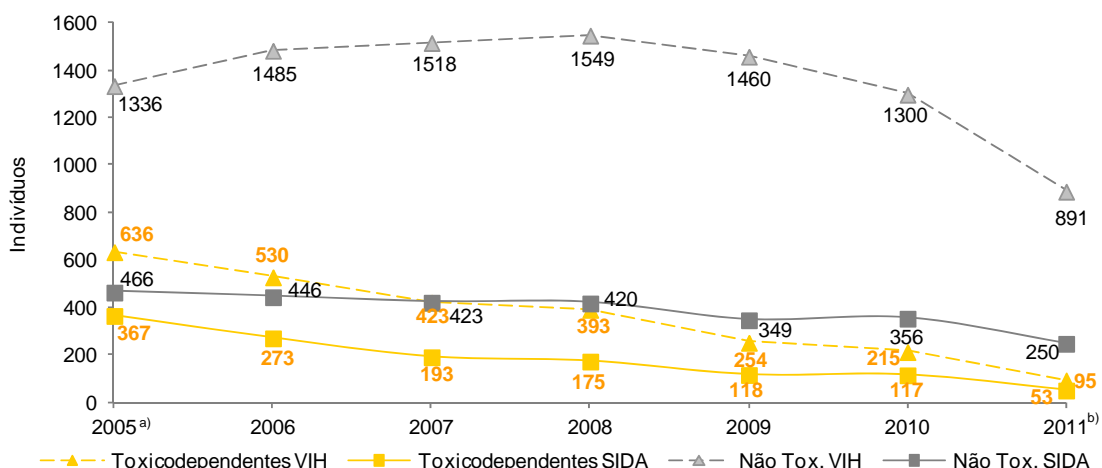
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Em relação às notificações de casos de VIH diagnosticados em 2011, a 31/12/2011, os casos associados à toxicodependência representavam 10% do total de casos diagnosticados nos vários estadios da infeção: respetivamente 17%, 8% e 6% dos casos de SIDA, de Sintomáticos Não-SIDA e de Portadores Assintomáticos.

³² Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 45 a pág. 56, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

Constata-se uma tendência decrescente nos últimos anos do peso de toxicodependentes, quer no total de casos diagnosticados com infeção VIH (10%, 14%, 15%, 20%, 22%, 26% e 32% dos casos diagnosticados em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005) quer nos diagnosticados com SIDA (17%, 25%, 25%, 29%, 31%, 38%, 44% e 40% dos casos diagnosticados em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005). Para além da tendência decrescente destas proporções, é de destacar a diminuição contínua ao longo dos últimos anos do número de novos casos diagnosticados com VIH associados à toxicodependência salvaguardadas as atualizações futuras dos dados (95 casos diagnosticados em 2011, 254 em 2009, 423 em 2007 e 636 em 2005).

Figura 24 - Notificações VIH/SIDA: Toxicodependentes e Não Toxicodependentes, por Ano de Diagnóstico

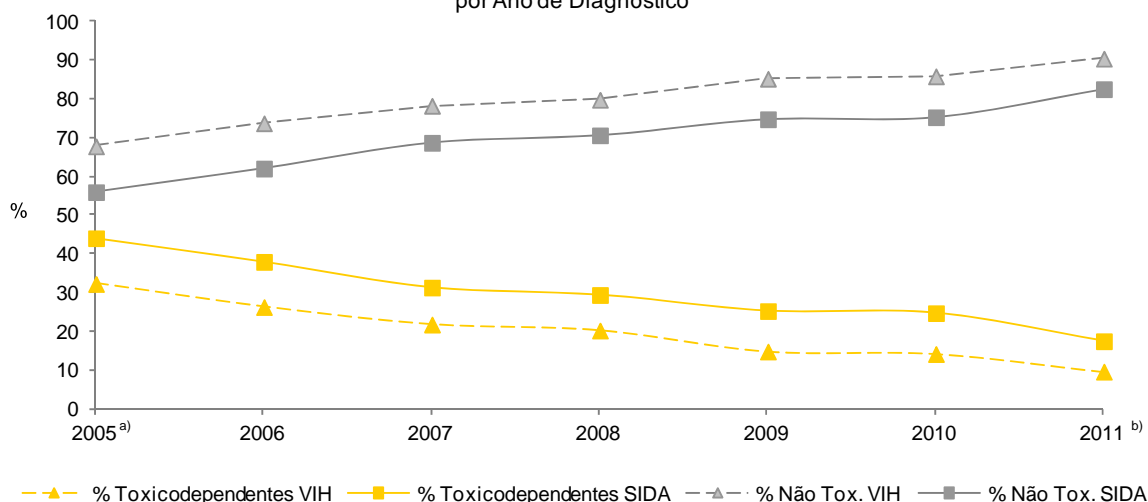


a) Em 2005, a infeção pelo VIH foi integrada na lista das doenças de declaração obrigatória.

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

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Figura 25 - Notificações VIH/SIDA: % Toxicodependentes e Não Toxicodependentes, por Ano de Diagnóstico



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

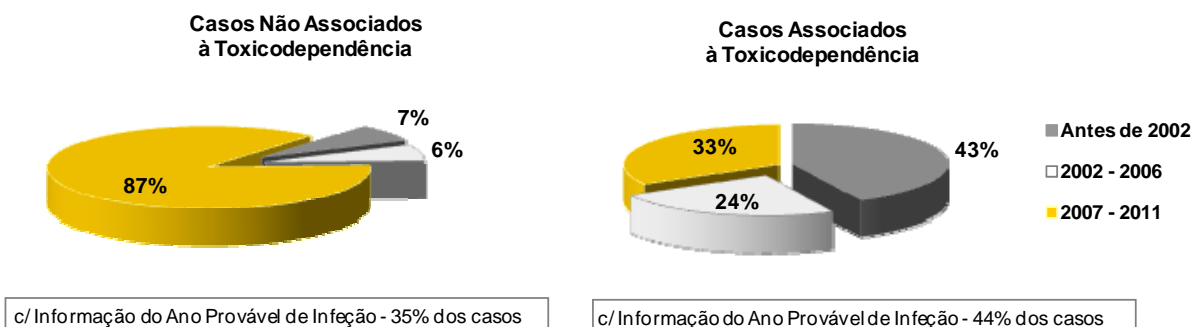
b) A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Por outro lado, continua a verificar-se nos novos casos diagnosticados com VIH um maior peso de infeções antigas na população toxicodependente do que na restante população. Com efeito, relativamente aos casos de

infecção pelo VIH associados à toxicod dependência diagnosticados em 2011 e para os quais se conhece o ano provável de infecção (44%), em cerca de 67% dos casos a data provável de infecção ocorreu há mais de 5 anos (24% entre 2002 e 2006 e 43% antes de 2002), enquanto que nos restantes casos não associados à toxicod dependência e com informação nesta matéria (35%), apenas em 13% dos casos a data provável de infecção ocorreu há mais de 5 anos (6% entre 2002 e 2006 e 7% antes de 2002).

Figura 26 - Casos de Infecção pelo VIH Diagnosticados em 2011, Associados ou não à Toxicod dependência, por Ano Provável de Infecção (%)



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2011 / Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.: DMFRI - NE

É de referir a melhoria da cobertura do rastreio da infecção pelo VIH junto da população toxicod dependente - nomeadamente com o aparecimento das políticas de redução de riscos e minimização de danos em 2001³³ e com a implementação do Programa KLOTHO³⁴ desde 2007 -, o que, conjugado com o atrás referido sobre a diminuição contínua ao longo dos últimos anos do número de novos casos diagnosticados com VIH associados à toxicod dependência, parece indiciar estarmos perante uma efetiva diminuição de infeções recentes na população toxicod dependente³⁵.

Quanto aos casos de SIDA associados à toxicod dependência notificados até 31/12/2011, as patologias predominantemente observadas à data do diagnóstico pertenciam ao grupo das infeções oportunistas (95%), com especial relevo para a tuberculose e pneumonia por *P. jirovecci* (respetivamente 57% e 11%, e, mais 6% com ambos os diagnósticos). Nos restantes casos não associados à toxicod dependência verificava-se um menor peso das infeções oportunistas entre as patologias observadas à data do diagnóstico (88%), nomeadamente da tuberculose (29%).

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

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

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

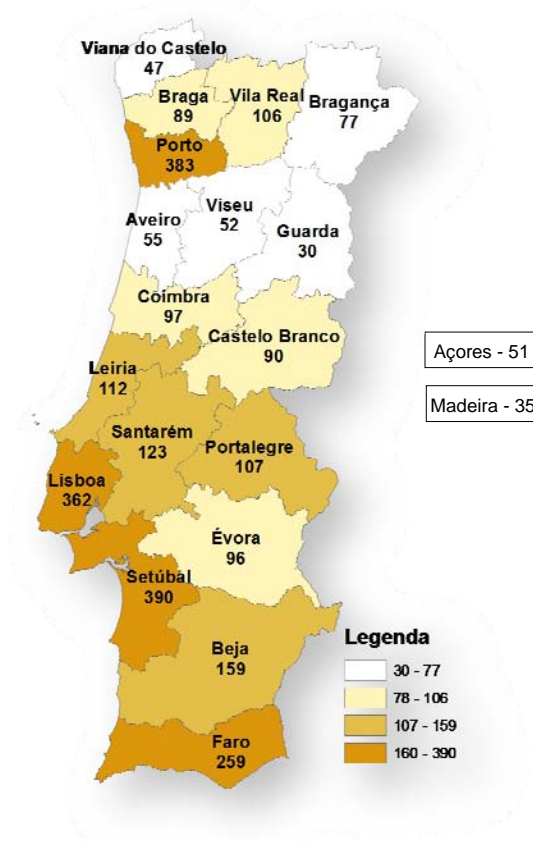
Entre os casos de SIDA, até 31/12/2011 tinham sido notificados 7856 óbitos³⁶, 51% dos quais eram casos associados à toxicodependência e 49% casos não associados à toxicodependência. A mortalidade observada nos casos de SIDA associados à toxicodependência era de 52% (sobrevida 48%) e nos casos não associados à toxicodependência de 42% (sobrevida 58%). Em 2011 foram notificadas 135 mortes ocorridas no ano entre os casos com SIDA, 60 (44%) das quais eram casos de SIDA associados à toxicodependência.

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

Figura 27 - Notificações de Casos de Infeção pelo VIH Associados à Toxicodependência, por Zona Geográfica de Residência

01/01/1983 - 31/12/2011

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



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

A maioria dos casos de infeção pelo VIH associados à toxicodependência notificados até 31/12/2011 pertenciam ao género masculino (83%) e tinham idades compreendidas entre os 25-39 anos (71%).

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

2.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência³⁷

No que respeita à evolução da situação relativa a doenças infecciosas entre os utentes que recorreram entre 2005 e 2011 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência³⁸, uma vez que os valores registados entre os utentes dos Centros de Dia ao longo deste período foram sempre superiores aos verificados nas restantes estruturas e com grandes oscilações anuais³⁹, e ainda por cima os registados em 2011 são valores atípicos no caso de algumas das doenças infecciosas, justifica-se a sua leitura em separado.

Em 2011, as percentagens de positividade para o VIH (prevalências)⁴⁰ entre os utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência (exceto Centros de Dia) variaram entre 2% e 10%, verificando-se no período 2005-2011 uma tendência para o decréscimo destas percentagens a nível dos vários grupos de utentes⁴¹ e uma maior homogeneidade destas percentagens, sobretudo nos últimos três anos⁴². Em 2011, uma vez mais os novos utentes da rede pública registaram o valor mais baixo (2%) tendo sido idênticos os valores para os utentes das restantes estruturas (10%). No caso dos utentes dos Centros de Dia, a percentagem de positividade de 34% registada em 2011 é a mais alta do período em análise, não sendo possível estabelecer tendências devido às grandes oscilações anuais.

Quadro 9 - Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura
% Positividade 2011

Doenças Infecciosas Estrutura / Rede	VIH	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose
	VIH+	AgHBs+	VHC+	
Ambulatório/Rede Pública				
Utentes Tratamento no Ano	10%	3%	37%	1%
Utentes Primeiras Consultas	2%	1%	20%	1%
Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)	10%	2%	47%	0,3%
Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)	10%	3%	33%	1%
Centros de Dia (Públicos e Licenciados)	34%	4%	65%	4%

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

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

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

³⁹ Muito provavelmente por (1) serem populações mais fragilizadas comparativamente aos utentes das outras estruturas e (2) existirem importantes oscilações anuais na cobertura dos rastreios (em 2011, por exemplo, o aumento das percentagens de positividade para algumas doenças infecciosas coincide com uma grande diminuição da cobertura dos respetivos rastreios).

⁴⁰ A base percentual inclui todos os casos com informação sobre os resultados dos rastreios, incluindo os realizados em anos anteriores. É de referir que a nível dos utentes em ambulatório, as taxas de cobertura dos rastreios a seguir apresentadas foram calculadas sobre o total dos utentes em questão, apesar de alguns não serem considerados elegíveis para efetuar esses rastreios. Em 2011, havia informação sobre os resultados dos rastreios do VIH para 52% dos utentes em tratamento no ano, 54% dos utentes em primeiras consultas, 86% dos utentes das Unidades de Desabilitação (93% - UD públicas e 48% - UD licenciadas), 77% dos utentes das Comunidades Terapêuticas (89% - CT públicas e 77% - CT licenciadas) e 65% dos utentes dos Centros de Dia (78% - CD públicos e 61% - CD licenciados).

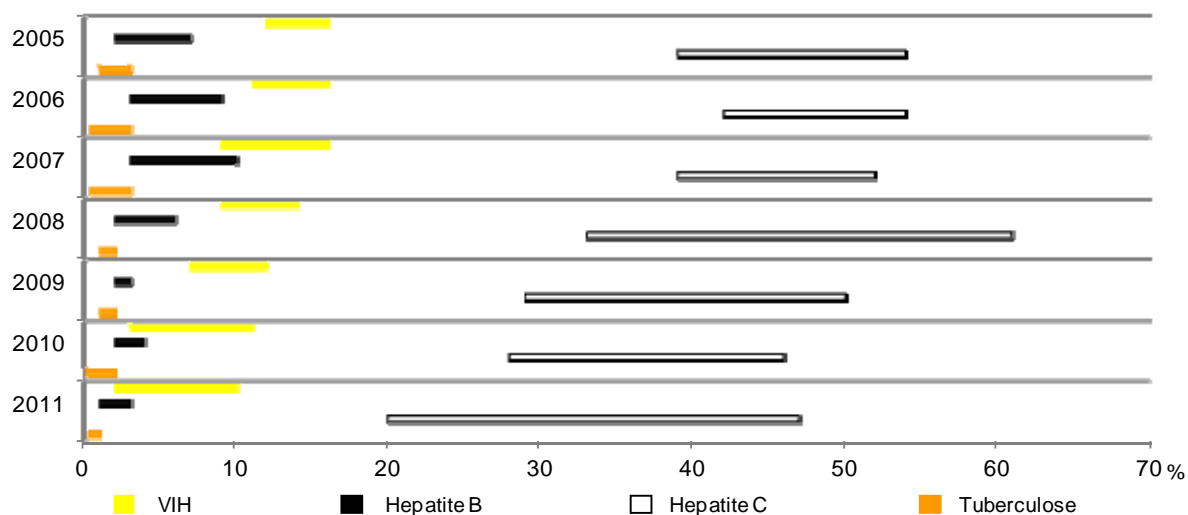
⁴¹ Apesar das percentagens relativas sobretudo aos últimos anos poderem ser superiores caso se considere apenas os utentes toxicodependentes (ver nota 37), é indiscutível a tendência decrescente da prevalência de VIH ao longo da última década entre as populações que têm recorrido às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência.

⁴² Esta maior homogeneidade, está muito provavelmente relacionado com o investimento feito nos últimos anos na harmonização dos instrumentos de recolha de dados nestas estruturas.

É de referir que no âmbito do Programa KLOTHO e metodologia ADR⁴³, os resultados dos testes rápidos efetuados aos novos utentes e utentes em seguimento no ambulatório da rede pública de tratamento da toxicodependência, evidenciaram taxas de incidência do VIH⁴⁴ respetivamente de 0,7% e 0,8% em 2011, valores que têm vindo a diminuir nos últimos anos (1% e 0,6% em 2010, 1,5% e 0,8% em 2009, 1,5% e 1,1% em 2008 e 2,5% e 2,4% em 2007).

As percentagens de toxicodependentes seropositivos que se encontravam com terapêutica antirretrovírica em 2011, variaram entre 30% e 63% nestas populações (exceto Centros de Dia), correspondendo a percentagem mínima ao grupo de utentes das Unidades de Desabilitação e a máxima uma vez mais ao grupo de utentes das Comunidades Terapêuticas. Entre 2005 e 2011 constata-se importantes flutuações anuais destas percentagens, sendo por isso ainda difícil estabelecer tendências neste contexto. Importa no entanto mencionar que, os valores registados nos últimos dois anos entre os utentes em ambulatório na rede pública (52% em 2010 e 51% em 2011), foram os mais elevados do período em análise. A nível dos Centros de Dia, uma vez mais registaram em 2011 percentagens de seropositivos com terapêutica antirretrovírica superiores às das restantes estruturas (76%).

Figura 28 - Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência
Intervalos das Percentagens de Positividade nos vários Tipos de Estruturas*, segundo o Ano



*Dados dos Centros de Dia não incluídos.

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

Nestas populações toxicodependentes (exceto Centros de Dia), as percentagens de positividade para a Hepatite B (prevalências AgHBs+)⁴⁵ variaram em 2011 entre 1% e 3%, verificando-se nos últimos anos uma

⁴³ Tal como referido em nota anterior, em 2007 e 2008 foi desenvolvido em colaboração com a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida, um Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infecção VIH/Sida direcionado a Utilizadores de Drogas - Programa KLOTHO. Nos anos seguintes, as Equipas de Tratamento do IDT, I.P. continuaram a aplicar a metodologia ADR – *Aconselhamento, Detecção e Referenciação* –, cuja informação mais detalhada consta na *Parte B* - capítulo *Tratamento* deste Relatório.

⁴⁴ Nem todos os casos VIH reativos tiveram confirmação do resultado.

⁴⁵ A base percentual inclui todos os casos com informação sobre os resultados dos rastreios, incluindo os realizados em anos anteriores. Em 2011, havia informação sobre os resultados dos rastreios da Hepatite B (AgHBs+) para 35% dos utentes em tratamento no ano, 15% dos utentes em primeiras consultas, 88% dos utentes das Unidades de Desabilitação (95% - UD públicas e 50% - UD licenciadas), 76% dos utentes das Comunidades Terapêuticas (81% - CT públicas e 76% - CT licenciadas) e 56% dos utentes dos Centros de Dia (72% - CD públicos e 52% - CD licenciados).

maior homogeneidade destas percentagens⁴⁶. No caso dos Centros de Dia, também em 2011 se registou um valor superior aos das restantes estruturas (4%).

No caso da Hepatite C (prevalências VHC+)⁴⁷ as percentagens de positividade (exceto Centros de Dia) variaram entre 20% e 47%, reforçando a tendência de decréscimo verificada nos últimos sete anos. A nível dos Centros de Dia, em 2011 não só se registou uma vez mais um valor superior aos das restantes estruturas (65%), como também foi o valor mais elevado do período em análise.

Em 2011, as percentagens de positividade para a Tuberculose (prevalências)⁴⁸ nestas populações (exceto Centros de Dia) foram inferiores ou iguais a 1%, continuando a enquadrar-se no padrão dos últimos anos. Em relação aos utentes que recorreram aos Centros de Dia, registou-se também em 2011 um valor superior às das restantes estruturas (4%), representando o valor mais elevado entre 2005-2011.

Por último, e enquanto uma das medidas emblemáticas do ciclo de ação 2005-2012, é de destacar a melhoria da cobertura e do registo do rastreio destas doenças infecciosas – e em particular do VIH - junto desta população toxicodependentes, sendo indispensável continuar a promover esta cultura de registo com vista à monitorização e avaliação das intervenções, e continuar a reforçar a cobertura do rastreio com vista a potenciar os ganhos em saúde entretanto obtidos.

⁴⁶ Ver nota 42.

⁴⁷ A base percentual inclui todos os casos com informação sobre os resultados dos rastreios, incluindo os realizados em anos anteriores. Em 2011, havia informação sobre os resultados dos rastreios da Hepatite C (VHC+) para 37% dos utentes em tratamento no ano, 15% dos utentes em primeiras consultas, 90% dos utentes das Unidades de Desabituação (95% - UD públicas e 58% - UD licenciadas), 77% dos utentes das Comunidades Terapêuticas (92% - CT públicas e 76% - CT licenciadas) e 60% dos utentes dos Centros de Dia (75% - CD públicos e 56% - CD licenciados).

⁴⁸ A base percentual inclui todos os casos com informação sobre os resultados dos rastreios, incluindo os realizados em anos anteriores. Em 2011, havia informação sobre os resultados dos rastreios da Tuberculose para 4% dos utentes em tratamento no ano, 6% dos utentes em primeiras consultas, 90% dos utentes das Unidades de Desabituação (98% - UD públicas e 42% - UD licenciadas), 75% dos utentes das Comunidades Terapêuticas (96% - CT públicas e 75% - CT licenciadas) e 32% dos utentes dos Centros de Dia (86% - CD públicos e 18% - CD licenciados).

3. Mortes⁴⁹

Antes de mais, importa fazer uma breve referência metodológica relativamente aos dados utilizados no âmbito deste indicador e no contexto deste Relatório. Até 2007, face às limitações das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados apresentados respeitavam aos resultados toxicológicos (substâncias ilícitas) positivos *post-mortem* efetuados no INML, I.P., os quais, por ausência de informação sobre a causa de morte não permitiam avaliar com rigor o número de *overdoses*, mas tinham a vantagem da riqueza e qualidade da informação toxicológica e grande potencialidade em termos de análise de tendências⁵⁰. Na sequência de uma das recomendações estratégicas para o ciclo 2009-2012⁵¹, assim como da implementação na última década de vários procedimentos com vista à melhoria da qualidade estatísticas nacionais da mortalidade⁵², a partir de 2008 começaram a ser apresentados os dados das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., e deu-se início aos trabalhos de otimização da informação proveniente do INML, I.P., sendo pela primeira vez possível apresentar informação proveniente do INML, I.P. sobre os casos de *overdose*, a qual contribuirá para a melhoria das estatísticas nacionais de mortalidade nesta área⁵³, e permitirá desde já ultrapassar alguns constrangimentos relacionados com o segredo estatístico⁵⁴ na disponibilização de informação toxicológica e sociodemográfica a nível das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P..

No que respeita às mortes relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., após o aumento contínuo registado entre 2006 e 2009 que inverteu a tendência de decréscimo nos anos anteriores, verificam-se novamente descidas em 2010 e 2011 no número destas mortes, para ambos os critérios considerados - Lista Sucinta Europeia e Protocolo do OEDT.

Segundo o critério da Lista Sucinta Europeia, em 2011 ocorreram 6 mortes causadas por dependência de drogas, representando o valor mais baixo registado desde 2006 e um decréscimo de -71% em relação a 2010. De acordo com o critério do OEDT, em 2011 registaram-se 10 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas, representando também o valor mais baixo desde 2006 e um decréscimo de -62% em relação a 2010.

⁴⁹ Ver o volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, pág. 57 a pág. 62, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

⁵⁰ Portugal possui dados sobre os resultados toxicológicos *post-mortem* efetuados no INML, I.P. há mais de 25 anos.

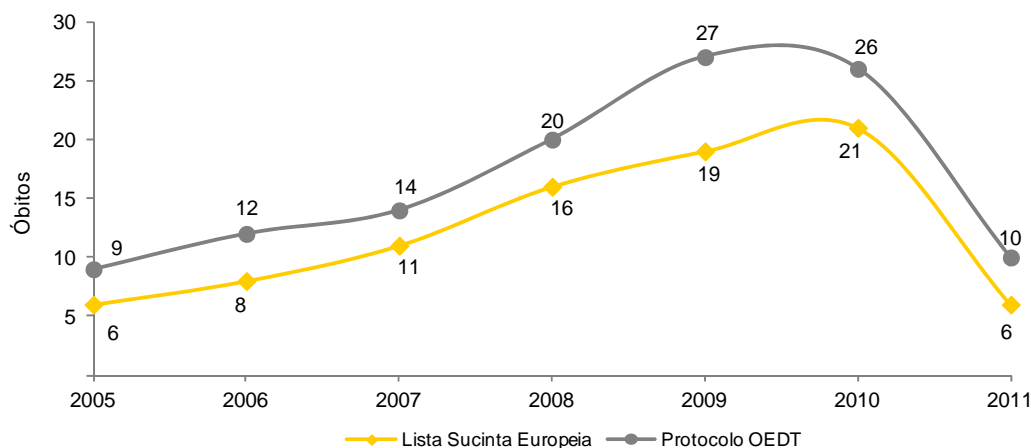
⁵¹ Recomendação feita pela Comissão Técnica do Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência no âmbito dos trabalhos da Avaliação Interna do Plano de Acção - Horizonte 2008.

⁵² Entre outros, a introdução de um novo certificado médico de óbito com novos circuitos de transmissão dos dados e a transição para a CID 10 (em 2002), e mais recentemente, as medidas com vista à implementação do certificado médico *on-line*.

⁵³ Prevê-se numa segunda fase destes trabalhos, otimizar os fluxos de informação entre o INML, I.P. e a DGS.

⁵⁴ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio.

Figura 29 - Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas*



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

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

Em 2011, não existe informação⁵⁵ mais específica sobre a causa de morte. No entanto, em 2009 - último ano com esta informação disponível – a causa de morte predominante (89% no caso do critério da Lista Sucinta Europeia e 63% no do OEDT) foi *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (código F19.2 CID10), causa que inclui os policonsumos. Pelas mesmas razões, também não é possível disponibilizar a informação por género (em 2010 a totalidade dos casos eram homens, e em 2009 o género masculino apresentou percentagens acima dos 84% para ambos os critérios considerados), e quanto à idade a única informação disponível é para o grupo etário acima dos 49 anos (com 50% do total de casos segundo o critério da Lista Sucinta Europeia e 40% segundo o do OEDT).

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

Em 2011, apesar do número de autópsias efetuadas no INML, I.P. (7673) ter aumentado em relação a 2010 (+16%), o número de pedidos de exames toxicológicos (substâncias ilícitas) *post-mortem* (3089), diminuiu ligeiramente (-3%), representando no entanto o segundo valor mais elevado da década, e um acréscimo de 42% em relação a 2005. O número de casos com resultados toxicológicos positivos (216) diminuiu (-27%) em relação a 2010, diminuindo a percentagem de positividade no conjunto dos exames efetuados (7%, 9%, 9%, 11%, 12%, 9% e 10%, respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005).

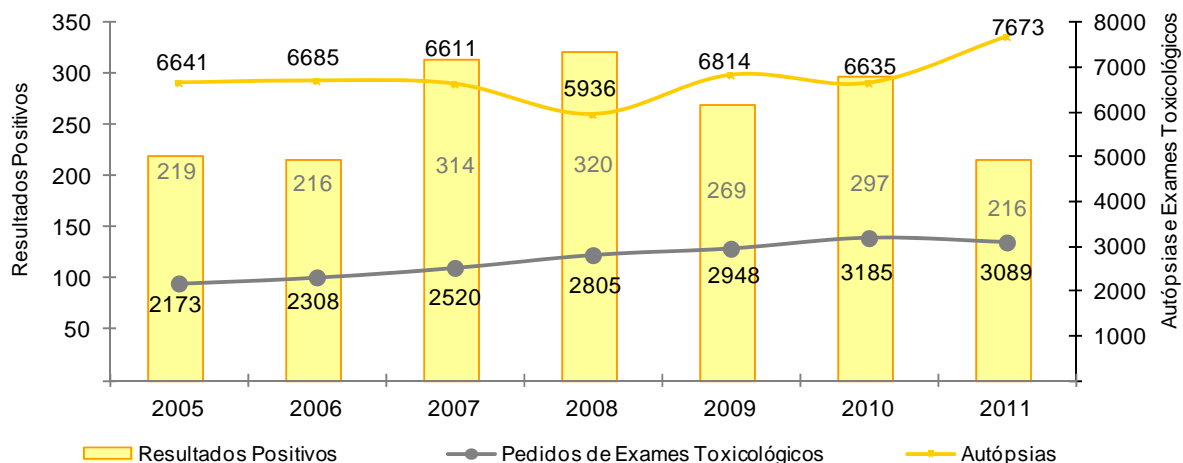
Como já referido, só em 2009 foi possível obter informação sobre as causas de morte destes casos com resultados toxicológicos positivos (relativa aos anos de 2008 e 2009), e assim, distinguir entre estes, os casos de *overdose*. Uma vez que se tratam de óbitos que exigem investigação médico-legal e se verificam ainda dificuldades na celeridade da recolha dessa informação⁵⁶, optou-se pela atualização posterior (a dois anos) dos

⁵⁵ Por razões de “segredo estatístico” (Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio), existem alguns constrangimentos na disponibilização da informação desagregada relativa às causas de morte e socio demografia destes óbitos

⁵⁶ Seja pelo atraso na conclusão do relatório final, seja por dificuldades de acesso a este.

dados de determinado ano, de forma a otimizar a proporção de casos com resultados toxicológicos positivos e com informação sobre a causa de morte. Assim, os dados relativos a 2011 serão alvo de atualizações no próximo ano, o que limita a análise comparativa com o ano anterior.

Figura 30 - Autópsias, Exames Toxicológicos e Resultados Positivos *post - mortem*, segundo o Ano

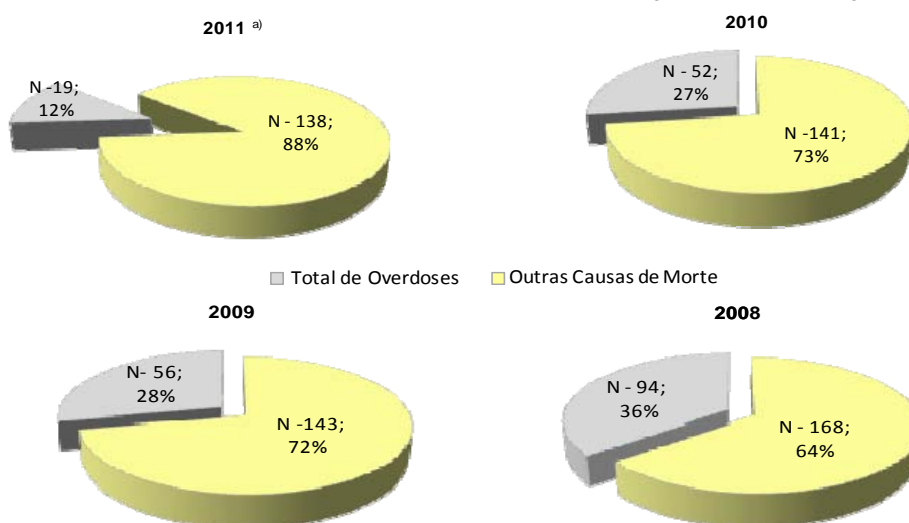


Data da recolha de informação: julho de 2012.

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

Em 2011, dos 157 óbitos com informação sobre a causa de morte (73% dos casos com resultados toxicológicos positivos)⁵⁷, cerca de 12% foram considerados *overdoses*. Apesar das limitações comparativas referidas, pode-se afirmar que há uma diminuição no número de *overdoses* entre 2010 e 2011, considerando os valores registados nos dois anos sobre a proporção de *overdoses* no conjunto de óbitos com causa de morte conhecida (12% em 2011 e 27% em 2010) e a percentagem de óbitos com informação de causa de morte (73% em 2011 e 65% em 2010). É também de assinalar a diminuição da proporção de *overdoses* relativamente a 2009 (28%) e a 2008 (36%).

Figura 31 – Causas de Morte* dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano



* Casos com informação sobre a causa de morte à data da recolha de informação (julho de 2012).

a) Os dados de 2011 sofrerão atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

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

⁵⁷ Em 2010, 2009 e 2008 estas percentagens foram respetivamente de 65%, 74% e de 82%.

Em relação às substâncias detetadas nestas *overdoses*, contrariamente ao sucedido nos anos anteriores em que sempre predominaram os opiáceos⁵⁸, em 2011 predominou a metadona, presente em 53% dos casos (15% em 2010, 4% em 2009 e 9% em 2008). Seguiu-se-lhe os opiáceos, presentes em 42% dos casos (73%, 88% e 82%, respetivamente em 2010, 2009 e 2008), e a cocaína, detetada em 26% dos casos (50%, 43% e 54%, respetivamente em 2010, 2009 e 2008).

Quadro 10 – Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Substância
2008 – 2011

Substância	2008	%	2009	%	2010	%	2011 ^{a)}	%
Total	94	100,0	56	100,0	52	100,0	19	100,0
Opiáceos^{b)}	77	81,9	49	87,5	38	73,1	8	42,1
Só	4	4,3	5	8,9	4	7,7	1	5,3
Associados apenas com álcool	18	19,1	16	28,6	7	13,5	2	10,5
Com outras substâncias	55	58,5	28	50,0	27	51,9	5	26,3
Cocaína	51	54,3	24	42,9	26	50,0	5	26,3
Só	8	8,5	4	7,1	3	5,8	2	10,5
Associada apenas com álcool	1	1,1	..	..	2	3,8	..	..
Associada apenas com opiáceos ^{b)}	9	9,6	6	10,7	5	9,6	1	5,3
Com outras substâncias não opiáceas	6	6,4	2	3,6	3	5,8	..	..
Com opiáceos ^{b)} e outras substâncias	27	28,7	12	21,4	13	25,0	2	10,5
Metadona	8	8,5	2	3,6	8	15,4	10	52,6
Só	..	..	..	..	..	..	1	5,3
Associada apenas com álcool	..	..	..	..	..	..	1	5,3
Associada apenas com opiáceos ^{b)}	..	..	..	..	..	..	..	..
Com outras substâncias não opiáceas	3	3,2	1	1,8	8	15,4	7	36,8
Com opiáceos ^{b)} e outras substâncias	5	5,3	1	1,8	..	..	1	5,3
Anfetaminas	1	1,1	..	..	..	..	1	5,3
Com outras substâncias não opiáceas	1	1,1	..	..	..	..	1	5,3
Cannabis	..	..	..	..	..	..	3	15,8
Com outras substâncias não opiáceas	..	..	..	..	..	..	3	15,8
Drogas Sintéticas	..	..	..	..	..	..	1	5,3
Com outras substâncias não opiáceas	..	..	..	..	..	..	1	5,3

Data da recolha de informação: julho de 2012.

a) Os dados de 2011 sofrerão atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

b) Inclui heroína, morfina e codeína.

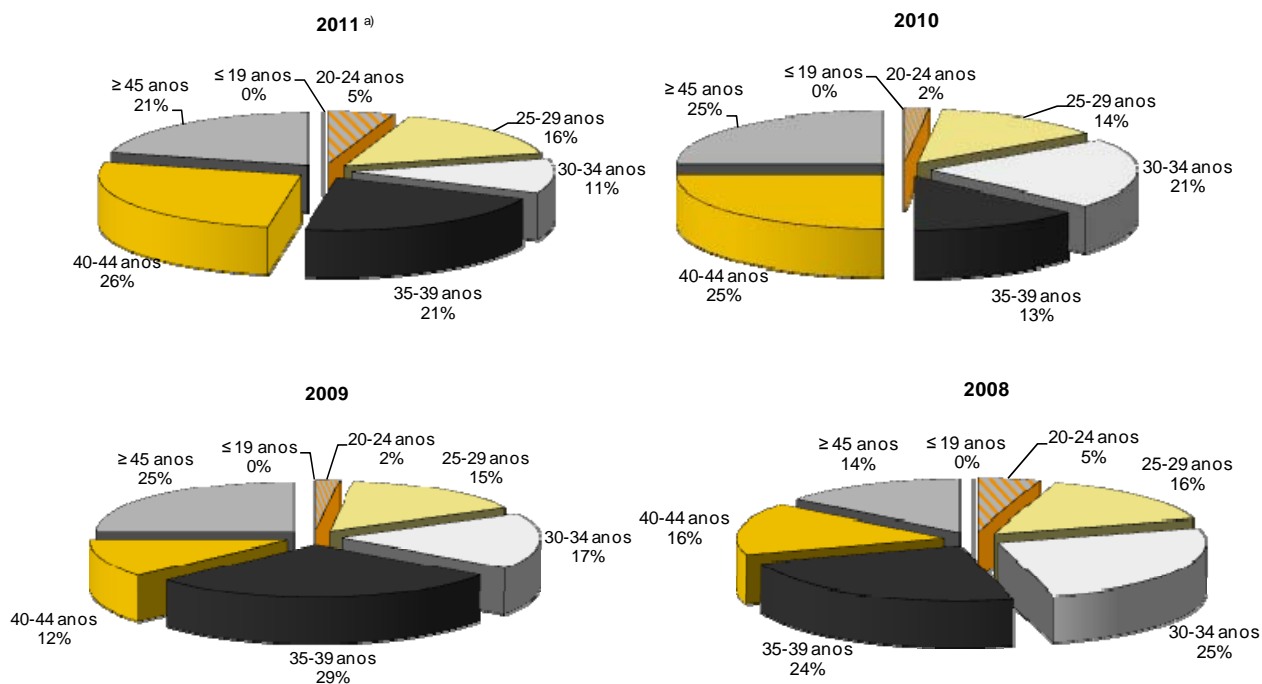
Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P. / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Tal como ocorrido nos anos anteriores, na maioria (79%) destas *overdoses* foram detetadas mais do que uma substância (87% em 2010, 84% em 2009 e 87% em 2008), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Neste contexto, são de destacar em 2011 as *overdoses* com a presença simultânea de metadona e outras substâncias não opiáceas (37% do total de *overdoses*), com especial relevo para as benzodiazepinas (32%). Importa referir também, em combinação com as substâncias ilícitas, os casos de *overdose* com a presença de álcool (37%, 44%, 57% e 47% das *overdoses* de 2011, 2010, 2009 e 2008), bem como com a presença de benzodiazepinas (42%, 35%, 38% e 39% das *overdoses* de 2011, 2010, 2009 e 2008).

Em 2011, a maioria (84%) dos casos de *overdose* pertenciam ao género masculino (88% em 2010, 89% em 2009 e 92% em 2008). Cerca de 47% tinham idades iguais ou superiores aos 40 anos (26% entre os 40-44 anos e 21% com idades superiores aos 44 anos) e 47% entre os 25-39 anos, sendo a idade média os 38 anos (39 anos em 2010, 38 anos em 2009 e 36 anos em 2008).

⁵⁸ Inclui heroína, morfina e codeína.

Figura 32 – Mortes por *Overdose*, segundo o Ano, por Grupo Etário



Data da recolha de informação: julho de 2012.

a) Os dados de 2011 sofrerão atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

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

4. Contraordenações⁵⁹

4.1. Processos e Decisões

No âmbito das contraordenações por consumo de drogas⁶⁰, nas 18 Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência com sede em cada capital de distrito de Portugal Continental, foram instaurados 6898 processos⁶¹ relativos às ocorrências de 2011, representando um ligeiro decréscimo (-6%) em relação a 2010. É de referir no entanto, que os valores mais elevados da década registaram-se em 2009 e 2010.

Quadro 11 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito

2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005

Distrito	2011	%	Δ 10-11	Δ 08-11	Δ 05-11
Total	6 898	100,0	-5,7	5,4	10,2
Aveiro	497	7,2	-2,7	-17,0	16,7
Beja	158	2,3	-8,7	-19,4	-42,1
Braga	606	8,8	-12,3	1,2	35,6
Bragança	86	1,2	56,4	91,1	100,0
Castelo Branco	63	0,9	-10,0	10,5	-31,5
Coimbra	230	3,3	-19,6	25,7	14,4
Évora	81	1,2	-10,0	-32,5	-12,0
Faro	497	7,2	-11,4	-3,1	15,3
Guarda	66	1,0	-32,0	100,0	1,5
Leiria	239	3,5	28,5	97,5	67,1
Lisboa	1 120	16,2	-18,1	-13,4	-30,2
Portalegre	91	1,3	15,2	-9,9	46,8
Porto	1 945	28,2	8,0	32,6	44,5
Santarém	249	3,6	79,1	139,4	55,6
Setúbal	558	8,1	-12,3	-9,6	83,0
Viana do Castelo	149	2,2	-33,8	-14,9	-3,2
Vila Real	87	1,3	-31,0	-29,3	-35,1
Viseu	176	2,6	-20,4	-10,2	-37,4

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: GAD / DMFRI - NE

Tal como no ano anterior, os distritos do Porto e de Lisboa, seguidos de Braga, Setúbal, Faro e Aveiro, registaram o maior número de processos, destacando-se os distritos de Faro, Beja, Porto e Portalegre, com as taxas mais altas destas ocorrências por habitantes dos 15-64 anos. Relativamente a 2010, os acréscimos mais elevados em valores absolutos registaram-se nos distritos do Porto e Santarém, e em valores percentuais nos distritos de Santarém e Bragança, e, o maior decréscimo em valores absolutos verificou-se no distrito de Lisboa e em valores percentuais nos distritos de Viana do Castelo, Guarda e Vila Real.

Cerca de 46% das ocorrências de 2011 foram remetidas às CDT pela PSP, 37% pela GNR e 17% pelos Tribunais. Em relação ao ano anterior registou-se uma diminuição de ocorrências remetidas pela PSP (-9%) e pela GNR (-4%) e um aumento das enviadas pelos Tribunais (+6%). É de referir que nos três últimos anos

⁵⁹ Ver o volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, pág. 63 a pág. 85, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

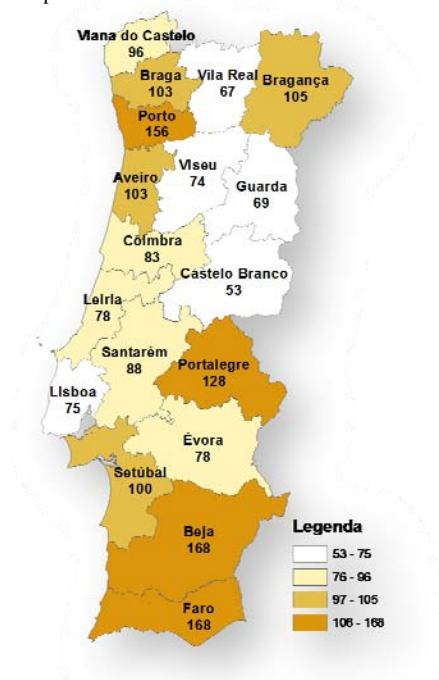
⁶⁰ Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril e pela Portaria n.º 604/2001, de 12 de Junho.

⁶¹ Cada processo corresponde a uma ocorrência e a um indivíduo. A informação foi recolhida a 31 de Março de 2012.

registaram-se os valores mais elevados de sempre de ocorrências remetidas quer pela GNR quer pela PSP, e em contrapartida, os valores mais baixos de ocorrências remetidas pelos Tribunais⁶².

Figura 33 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito

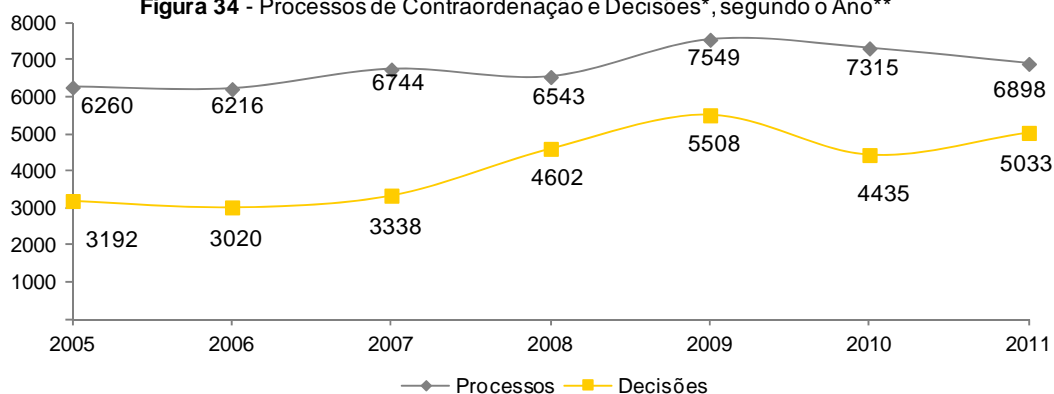
2011
Taxas por 100 000 habitantes na faixa etária 15-64 anos



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: GAD / DMFRI - NE

À data da recolha de informação cerca de 73% dos processos relativos às ocorrências de 2011 tinham decisão proferida (40% estavam suspensos e 33% arquivados), constatando-se um aumento da capacidade decisória em relação ao ano anterior.

Figura 34 - Processos de Contraordenação e Decisões*, segundo o Ano**



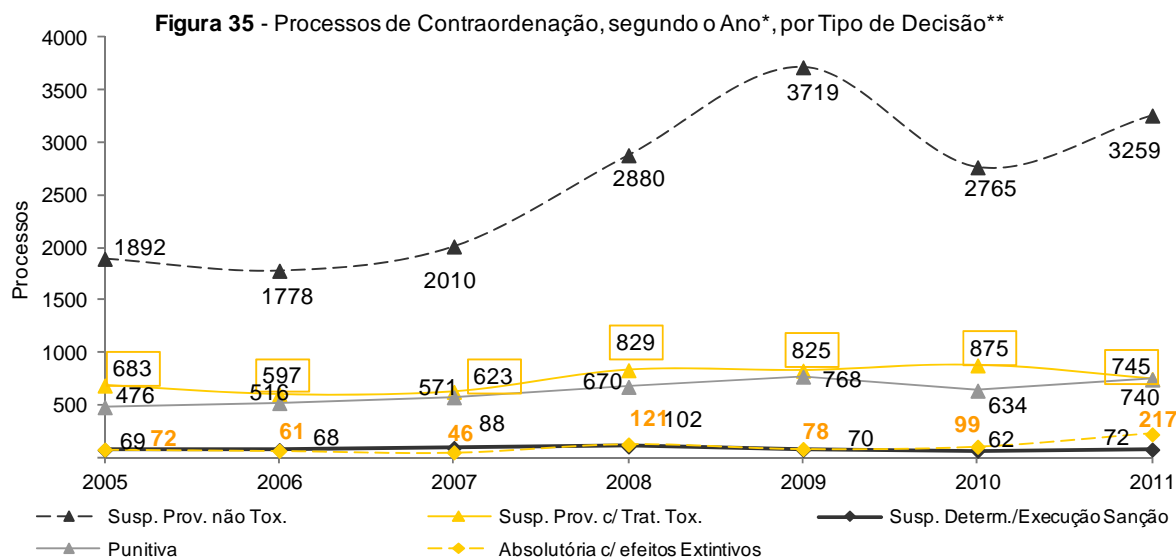
* Na leitura dos dados relativos às decisões proferidas deve ser tomada em consideração que algumas CDT estiveram, em determinados períodos, a funcionar sem *quórum*, o que condicionou a capacidade decisória na aplicação da Lei n.º 30/2000 e as consequentes diligências processuais: desde 2003 as CDT de Viseu e da Guarda; desde o último trimestre de 2004 as CDT de Faro e Bragança; desde 2005 a CDT de Lisboa; desde finais de junho de 2007 a CDT de Coimbra, e, desde junho de 2008 a CDT de Vila Real. A reposição de *quórum* nestas CDT foi concretizada durante o primeiro semestre do ano de 2008, com exceção da CDT de Vila Real cuja reposição ocorreu em fevereiro de 2009. Em 2010, as CDT do Porto e Faro ficaram sem *quórum* a partir de setembro, tendo sido repostas em agosto e novembro de 2011, respetivamente. Por outro lado, continuam a persistir lacunas nas equipas técnicas de algumas CDT, relacionadas com o número insuficiente de profissionais.

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

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: GAD / DMFRI - NE

⁶² Esta situação poderá estar relacionada com o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de Agosto, que fixou jurisprudência sobre as situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias, no sentido de manter 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". Ver capítulo *Decisões Judiciais* deste Relatório.

Das 5033 decisões proferidas⁶³ sobre estas ocorrências, cerca de 81% foram suspensivas, 15% punitivas e 4% absolutórias. Uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (65%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (15%). Em 2011, o peso das sanções punitivas foi semelhante ao verificado no ano anterior (15%), continuando a predominar as sanções não pecuniárias (12%), particularmente as relacionadas com a apresentação periódica em local designado pela CDT.



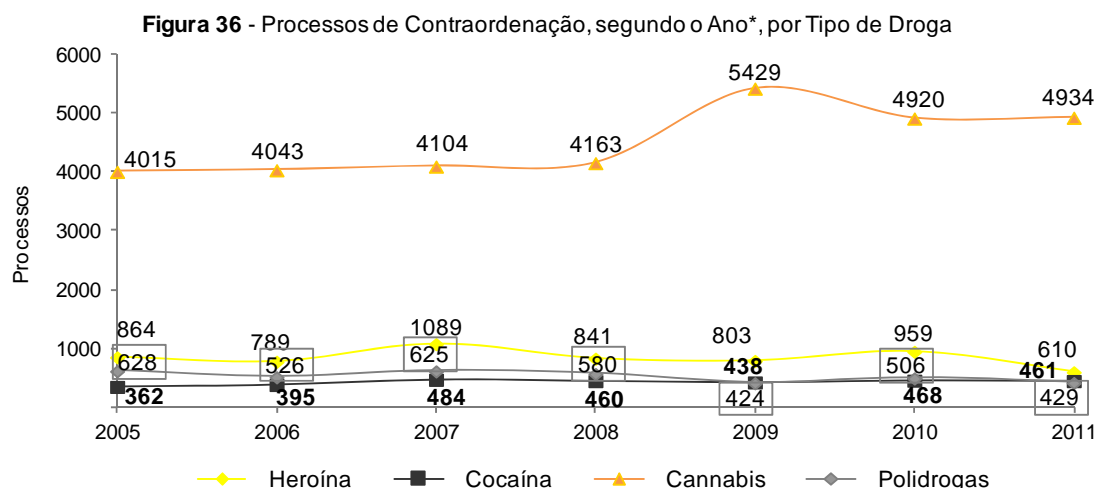
* Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. Informação recolhida a 31 de Março do ano seguinte ao da ocorrência do facto punível como contraordenação.

** Na leitura dos dados relativos às decisões proferidas deve ser tomada em consideração 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: desde 2003 as CDT de Viseu e da Guarda; desde o último trimestre de 2004 as CDT de Faro e Bragança; desde 2005 a CDT de Lisboa; desde finais de junho de 2007 a CDT de Coimbra, e, desde junho de 2008 a CDT de Vila Real. A reposição de *quórum* nestas CDT foi concretizada durante o primeiro semestre do ano de 2008, com exceção da CDT de Vila Real cuja reposição ocorreu em fevereiro de 2009. Em 2010, as CDT do Porto e Faro ficaram sem *quórum* a partir de setembro, tendo sido repostos em agosto e novembro de 2011, respetivamente. Por outro lado, continuam a persistir lacunas nas equipas técnicas de algumas CDT, relacionadas com o número insuficiente de profissionais.

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: GAD / DMFRI - NE

Cerca de 93% das ocorrências de 2011 envolveram apenas uma droga: 76% só cannabis, 9% apenas heroína e 7% só cocaína. O predomínio de ocorrências relacionadas só com cannabis verificou-se em todas as CDT. Nos processos relacionados com a posse de várias drogas (7%), uma vez mais se destacou a posse de heroína com cocaína, e tal como já sucedido nos últimos sete anos, a associação de cocaína com cannabis foi preponderante à de heroína com cannabis. Comparativamente a 2010, apenas os processos relacionados só com ecstasy registaram um aumento (+167%), apesar de o número ser ainda residual. Os números de processos envolvendo só cannabis e só cocaína mantiveram-se estáveis, e registaram-se diminuições no número dos relacionados só com heroína (-36%) e com várias drogas (-15%).

⁶³ A informação sobre as diligências e encaminhamentos realizados para as respostas preventivas, de tratamento ou outras, consta na *Parte B* - capítulo *Dissuasão* deste Relatório.

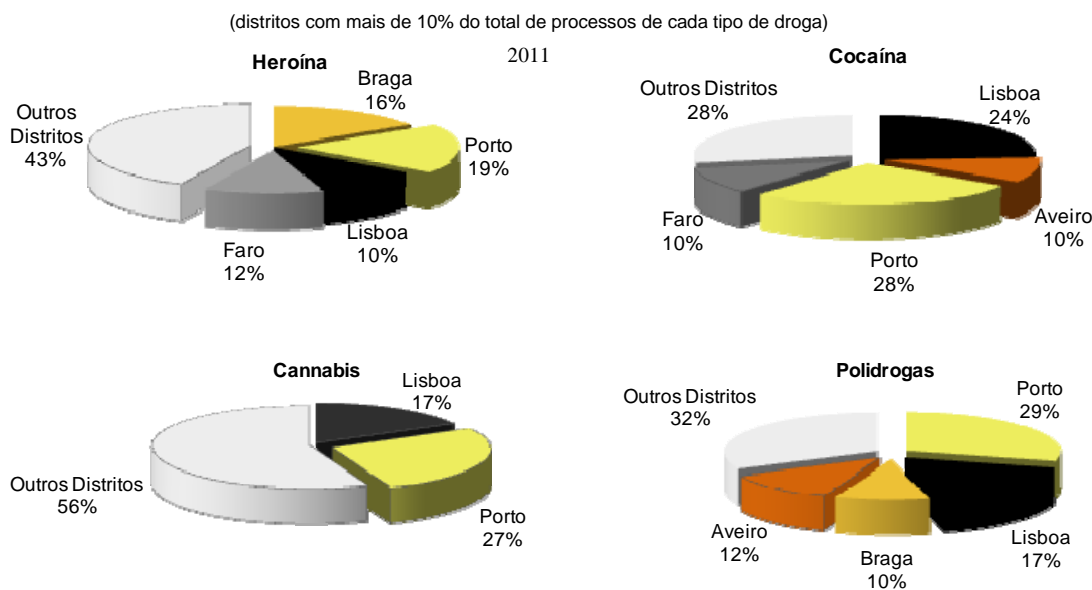


* Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. Informação recolhida a 31 de Março do ano seguinte ao da ocorrência do facto punível como contraordenação.

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: GAD / DMFRI - NE

De um modo geral, a distribuição distrital dos processos segundo o tipo de droga envolvida evidencia serem os distritos com o maior número total de processos - Porto (28%), Lisboa (16%), Braga (9%), Setúbal (8%), Aveiro (7%) e Faro (7%) -, aqueles onde se concentram também o maior número de processos de cada uma das drogas consideradas, embora com uma distribuição diferenciada consoante o tipo de droga.

Figura 37 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, segundo a Droga Envolvida, por Distrito (%)



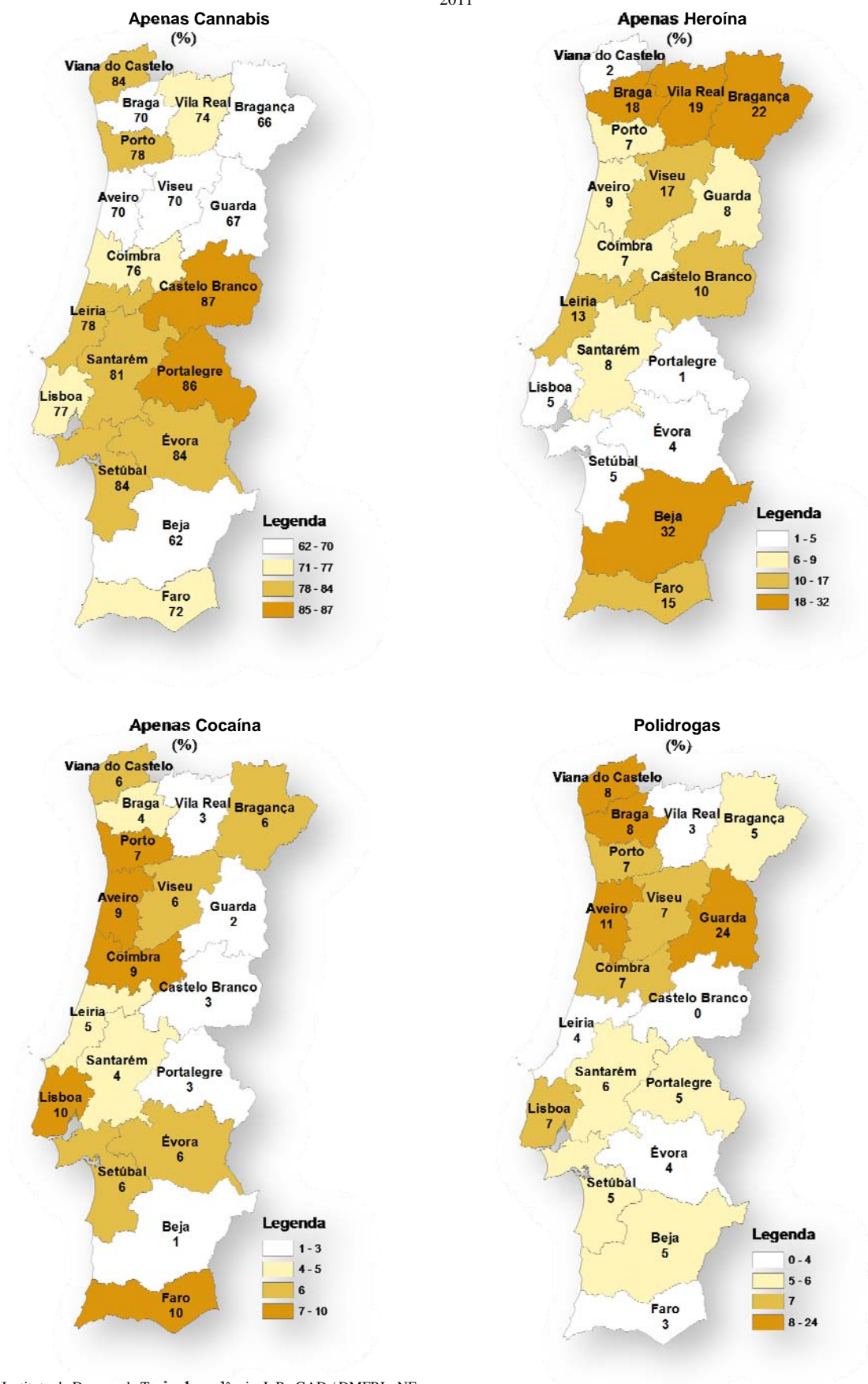
Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: GAD / DMFRI - NE

A leitura das percentagens intradistritais por tipo de droga⁶⁴ permite evidenciar algumas heterogeneidades: os processos envolvendo só cannabis variaram a nível distrital entre os 62%-87%, os só de heroína entre os 1%-32%, os só de cocaína entre os 1%-10% e os processos envolvendo várias drogas variaram entre os 0%-24%.

⁶⁴ Considerando como base percentual os processos abertos em cada distrito.

Figura 38 - Percentagens Intradistritais de Processos de Contraordenação por Tipo de Droga

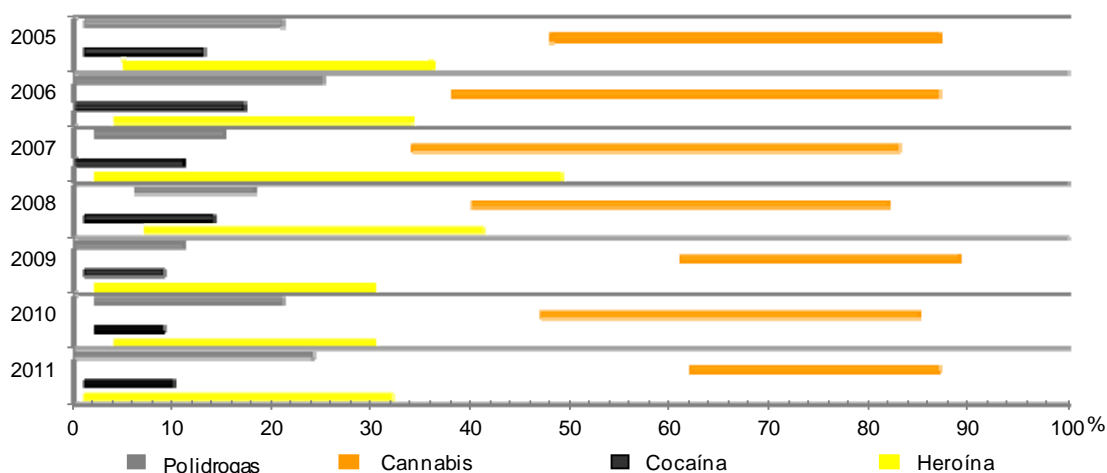
2011



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I. P.: GAD / DMFRI - NE

De um modo geral, estas variações entre os valores mínimo e máximo das percentagens intradistritais por tipo de droga envolvida nos processos, enquadram-se no padrão registado nos últimos anos.

Figura 39 - Processos de Contraordenação por Tipo de Droga
Intervalos das Percentagens Intradistritais, segundo o Ano



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: GAD / DMFRI - NE

4.2. Indivíduos

Dos 6507 indivíduos⁶⁵ envolvidos nos processos abertos relativos às ocorrências de 2011 e sem decisão absolutória, cerca de 5% reincidiram ao longo do ano, percentagem que se enquadra nas registadas nos anos anteriores (5%, 4%, 6%, 6%, 5% e 6%, respetivamente em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005). A maioria destes reincidentes (90%) registou apenas uma reincidência no ano.

O distrito do Porto registou o maior número de indivíduos reincidentes no ano, constatando-se as mais elevadas percentagens intradistritais de reincidentes no ano nos distritos de Bragança (13%), Aveiro (7%) e Porto (7%).

A maioria daqueles 6507 indivíduos era do género masculino (93%) e com idades entre os 16-24 anos (49%) e 25-34 anos (29%), sendo a idade média de 27 anos.

Tal como nos anos anteriores, entre os estrangeiros (5%) predominavam os africanos (2%), com particular relevo para os cabo-verdianos.

Uma vez mais eram na sua maioria solteiros (87%) e cerca de 65% viviam só com a família de origem. À semelhança dos anos anteriores, predominavam os indivíduos com a frequência do 3.º Ciclo do Ensino Básico ou habilitações superiores (73%) e cerca de 40% estavam empregados, sendo cada vez mais expressivo o peso de estudantes (24%).

⁶⁵ 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.

Quadro 12 – Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação
2011

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Indivíduos em Processos de Contraordenação
Género	Masculino	92,8%
Grupo Etário	16-24 anos	49,1%
	25-34 anos	29,2%
	Idade Média	27
Nacionalidade	Portuguesa	94,6%
Estado Civil	Solteiro	86,9%
	Casado / União de Facto	9,2%
Situação Coabitación	Só c/ família de origem	64,5%
	Sozinho	7,6%
	Só c/ companheiro	5,1%
	Só c/ companheiro e filhos	6,3%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	26,4%
	3.º Ciclo	40,2%
	Secundário	30,8%
Situação Profissional	Empregado	39,8%
	Desempregado	29,8%
	Estudante	23,7%

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

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodpendência, I. P.: GAD / DMFRI - NE



Mercados

O ano de 2011 consolida a maioria das tendências verificadas nos últimos anos a nível de vários indicadores no contexto dos mercados.

Permanece a tendência manifestada ao longo da década do predomínio da cannabis e da maior visibilidade da cocaína nestes contextos. No caso da heroína, após a clara tendência de descida a nível de vários indicadores constatada na primeira metade da década, seguida de uma estabilidade na segunda metade, em 2011 volta a diminuir a sua visibilidade a nível de alguns indicadores. Em relação a *outras drogas*, apesar dos aumentos verificados em 2011 em alguns indicadores, continuam a apresentar valores relativos muito residuais. Quanto à posse de várias drogas confirma-se a tendência de estabilidade ocorrida na segunda metade da década.

Pelo décimo ano consecutivo o haxixe foi a substância com o maior número de apreensões (3093), e, reforçando a tendência iniciada em 2005, uma vez mais o número de apreensões de cocaína (1386) foi superior ao de heroína (1169). É de destacar o aumento, sobretudo nos últimos três anos, do número de apreensões de liamba, representando em 2011 (660) o valor mais elevado desde 2002. Em relação a 2010, verificaram-se em 2011 diminuições no número de apreensões de heroína e cocaína, manteve-se estável o número de apreensões de haxixe e aumentaram os números de apreensões de liamba e de ecstasy. No entanto, importa referir que, de um modo geral, os valores registados nos dois anos anteriores foram dos mais elevados desde 2002. As tendências manifestadas na década anterior evidenciaram aumentos nos números de apreensões de cocaína, de haxixe e de liamba na segunda metade da década (2006-2010) comparativamente à primeira metade (2001-2005), contrariamente às descidas verificadas no caso da heroína e do ecstasy.

Comparativamente a 2010, registaram-se aumentos das quantidades apreendidas de liamba, heroína e cocaína, e em contrapartida, diminuições das quantidades de ecstasy e de haxixe. Para além das oscilações anuais, as tendências manifestadas na década anterior indicaram aumentos das quantidades apreendidas de cocaína, de haxixe e de liamba na segunda metade da década (2006-2010) comparativamente à primeira metade (2001-2005), contrariamente às descidas verificadas no caso da heroína e do ecstasy.

Relativamente aos principais países de proveniência das drogas apreendidas no país em 2011, no âmbito do tráfico internacional destacaram-se a Holanda e o Paquistão no caso da heroína, o Brasil e a Bolívia a nível da cocaína, África do Sul no caso da liamba e, uma vez mais Marrocos no que se refere ao haxixe. Apesar de a maioria das drogas apreendidas e com informação em matéria de rotas destinar-se ao mercado interno, continua a existir um importante número de apreensões que têm como destino final outros países,

nomeadamente europeus - com especial relevo para a Espanha -, continuando Portugal a funcionar como ponto de trânsito em matéria de tráfico internacional, particularmente no caso da cocaína.

Os preços médios das drogas confiscadas em 2011 (mercado de tráfico e de tráfico-consumo) não registaram alterações relevantes relativamente a 2010, com exceção da cocaína que registou uma subida. Apesar das flutuações anuais, desde 2002 que se verifica uma tendência de decréscimo dos preços médios da heroína e do ecstasy, uma tendência para a subida dos da liamba e da cocaína, e uma estabilidade do preço médio do haxixe (embora com valores ligeiramente mais elevados na segunda metade da década).

Estas intervenções policiais resultaram na identificação de 6178 presumíveis infratores, 43% como traficantes e 57% como traficantes-consumidores. O número de presumíveis infratores foi muito idêntico ao do ano anterior (-2%), registando estes três últimos anos os valores mais elevados desde 2002. Mantém-se a tendência manifestada ao longo da década do predomínio dos presumíveis infratores na posse de cannabis e da maior visibilidade do número de presumíveis infratores na posse de cocaína (os valores registados nos três últimos anos a nível da cannabis e da cocaína foram os mais elevados desde 2002) e mantém-se a tendência de estabilidade a nível da posse de várias drogas. Quanto à heroína, após a clara tendência de descida no número de presumíveis infratores registada na primeira metade da década, seguida de uma estabilidade na segunda metade, volta a diminuir em 2011 o número de presumíveis infratores na posse de heroína. Apesar dos valores ainda pouco expressivos, é de assinalar o aumento de presumíveis infratores na posse de *outras drogas*.

No âmbito das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga, registaram-se 1629 processos-crime findos envolvendo 2318 indivíduos⁶⁶, tendo sido condenados 2041 indivíduos. Destes, cerca de 78% foram condenados por tráfico, 21% por consumo e menos de 1% por tráfico-consumo. É de referir o aumento da proporção de indivíduos condenados por consumo a partir de 2008, 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 (46%) em vez de prisão efetiva (32%), sendo de referir o aumento de condenados só com pena de multa efetiva, predominantemente aplicada a condenados por consumo. À semelhança dos anos anteriores, a maioria destas condenações estavam relacionadas só com uma droga, persistindo o predomínio da cannabis pelo nono ano consecutivo e a superioridade numérica das condenações pela posse de cocaína em relação às de heroína pelo sexto ano consecutivo, consolidando assim a tendência dos últimos anos de aumento da visibilidade da cocaína nestas condenações.

A 31/12/2011 estavam em situação de reclusão 2075 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, representando um acréscimo de +6% relativamente a 2010. Constata-se nos últimos quatro anos uma

⁶⁶ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano, com a inclusão das decisões que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

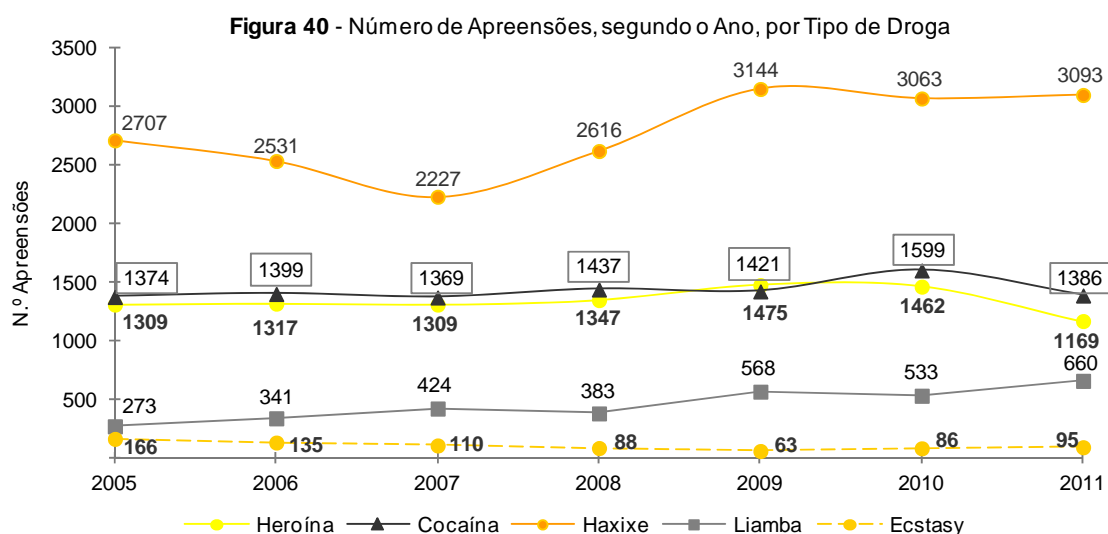
estabilidade no número de reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga, embora com valores inferiores aos registados nos anos anteriores. Foi uma vez mais reforçada a tendência iniciada em 2000, de diminuição do peso destes reclusos no universo da população reclusa condenada, representando a 31/12/2011 cerca de 20% desta população. A maioria (90%) destes indivíduos estavam condenados por tráfico, 9% por tráfico de menor gravidade e menos de 1% por tráfico-consumo, valores que se enquadram no padrão dos últimos anos.

III - Indicadores Indiretos Relacionados com o Tráfico

1. Apreensões Policiais⁶⁷

1.1. Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços

Pelo décimo ano consecutivo o haxixe⁶⁸ foi a substância com o maior número de apreensões (3093) e, reforçando a tendência iniciada em 2005, uma vez mais o número de apreensões de cocaína (1386) foi superior ao de heroína (1169). Seguiram-se-lhes com números bastante inferiores, as apreensões de liamba (660) e de ecstasy (95).



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

Em relação a 2010 registaram-se acréscimos no número de apreensões de liamba (+24%) e de ecstasy (+10%), verificando-se uma descida no caso da heroína (-20%), cocaína (-13%) e uma estabilidade no número de apreensões de haxixe (+1%). É de evidenciar o aumento, sobretudo nos últimos três anos, do número de apreensões de liamba, sendo que os valores registados nos dois anos anteriores de apreensões de heroína, cocaína e haxixe foram dos mais elevados desde 2002.

Para além destas apreensões, em 2011 foram confiscadas várias outras substâncias⁶⁹, não existindo registo de qualquer substância apreendida pela primeira vez em Portugal.

A nível das quantidades apreendidas em 2011, verificaram-se aumentos em relação a 2010 a nível da liamba, heroína e cocaína, e em contrapartida, diminuições das quantidades apreendidas de ecstasy e de haxixe. Apesar das oscilações anuais, são de evidenciar as tendências manifestadas na década anterior que apontavam para aumentos das quantidades apreendidas de cocaína, de haxixe e de liamba na segunda metade da década

⁶⁷ Ver o volume Anexo do *Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, pág. 87 a pág. 112 disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>). A fonte dos dados apresentados neste capítulo é um módulo do Sistema Integrado de Informação Criminal (SIIC) enviada pela PJ ao IDT, I.P. em Março de 2012.

⁶⁸ Neste capítulo os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

⁶⁹ Ver informação constante na nota a) do Quadro 80 do volume Anexo referido na nota 67.

(2006-2010) comparativamente à primeira metade (2001-2005), contrariamente às descidas verificadas no caso da heroína e do ecstasy.

Quadro 13 - Droga Apreendida, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2005 - 2011

Tipo de Droga ^{a)}	Ano						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gramas							
Heroína	182 266	144 295	61 669	68 090	128 073	46 947	72 908
Cocaína	18 083 231	34 477 476	7 362 975	4 877 905	2 697 083	3 244 350	3 678 217
Haxixe ^{b)}	28 395 514	8 503 664	44 623 450	61 262 140	22 965 577	34 773 666	14 632 884
Liamba	121 394	151 915	133 300	36 634	5 044 569	40 079	107 873
Comprimidos							
Ecstasy ^{c)}	213 788	133 290	70 591	70 309	8 987	48 370	7 791

a) As quantidades apreendidas de outras drogas ou de outras unidades/formas de apresentação destas drogas constam no Quadro 77 em Anexo.

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

c) As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria n.º 94/96 de 26 de Março.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

Em 2011, as apreensões envolvendo quantidades significativas⁷⁰ representaram 2% do número total de apreensões de liamba, 4% das de haxixe, 5% das de heroína, 6% das de ecstasy e 21% das apreensões de cocaína. Em contrapartida, em termos das quantidades apreendidas, estas apreensões envolvendo quantidades significativas representaram a maioria do ecstasy (55%), a grande maioria da liamba e da heroína (80% e 88%, respetivamente) e a quase totalidade do haxixe e da cocaína (acima dos 99%) apreendidos no país em 2011.

Relativamente aos principais países de proveniência das drogas apreendidas no país em 2011, destacaram-se no âmbito do tráfico internacional com as maiores quantidades apreendidas, a Holanda e o Paquistão a nível da heroína, o Brasil e a Bolívia no caso da cocaína, África do Sul no caso da liamba e, uma vez mais Marrocos no caso do haxixe, desconhecendo-se a proveniência da quase totalidade do ecstasy apreendido no país em 2011. A maioria das quantidades apreendidas de todas as drogas e com informação em matéria de rotas destinava-se ao mercado interno, sendo de referir a existência de um importante número de apreensões a nível das várias substâncias apreendidas que tinham como destino final outros países, nomeadamente europeus - com especial relevo para a Espanha -, mantendo-se assim a tendência de Portugal funcionar como ponto de trânsito em matéria de tráfico internacional, particularmente no caso da cocaína.

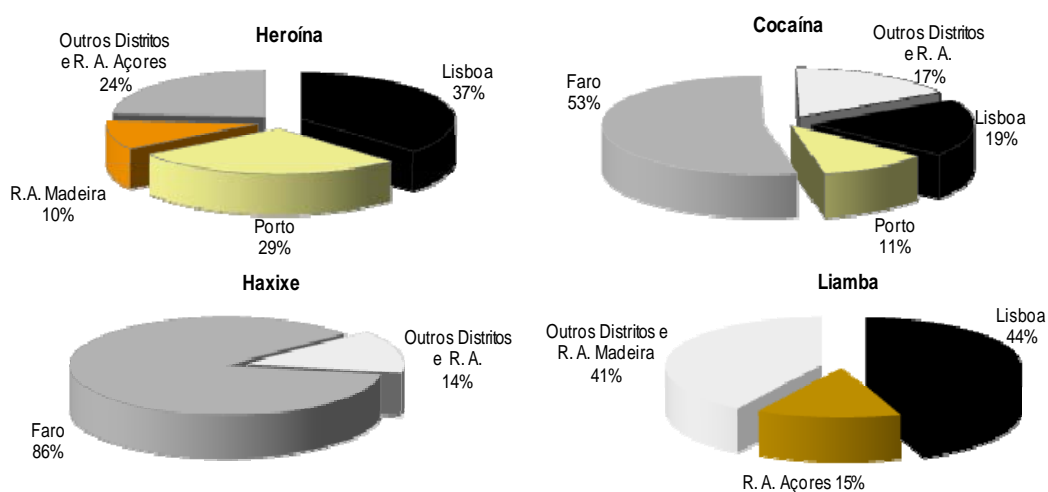
Uma vez mais os distritos de Lisboa e do Porto surgiram com os números mais elevados de apreensões a nível das várias substâncias, embora em termos de quantidades apreendidas tenha sido o distrito de Lisboa que se destacou no caso da heroína e liamba, e o distrito de Faro que registou as maiores quantidades apreendidas de haxixe e cocaína.

⁷⁰ Consideradas no caso da heroína e da cocaína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, no caso da cannabis as iguais ou superiores a 1000 g e no caso do ecstasy as iguais ou superiores a 250 comprimidos, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas, ou, no caso do ecstasy, em comprimidos (as quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria n.º 94/96 de 26 de Março).

Figura 41 - Distribuição das Quantidades de Drogas Apreendidas, por Distrito e Região Autónoma (%)

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

2011



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

Os preços médios⁷¹ das drogas confiscadas em 2011 não registaram alterações relevantes relativamente a 2010, com exceção da cocaína que registou uma subida.

Quadro 14 - Preço* Médio das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga

2005 - 2011

Tipo de Droga	Ano						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Por grama							
Heroína	41,01 €	42,17 €	37,57 €	33,25 €	36,62 €	35,32 €	35,74 €
Cocaína	45,11 €	45,73 €	44,65 €	45,56 €	47,44 €	46,00 €	50,07 €
Haxixe	2,13 €	2,18 €	3,45 €	3,28 €	2,99 €	3,59 €	3,12 €
Liamba	3,67 €	2,15 €	4,70 €	5,09 €	6,22 €	— ^{a)}	— ^{a)}
Por comprimido							
Ecstasy	3,56 €	3,18 €	3,20 €	2,80 €	— ^{a)}	3,68 €	— ^{a)}

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

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

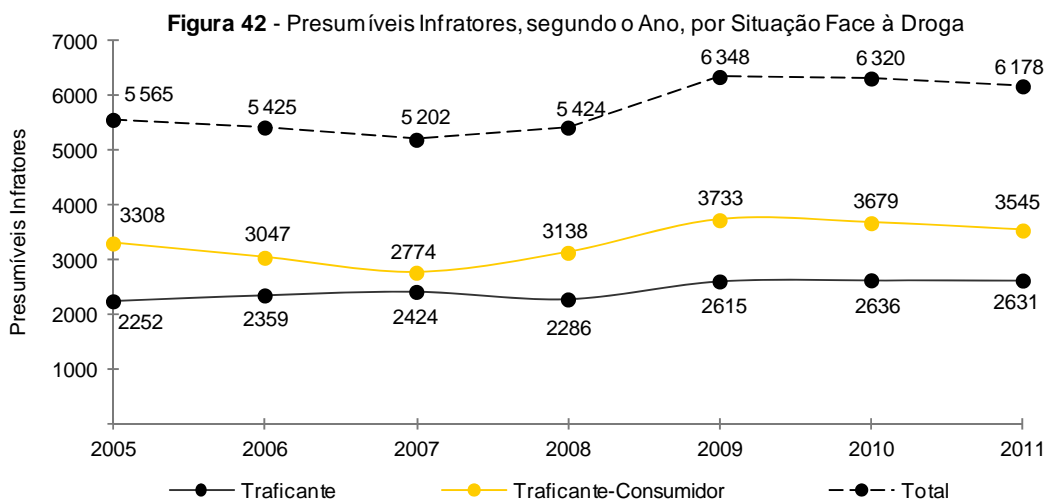
Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

Apesar das flutuações anuais, desde 2002 que se verifica uma tendência de decréscimo dos preços médios da heroína e do ecstasy, uma tendência para a subida dos da liamba e da cocaína, e uma estabilidade do preço médio do haxixe (embora com valores ligeiramente mais elevados na segunda metade da década).

⁷¹ 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.

1.2. Presumíveis Infratores

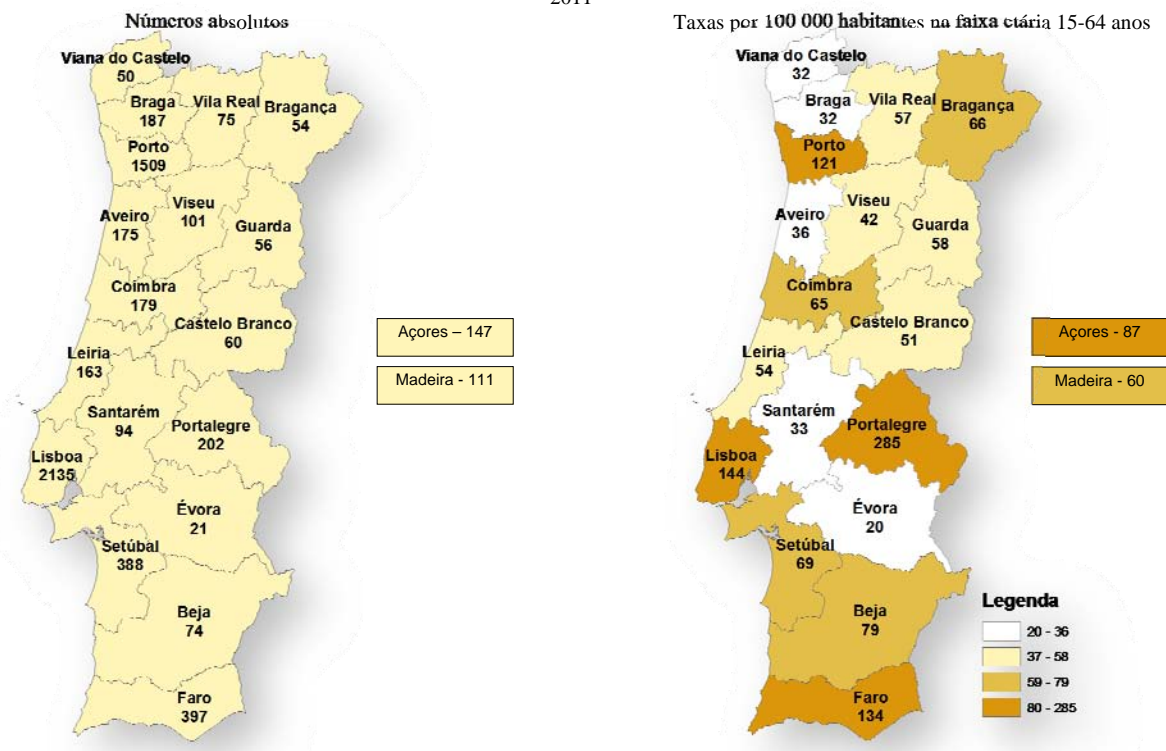
Em 2011, as intervenções policiais nesta matéria resultaram na identificação de 6178 presumíveis infratores, 43% como traficantes e 57% como traficantes-consumidores. O número de presumíveis infratores foi muito idêntico ao do ano anterior (-2%), registando estes três últimos anos os valores mais elevados desde 2002.



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

Tal como nos anos anteriores, os distritos de Lisboa e Porto apresentaram as percentagens mais altas destes presumíveis infratores (respetivamente 35% e 24%), seguindo-se-lhes Faro e Setúbal (ambos com 6%). As maiores taxas por habitantes dos 15-64 anos registaram-se nos distritos de Portalegre, Lisboa, Faro, Porto, e Região Autónoma dos Açores.

Figura 43 - Total de Presumíveis Infratores, por Zona Geográfica de Ocorrência da Infração 2011



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

Em 2011, 74% dos presumíveis infratores detinham apenas uma droga: 54% cannabis, 11% cocaína, 8% heroína e menos de 1% outras drogas. Nas situações envolvendo mais do que uma droga (26%), a associação só de heroína com cocaína continua a ser predominante, seguindo-se-lhe este ano a associação de heroína com cocaína e cannabis e a associação só de cocaína com cannabis.

Quadro 15 - Presumíveis Infratores, por Situação face à Droga e Tipo de Droga
2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005

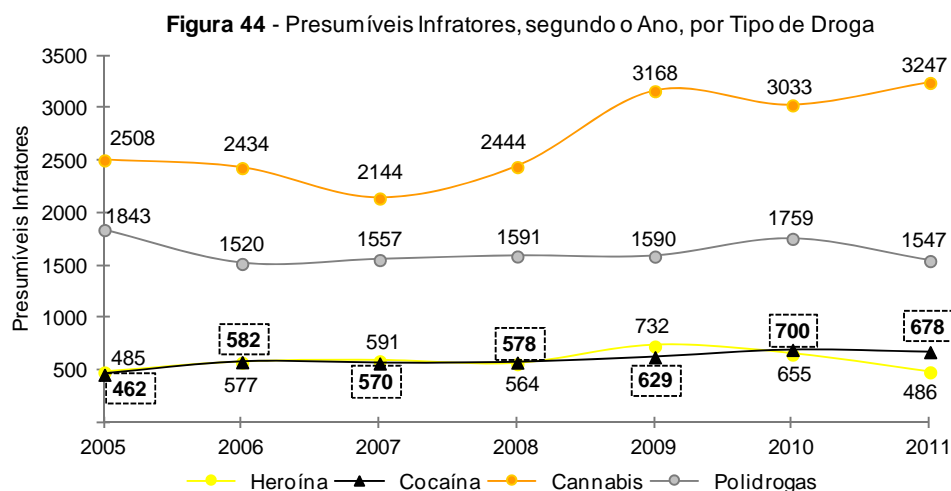
Sit. Face à Droga/ Tipo de Droga	2011	%	Δ 10-11	Δ 08-11	Δ 05-11
Total	6 178	100,0	-2,2	13,9	11,0
Heroína	486	8,1	-25,8	-13,8	0,2
Cocaína	678	11,3	-3,1	17,3	46,8
Cannabis	3 247	54,2	7,1	32,9	29,5
Outro	36	0,6	44,0	-20,0	-50,0
Polidrogas	1 547	25,8	-12,1	-2,8	-16,1
Desconhecido	184				
Traficante	2 631	100,0	-0,2	15,1	16,8
Heroína	248	9,8	-18,2	-2,7	7,4
Cocaína	551	21,8	4,2	28,4	48,5
Cannabis	803	31,7	9,1	51,2	56,2
Outro	12	0,5	200,0	-42,9	-55,6
Polidrogas	918	36,2	-5,9	-2,9	-6,7
Desconhecido	99				
Traficante-Consumidor	3 545	100,0	-3,6	13,0	7,2
Heroína	238	6,9	-32,4	-23,0	-6,3
Cocaína	127	3,6	-25,7	-14,8	39,6
Cannabis	2 444	70,6	6,4	27,8	22,6
Outro	24	0,7	14,3	0,0	-46,7
Polidrogas	629	18,2	-19,7	-2,6	-26,8
Desconhecido	83				
Desconhecido	2				

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

Comparativamente a 2010 verificou-se uma diminuição de presumíveis infratores na posse apenas de heroína (-26%) e na posse de polidrogas (-12%), e também um ligeiro decréscimo de presumíveis infratores na posse apenas de cocaína (-3%). Em contrapartida, aumentou o número de presumíveis infratores na posse de outras drogas (+44%) e na posse só de cannabis (+7%).

É de destacar que os valores registados nos três últimos anos a nível da cannabis e da cocaína foram os mais elevados desde 2002, reforçando assim, após a estabilidade ocorrida entre 2006 e 2008, a tendência de aumento verificada ao longo da década. No caso da heroína, após a tendência de descida constatada na primeira metade da década, seguida de uma estabilidade e um pico em 2009, constata-se novamente uma descida no número de presumíveis infratores. A nível do número de presumíveis infratores na posse de várias drogas, o valor de 2011 é muito semelhante aos registados desde 2006 (excepto 2010 que registou o valor mais elevado deste período), mantendo-se assim a tendência de estabilidade ocorrida na segunda metade da década, em que se constataram valores inferiores aos da primeira metade.

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



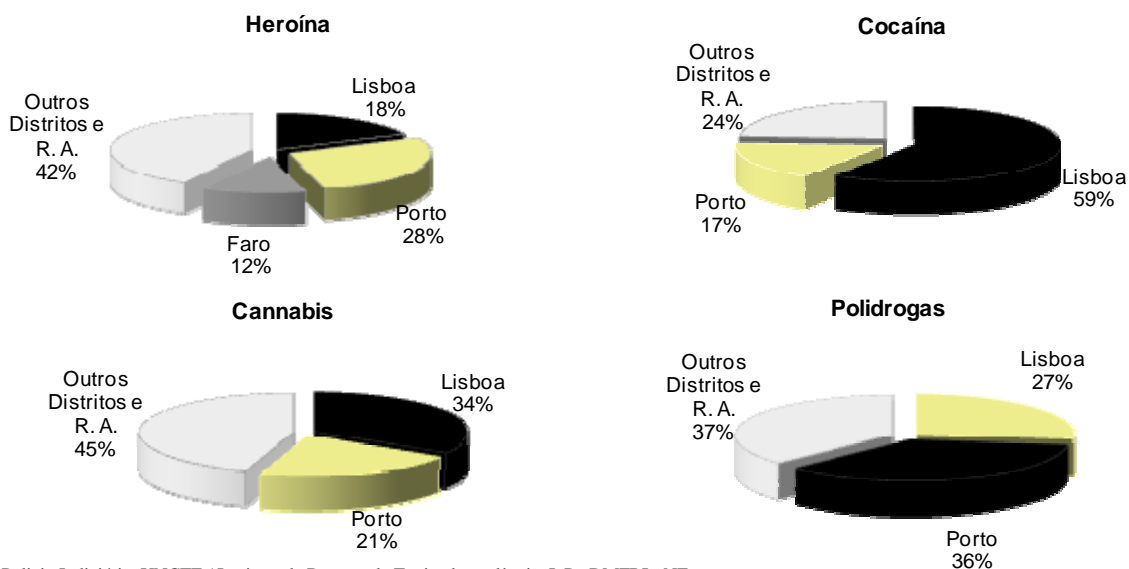
Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

A distribuição distrital dos presumíveis infratores segundo o tipo de droga envolvida evidencia, tal como sucedido nos anos anteriores, uma elevada concentração de presumíveis infratores só na posse de cocaína no distrito de Lisboa, verificando-se uma maior dispersão regional no caso dos presumíveis infratores na posse das outras drogas, designadamente na posse apenas de heroína.

Figura 45 - Distribuição dos Presumíveis Infratores, segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%)

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

2011

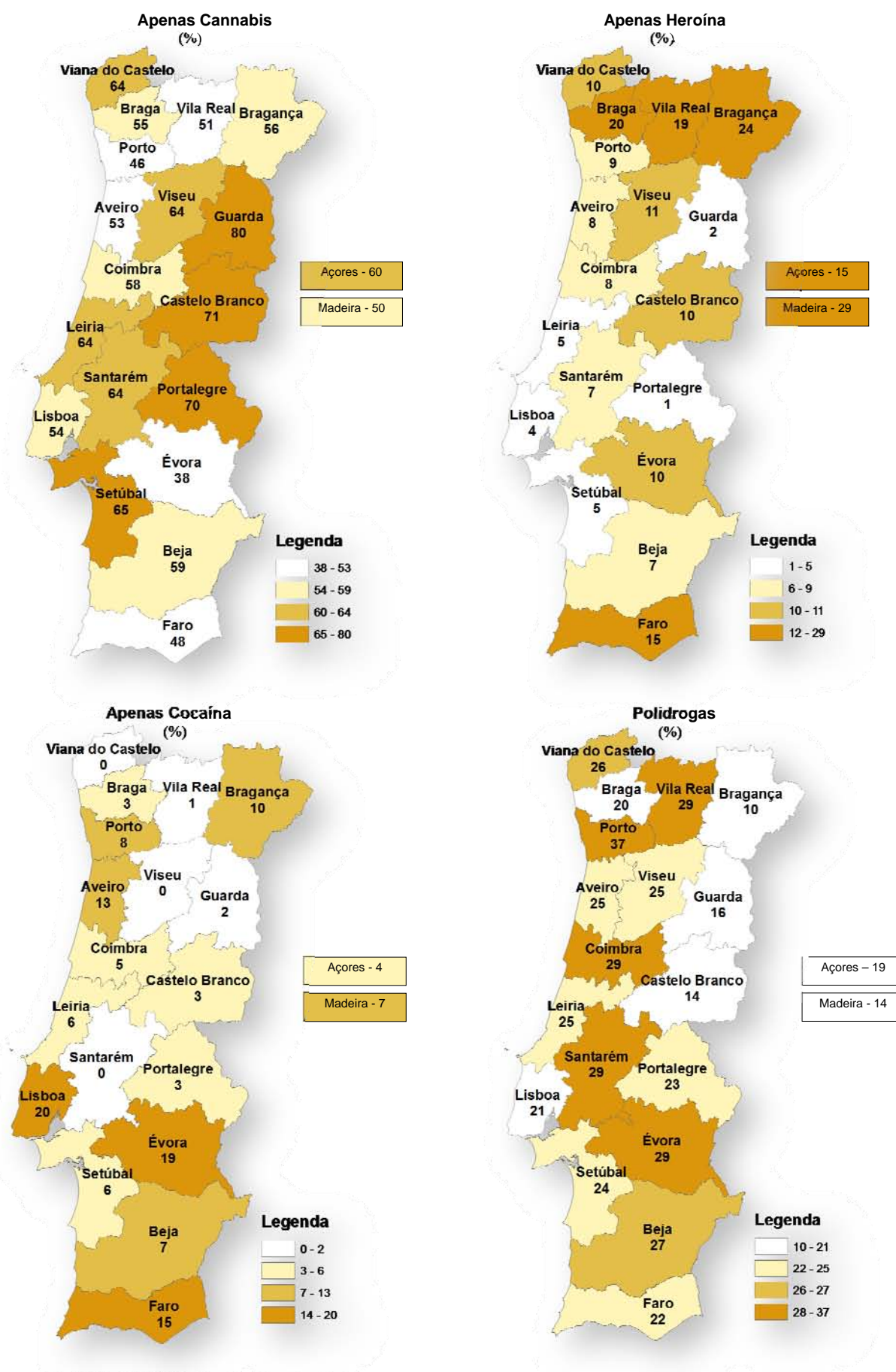


Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

As percentagens intradistritais por tipo de droga na posse dos presumíveis infratores, uma vez mais apresentam algumas heterogeneidades: as percentagens dos que estavam na posse só de cannabis variaram entre os 38%-80%, na posse só de heroína entre os 1%-29%, na posse apenas de cocaína entre os 0%-20% e as percentagens de presumíveis infratores com várias drogas variaram entre os 10%-37%.

Figura 46 - Percentagens Intradistritais de Presumíveis Infratores por Tipo de Droga

2011



Fonte: Polícia Judiciária; UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.; DMFRI - NE

À semelhança dos anos anteriores, em 2011, estes presumíveis infratores eram predominantemente do género masculino (89%) e com idades entre os 16-24 anos (37%) e 25-34 anos (34%), sendo a idade média de 30 anos.

Quadro 16 – Socio demografia dos Presumíveis Infratores
2011

Situação Face à Droga		Total	Traficante	Traficante-Consumidor
Caract. Sociodemográfica ^{a)}				
Género	Masculino	89,1%	84,4%	92,6%
Grupo Etário	16-24 anos	36,8%	28,8%	42,8%
	25-34 anos	33,8%	35,2%	32,7%
	Idade Média	30	32	29
Nacionalidade	Portuguesa	83,7%	74,4%	90,7%
Estado Civil	Solteiro	84,8%	79,8%	88,4%
	Casado / União de Facto	10,0%	13,5%	7,5%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	41,0%	49,9%	34,7%
	3.º Ciclo	35,1%	32,6%	36,8%
Situação Profissional	Desempregado	59,0%	68,9%	51,8%
	Empregado	28,8%	23,7%	32,4%
	Estudante	10,2%	4,8%	14,1%

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

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

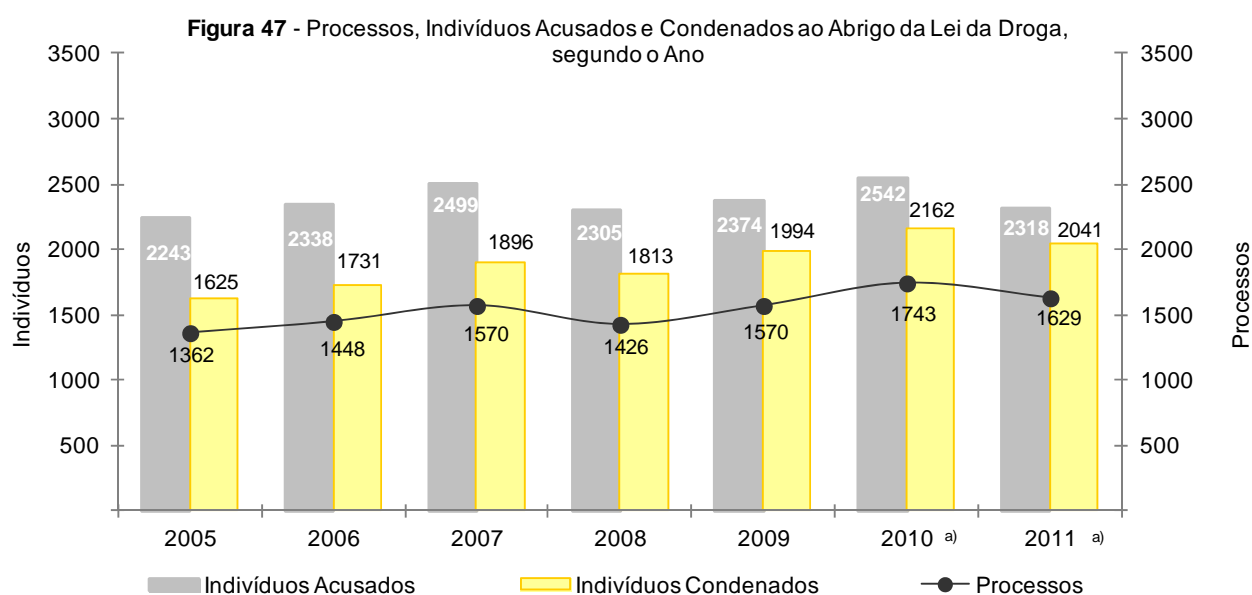
Entre os estrangeiros (16%) predominavam os africanos (9%), com particular relevo para os cabo-verdianos. Eram na sua maioria solteiros (85%). Cerca de 59% tinham a frequência do 3.º Ciclo ou habilitações superiores e mais de metade (59%) encontravam-se desempregados à data da interpelação policial.

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

2. Decisões Judiciais⁷²

No contexto das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga⁷³, em 2011 registaram-se 1629 processos-crime findos envolvendo 2318 indivíduos⁷⁴, na sua maioria (86%) acusados por tráfico. Cerca de 88% dos indivíduos envolvidos nestes processos foram condenados e 12% absolvidos.

Apesar das oscilações anuais do número de processos, de indivíduos acusados e de condenados, constata-se uma tendência de decréscimo na primeira metade da década, e em contrapartida, uma ligeira subida na segunda metade, sendo expectável que a atualização dos dados de 2011 no próximo ano, se traduza num aumento de processos, de indivíduos acusados e condenados relativamente a 2010.



a) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2011 que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

Com a entrada em vigor a partir de 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 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

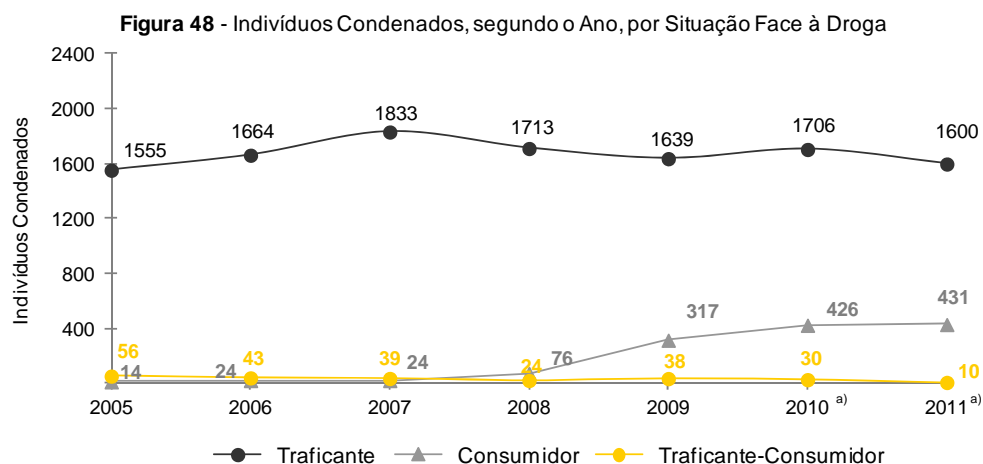
Dos 2041 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga em 2011, 78% foram-no por tráfico, 21% por consumo e menos de 1% por tráfico-consumo, sendo de referir que o aumento da proporção de indivíduos condenados por consumo a partir de 2008, está relacionado com a fixação de jurisprudência sobre as situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias⁷⁵.

⁷² Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 113 a pág. 145, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

⁷³ Com a entrada em vigor a partir de 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".

⁷⁴ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano, com a inclusão das decisões que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

⁷⁵ Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de Agosto, referido na nota 73.



a) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2011 que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

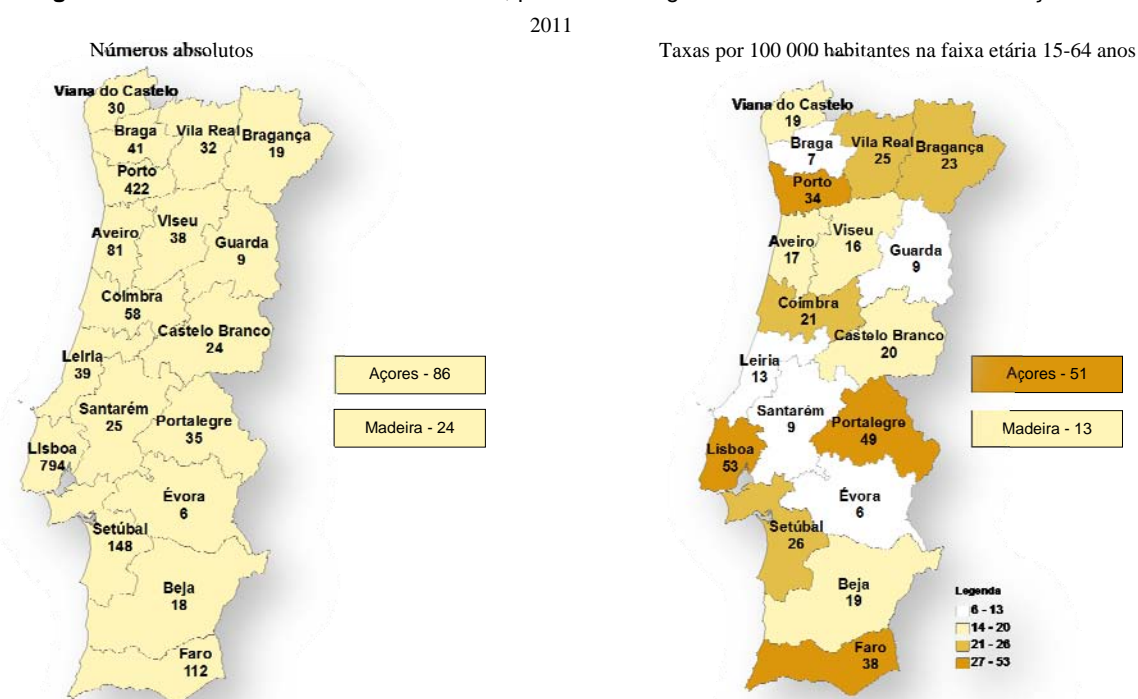
Com a entrada em vigor a partir de 1 de Julho de 2001, da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, o consumo de drogas ilícitas foi descriminalizado, passando a constituir contraordenação. A situação do cultivo prevista no artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, nunca deixou de ser considerada 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 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Dos 1600 indivíduos condenados por tráfico, 1594 tinham sido inicialmente acusados por esse crime, 2 por consumo e 4 por tráfico-consumo. Dos 431 indivíduos condenados por consumo, 66% vinham acusados por este crime, 34% acusados por tráfico e menos de 1% por tráfico-consumo. A grande maioria (90%) dos condenados por tráfico-consumo vinham acusados por tráfico e apenas 10% por tráfico-consumo.

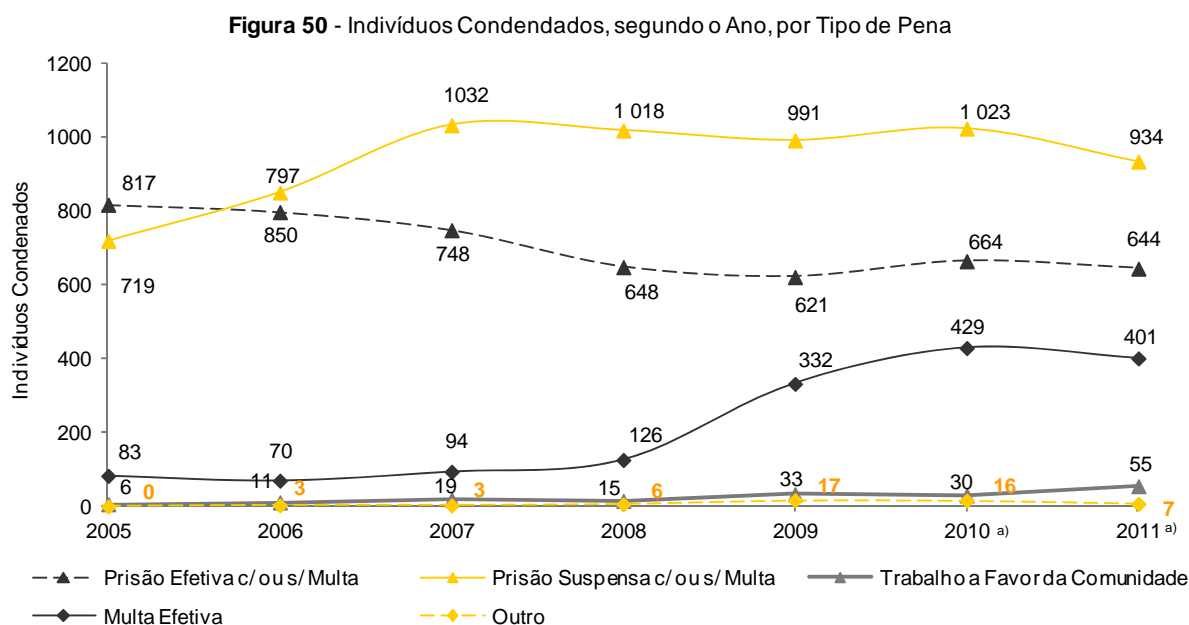
Uma vez mais Lisboa e Porto foram os distritos que registaram as percentagens mais elevadas destas condenações (respetivamente 39% e 21%), seguindo-se-lhes Setúbal (7%) e Faro (5%). As maiores taxas por habitantes de 15-64 anos registaram-se no distrito de Lisboa, na Região Autónoma dos Açores e nos distritos de Portalegre, Faro e Porto.

Figura 49 - Total de Indivíduos Condenados, por Zona Geográfica de Ocorrência da Condenação



Fonte: Tribunais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

No que respeita às penas⁷⁶ aplicadas nestas condenações, maioritariamente relacionadas com crimes de tráfico, tal como ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, predominou a aplicação da prisão suspensa (46%) em vez da prisão efetiva (32%). É de referir, sobretudo nos últimos três anos, o aumento de condenados só com pena de multa efetiva, predominantemente aplicada a condenados por consumo⁷⁷.



a) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Como os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2011 que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013, não são apresentadas as variações relativamente a anos anteriores.

Fonte: Tribunais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

No âmbito da aplicação das disposições da Lei da Droga, tal como nos anos anteriores, os artigos mais utilizados foram os relativos a “Tráfico de Menor Gravidade”, a “Perda de Objetos ou Direitos Relacionados com o Facto” e a “Tráfico”, tendo sido também muito utilizados em 2011 os artigos relacionados com “Consumo”. Em cerca de 92% das condenações foram consideradas circunstâncias agravantes na determinação da medida da pena, com particular relevo para o “Dolo elevado”, a “Ilicitude elevada”, “Antecedentes com droga” e “Violação do Código da Estrada”. Por outro lado, em 85% dos casos foram consideradas circunstâncias atenuantes na determinação da medida da pena, destacando-se a “Inserção social e/ou familiar”, “Sem antecedentes criminais”, “Confissão espontânea” e “Ilicitude não elevada”. Cerca de 12% destes condenados tiveram penas em cúmulo jurídico, percentagem que se enquadra no padrão dos anos anteriores. Foram considerados 304 crimes em cúmulo jurídico, com especial relevo dos relacionados com o “Regime Jurídico das Armas e Munições”.

⁷⁶ As penas dizem respeito à pena final da condenação, que pode incluir mais do que um crime.

⁷⁷ Ver nota 73.

Em 2011, 71% das condenações ao abrigo da Lei da Droga estavam relacionadas com a posse de uma só droga: 43% cannabis, 16% cocaína, 11% heroína e menos de 1% várias outras drogas. Nas situações envolvendo mais do que uma droga (29%), predominou uma vez mais a posse de heroína com cocaína.

Quadro 17 - Indivíduos Condenados*, por Situação face à Droga e Tipo de Droga

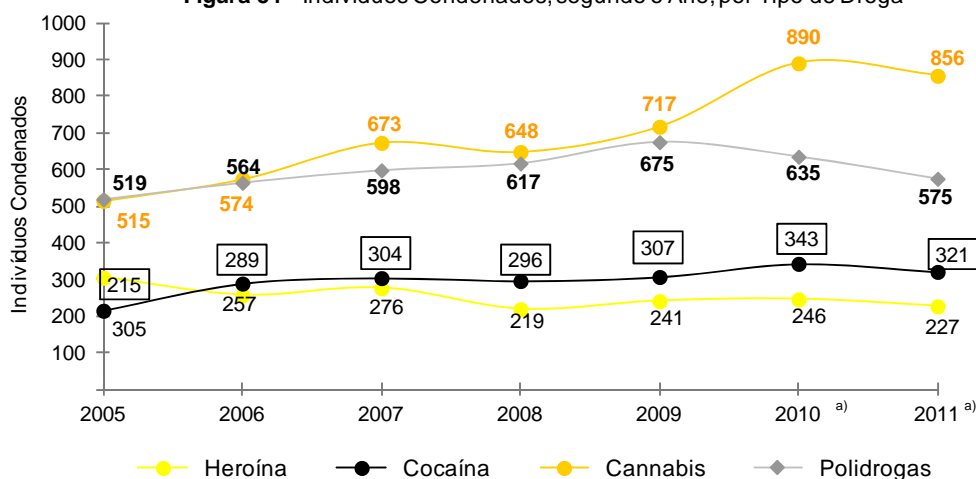
		2011							
Tipo de Droga	Sit. Face à Droga	Total		Traficante		Consumidor		Traf.-Cons.	
			%		%		%		%
Total		2 041	100,0	1 600	100,0	431	100,0	10	100,0
Heroína		227	11,4	204	12,8	20	5,1	3	30,0
Cocaína		321	16,1	308	19,4	10	2,6	3	30,0
Cannabis		856	43,0	527	33,2	328	83,7	1	10,0
Ecstasy		3	0,2	1	0,1	2	0,5	..	..
Outro		9	0,5	8	0,5	1	0,3	..	..
Polidrogas		575	28,9	541	34,0	31	7,9	3	30,0
Desconhecido		50	..	11	..	39	..	..	..

* De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2011 que deram entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

Com a entrada em vigor a partir de 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, 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 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

Figura 51 - Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Droga



a) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2011 que deram entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

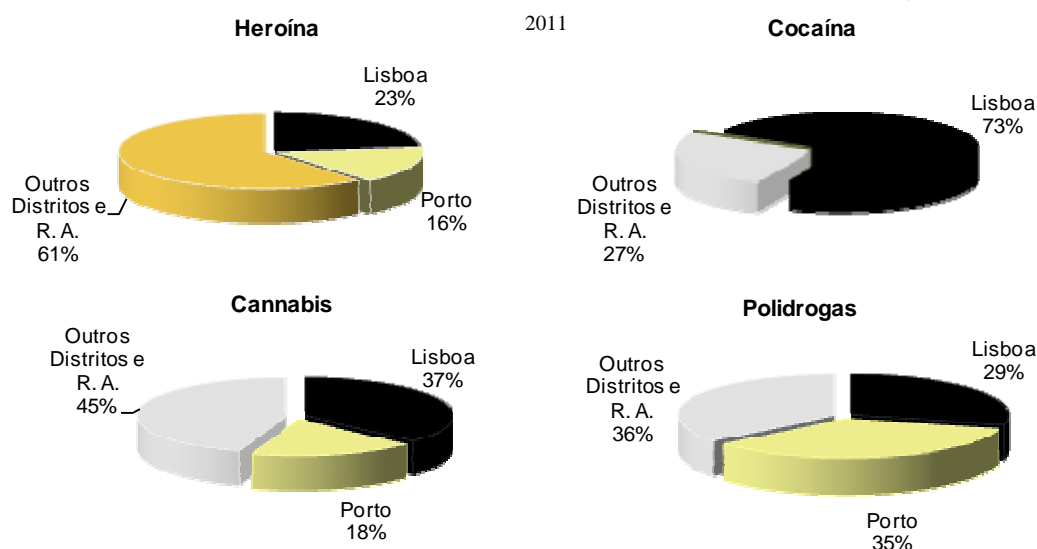
Fonte: Tribunais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI – NE

À semelhança dos anos anteriores e tal como ocorrido com os presumíveis infratores identificados, as situações relacionadas apenas com a posse de cocaína continuam a ter uma maior importância relativa no grupo de traficantes do que nos grupos de consumidores e de traficantes-consumidores. No grupo de condenados por crimes relacionados com o consumo, uma vez mais a maioria das situações estavam relacionadas só com a cannabis.

Em relação aos anos anteriores e apesar dos dados de 2011 ainda virem a sofrer alterações no próximo ano, é de salientar nas condenações relacionadas só com uma droga, quer o predomínio pelo nono ano consecutivo da cannabis em vez da heroína como era habitual anteriormente, quer o predomínio pelo sexto ano consecutivo das condenações pela posse só de cocaína relativamente às situações envolvendo apenas heroína, consolidando assim a tendência verificada nos últimos anos de maior visibilidade da cocaína nestes circuitos.

Quanto à distribuição distrital dos condenados segundo o tipo de droga envolvida e tal como ocorrido a nível dos presumíveis infratores, é de destacar a elevada concentração de condenados só na posse de cocaína no distrito de Lisboa.

Figura 52 - 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)

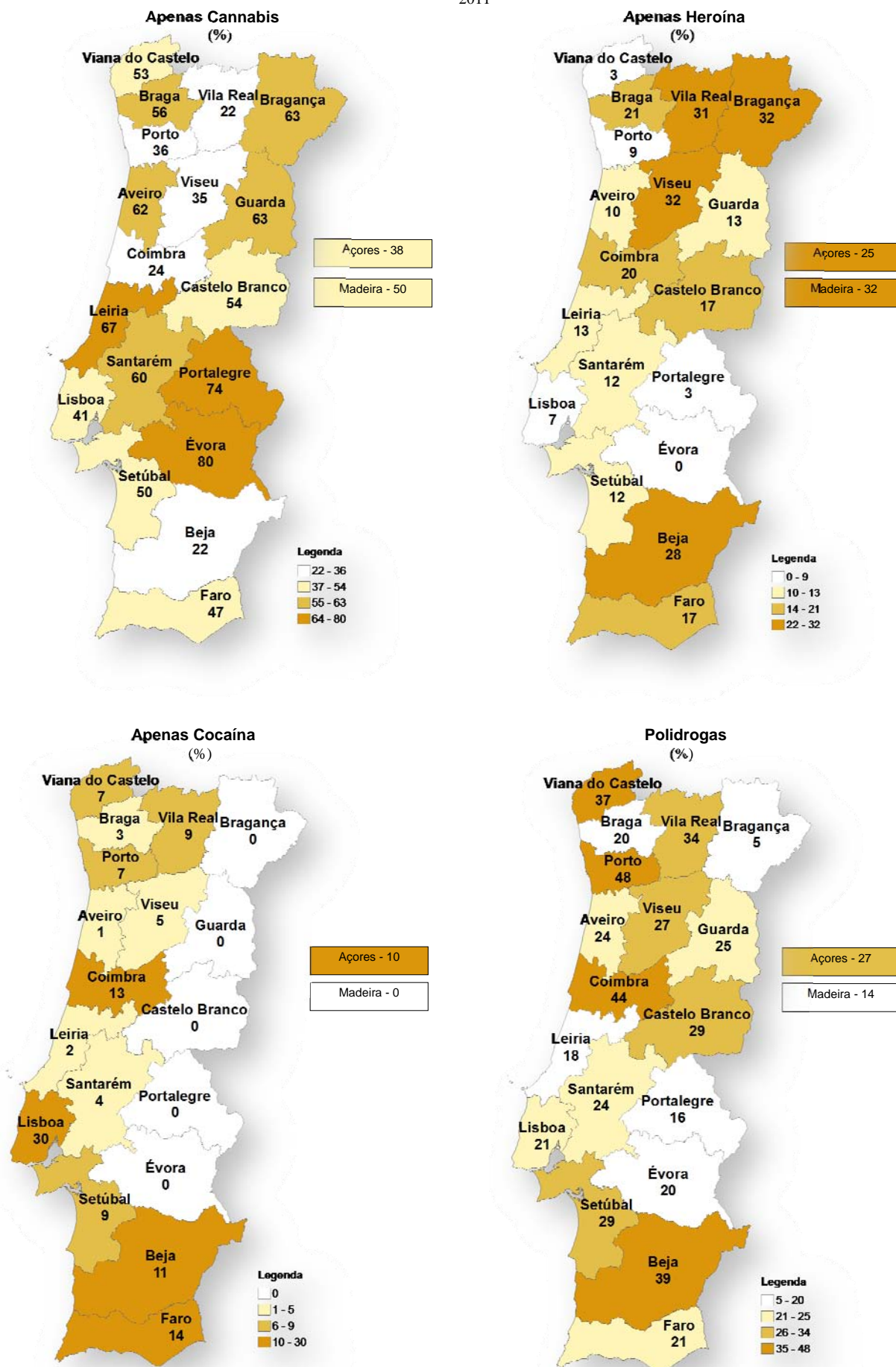


Fonte: Tribunais / Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I. P.: DMFRI – NE

As percentagens intradistritais por tipo de droga na posse dos condenados evidenciam algumas heterogeneidades distritais: as percentagens de condenados na posse só de cannabis variaram entre os 22%-80%, na posse só de heroína entre os 0%-32%, na posse apenas de cocaína entre os 0%-30% e as percentagens de condenados com várias drogas variaram entre os 5%-48%.

Figura 53 - Percentagens Intradistritais dos Indivíduos Condenados por Tipo de Droga

2011



Fonte: Tribunais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Os condenados por crimes ao abrigo da Lei da Droga em 2011 eram maioritariamente do género masculino (90%) e com idades entre os 16-24 anos (34%) e 25-34 anos (34%), sendo a idade média de 30 anos.

Quadro 18 – Socio demografia dos Indivíduos Condenados
2011

Situação Face à Droga		Caracterização Sociodemográfica ^{a)}			
		Total	Traficante	Consumidor	Traficante-Consumidor
Género	Masculino	90,2%	88,4%	97,0%	80,0%
	Feminino	9,8%	11,6%	3,0%	20,0%
Grupo Etário	16-24 anos	34,2%	32,2%	42,1%	30,0%
	25-34 anos	34,1%	32,7%	40,1%	20,0%
	Idade Média	30	31	27	33
Nacionalidade	Portuguesa	89,0%	87,2%	95,3%	100,0%
Estado Civil	Solteiro	58,3%	54,0%	74,8%	40,0%
	Casado / União de Facto	33,7%	36,9%	21,5%	40,0%
Situação Coabitación	Só c/ família de origem	30,5%	26,9%	45,6%	0,0%
	Só c/ companheiro e filhos	20,6%	21,7%	16,4%	0,0%
	Só c/ companheiro	10,8%	11,6%	7,0%	33,3%
	Sozinho	9,8%	9,9%	8,4%	50,0%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	45,5%	48,1%	34,3%	57,2%
	3.º Ciclo	33,3%	31,9%	39,4%	42,9%
Situação Profissional	Empregado	40,2%	37,0%	53,1%	12,5%
	Desempregado	45,4%	48,8%	31,4%	75,0%
	Empregado temporariamente	4,1%	4,9%	1,1%	0,0%
	Estudante	4,8%	4,3%	6,8%	0,0%

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

Com a entrada em vigor a partir de 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 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

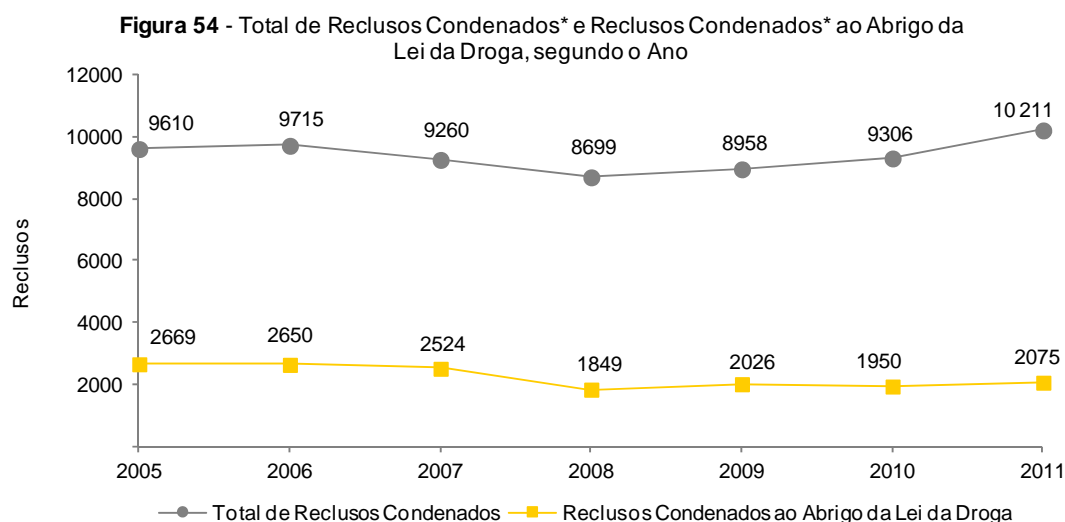
Em 2011, a percentagem de condenados de nacionalidade portuguesa (89%) foi a mais elevada dos últimos dez anos. Tal como nos anos anteriores, entre os estrangeiros (11%) predominavam os africanos (6%), com particular relevo para os cabo-verdianos. Cerca de 58% dos condenados eram solteiros. A maioria vivia com familiares, predominando a coabitación só com a família de origem (31%) ou só com a família constituída (31%). Cerca de 54% tinham habilitações iguais ou superiores ao 3.º Ciclo, e, 40% encontravam-se empregados e 45% desempregados à data da condenação.

Os condenados por consumo apresentam um perfil sociodemográfico mais diferenciado comparativamente aos traficantes e traficantes-consumidores, com um maior peso de indivíduos do género masculino, jovens e solteiros, a viverem com a família de origem, com habilitações académicas mais altas e uma maior percentagem de empregados e de estudantes.

3. Reclusões⁷⁸

A 31/12/2011 estavam em situação de reclusão 2075 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, representando um acréscimo de +6% relativamente a 2010. Consta-se nos últimos quatro anos uma estabilidade no número de reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga, embora com valores inferiores aos registados nos anos anteriores.

Uma vez mais foi também reforçada a tendência iniciada em 2000, de diminuição do peso destes reclusos no universo da população reclusa condenada, representando a 31/12/2011 cerca de 20% desta população.



* Não inclui inimputáveis internados em Clínicas e Hospitais Psiquiátricos não Prisionais.

Fonte: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais / Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I. P.: DMFRI - NE

A 31/12/2011, a maioria (90%) destes indivíduos estavam condenados por tráfico, 9% por tráfico de menor gravidade e menos de 1% por tráfico-consumo, percentagens estas que se enquadram no padrão dos últimos anos.

Quadro 19 - Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, por Tipo de Crime 2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005

Tipo de Crime	2011	%	Δ 10-11	Δ 08-11	Δ 05-11
Total Reclusos Condenados	2 075	100,0	6,4	12,2	-22,3
Tráfico	1 862	89,7	6,2	12,8	-22,4
Tráfico Menor Gravidade	177	8,5	7,3	8,6	-7,8
Tráfico-Consumo	13	0,6	-56,7	-61,8	-77,2
Outro	23	1,1	1050,0	1050,0	15,0

Fonte: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais / Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I. P.: DMFRI - NE

Em relação a 2010 registou-se um decréscimo no número de reclusos condenados por tráfico-consumo (-57%) reforçando assim a tendência de diminuição verificada ao longo da década, e em contrapartida, pequenos acréscimos no número de reclusos condenados tráfico de menor gravidade (+7%) e por tráfico (+6%). É importante referir o aumento em relação aos últimos anos do número de reclusos condenados por *outros*

⁷⁸ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicoddependências, pág. 147 a pág. 151, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

crimes relacionados com a Lei da Droga (embora ainda com um peso muito residual de 1%), designadamente por associação criminosa.

Estes reclusos continuam a ser maioritariamente do género masculino (88%) e com idades compreendidas entre os 30-39 anos (34%) e 40-49 anos (29%), sendo que 20% tinham idades inferiores aos 30 anos. A idade média era de 39 anos.

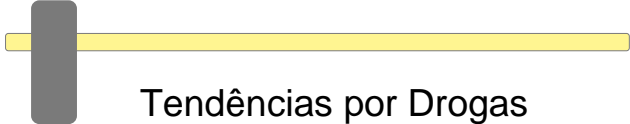
Quadro 20 – Socio demografia dos Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga
2011

Tipo de Crime		Total	2011			
			Tráfico	Tráfico Menor Gravidade	Traficante-Consumidor	Outro
Caracterização Sociodemográfica ^{a)}						
Género	Masculino	88,2%	87,9%	94,9%	84,6%	93,3%
	Feminino	11,8%	12,1%	5,1%	15,4%	7,0%
Grupo Etário	30-39 anos	33,9%	33,8%	35,0%	30,8%	20,0%
	40-49 anos	28,9%	28,8%	28,2%	46,2%	46,7%
	Idade Média	39	39	37	42	42
Nacionalidade	Portuguesa	67,4%	65,4%	84,7%	92,3%	86,7%

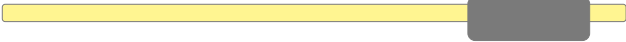
a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem as categorias com maior relevância percentual.

Fonte: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Embora continuem a ser na sua maioria de nacionalidade portuguesa (67%), tem-se verificado nos últimos anos uma tendência de acréscimo do peso de estrangeiros.



Tendências por Drogas



No ciclo estratégico iniciado em 2005, foram realizados diversos estudos epidemiológicos nacionais, designadamente na população geral (2007 e 2012, não estando ainda disponíveis os resultados de 2012), na população reclusa (2007), em populações escolares (2006, 2007, 2010 e 2011) e na população condutora (2008-2009), quase todos inseridos em projetos iniciados antes de 2005, com exceção do estudo na população condutora.

Os resultados destes estudos destacam a cannabis como a substância ilícita com as mais elevadas prevalências de consumo em Portugal. Nos estudos mais recentes, seguem-se à cannabis, embora com prevalências de consumo bastante inferiores, a cocaína e o ecstasy no caso da população geral, e nas populações escolares, a cocaína, o ecstasy e as anfetaminas entre os mais novos, e as anfetaminas, LSD e ecstasy entre os mais velhos. O estudo na população condutora evidencia como drogas mais prevalentes a cannabis e os opiáceos ilícitos nos condutores em geral, e a cannabis e a cocaína nos condutores mortos em acidentes de viação. Apesar do consumo de heroína nos últimos anos ter vindo a perder visibilidade comparativamente a outras drogas, esta continua a ser a principal droga envolvida nos consumos problemáticos.

Entre 2001 e 2007, os estudos nacionais evidenciaram um aumento moderado do consumo (apenas em alguns indicadores) a nível da população portuguesa (15-64 anos) e uma diminuição a nível das populações escolares e da população reclusa. No entanto, os estudos realizados em populações escolares no final deste ciclo estratégico (2010 e 2011), apontam para um recrudescimento do consumo de drogas, sobretudo da cannabis mas também de outras drogas como o LSD e as anfetaminas, alertando desde já para a necessidade do reforço das medidas preventivas.

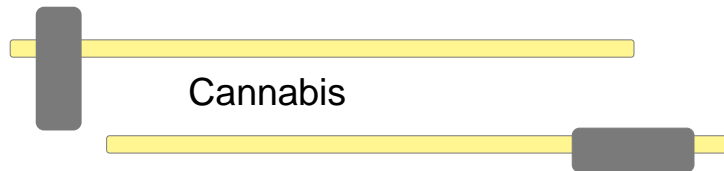
Todavia, ao longo deste ciclo estratégico, entre os estudantes, aumentou a perceção do risco do consumo regular de drogas, considerando os alunos portugueses mais arriscado esse consumo do que a média europeia.

No âmbito dos indicadores indiretos relativos ao consumo, a heroína continua a ser a principal droga nos contextos da procura de tratamento. No caso das mortes, pela primeira vez em 2011, a metadona esteve presente num maior número de *overdoses* do que a heroína. A nível destes indicadores relacionados com uma gestão problemática dos consumos, é também de destacar, nos últimos seis anos, a maior visibilidade do álcool, da cocaína e da cannabis no contexto do tratamento, bem como a relevância da presença de cocaína nas mortes relacionadas com o consumo de drogas. Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, que continuam a envolver maioritariamente consumidores não toxicodependentes, não é de

estranhar que a cannabis mantenha um papel predominante e com visibilidade crescente, tendo em consideração os resultados dos estudos epidemiológicos nacionais. Os policonsumos assumem especial relevância a nível das mortes, sobretudo o consumo de opiáceos associados à cocaína, muitas vezes também em associação com substâncias lícitas como o álcool e as benzodiazepinas, sendo de destacar este ano as *overdoses* com a presença simultânea de metadona e outras substâncias não opiáceas, com especial relevo para as benzodiazepinas.

Segundo os estudos em populações escolares, em 2003, 2007 e 2011, a cannabis foi considerada como a droga de maior acessibilidade, mantendo-se muito idêntica essa perceção entre 2003 e 2011. Em 2011, a facilidade percebida de acesso a drogas ilícitas entre os alunos portugueses foi ligeiramente superior às médias europeias.

A nível dos vários indicadores indiretos relativos aos mercados, em 2011 foi consolidado o papel da cannabis enquanto principal droga envolvida nestes circuitos, com uma visibilidade crescente ao longo da década anterior: uma vez mais foi a substância que registou o maior número de apreensões e que envolveu o maior número de presumíveis infratores e de condenados na posse de drogas, representando o número de apreensões, de presumíveis infratores e de condenados na posse de cannabis nos três últimos anos, os valores mais elevados desde 2002. Foi também consolidada a tendência da maior visibilidade da cocaína ocorrida sobretudo na segunda metade da década anterior: nos últimos quatro anos registaram-se os números mais elevados desde 2002 de apreensões de cocaína, nos últimos dois anos os números mais elevados de presumíveis infratores e de condenados na posse de cocaína, e, pelo sexto ano consecutivo, os números de presumíveis infratores e de condenados na posse de cocaína foram superiores aos que detinham heroína. Em 2011 constatou-se novamente uma diminuição da visibilidade da heroína, contrariamente ao ocorrido nos dois anos anteriores em que alguns dos indicadores registaram os valores mais elevados desde 2002. A leitura global dos indicadores relativos às apreensões, presumíveis infratores e condenados por posse de heroína, evidencia uma tendência de decréscimo na primeira metade da década e de estabilidade na segunda metade. O ecstasy continua a apresentar valores pouco expressivos, tendo vindo a diminuir na segunda metade da década a sua visibilidade no mercado nacional. Todavia, é de referir o aumento consecutivo nos dois últimos anos no número destas apreensões e o aumento em 2011 do número de presumíveis infratores na posse de ecstasy. As situações envolvendo a posse de várias drogas continuam a assumir um papel importante tanto a nível das interpelações policiais como das condenações, com particular relevo para a associação de heroína com cocaína, verificando-se uma tendência de estabilidade ao longo da última década.



Consumos

Nos resultados dos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos, a cannabis tem surgido sempre como a droga que apresenta as prevalências de consumo mais elevadas, constatando-se nos estudos mais recentes nas populações escolares uma tendência de aumento dessas prevalências.

Em 2007 foi realizado em Portugal o segundo *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral*⁷⁹, e em 2012 o terceiro, não estando à data disponíveis os resultados de 2012.

Neste estudo, em 2007 e tal como em 2001, a cannabis foi a substância que registou as maiores prevalências de consumo na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos). Entre 2001 e 2007, registou-se um aumento das prevalências de consumo ao longo da vida (de 7,6% para 11,7% na população total e de 12,4% para 17% na jovem adulta) e uma estabilização das prevalências nos últimos 30 dias (de 2,4% para 2,4% na população total e de 4,4% para 4,7% na jovem adulta). Verificou-se também uma descida das taxas de continuidade do consumo⁸⁰ na população total (43,2% em 2001 e 30,5% em 2007) e na jovem adulta (50,3% em 2001 e 39,4% em 2007), sendo a terceira droga na população total e a segunda na jovem adulta, com maiores taxas de continuidade do consumo em 2007. Os homens apresentaram prevalências de consumo mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias de 18,4% e 4,6% na população total e de 25,1% e 8% na jovem adulta) do que nas mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias de 5,2% e 0,5% na população total e de 8,7% e 1% na jovem adulta), bem como taxas de continuidade do consumo mais altas. O Algarve e Lisboa foram as regiões (NUTS II) que registaram em 2007 prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e nos últimos 30 dias acima da média nacional, em ambas as populações.

No contexto das populações escolares, foram realizados neste ciclo estratégico diversos estudos com representatividade nacional e inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS⁸¹ (6.º/8.º/10.º anos) e o INME⁸² (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD⁸³ (alunos de 16 anos) e o ECATD⁸⁴ (alunos dos 13 aos 18 anos), e novamente, em 2010 o HBSC/OMS e, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD.

⁷⁹ Balsa et al., 2008.

⁸⁰ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

⁸¹ 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 e 2010, encontram-se publicados (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010).

⁸² O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

⁸³ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

⁸⁴ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

Os resultados dos estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 no contexto das populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 - apresentavam prevalências de consumo de cannabis bem mais elevadas que as das outras drogas. Verificou-se uma tendência de aumento das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida a nível dos resultados do HBSC/OMS entre 1998 e 2002 e do ESPAD entre 1999 e 2003.

Quadro 21 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cannabis ao Longo da Vida (%)

2001 - 2003, 2006 - 2011

Estudos	CONSUMOS	CONSUMOS							
		2001	2002	2003	2006	2007	2008/09	2010	2011
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	7,6	-	-	-	11,7	-	-	-
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	12,4	-	-	-	17,0	-	-	-
População Reclusa		56,5	-	-	-	55,2	-	-	-
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	-	-	15	-	13	-	-	16
	HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano)	-	9,2	-	8,2	-	-	8,8	-
	INME (3.º Ciclo)	10,4	-	-	6,6	-	-	-	8,6
	INME (Secundário)	25,6	-	-	18,7	-	-	-	28,2
	ECATD 13 anos	-	-	2,3	-	2,3	-	-	2,3
	14 anos	-	-	6,5	-	4,8	-	-	5,6
	15 anos	-	-	11,0	-	8,3	-	-	10,1
	16 anos	-	-	17,3	-	14,1	-	-	19,1
	17 anos	-	-	23,6	-	19,6	-	-	24,4
	18 anos	-	-	29,1	-	26,1	-	-	29,7
População de Condutores	Geral	-	-	-	-	-	1,38	-	-
	Mortos em Acidentes de Viação	-	-	-	-	-	4,2	-	-

Fonte: Balsa et al., 2008; Torres et al., 2009; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010; Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b; Feijão & Lavado 2006; Feijão, 2009, Feijão et al., 2012; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Após o aumento dos consumos entre 1995 e 2003, os resultados dos estudos nacionais de 2006 e 2007 nas populações escolares, evidenciaram de forma consistente, descidas das prevalências do consumo de cannabis.

Em 2006, nos resultados do HBSC/OMS e do INME a cannabis surgiu como a droga preferencialmente consumida por estes jovens, apesar das descidas das prevalências de consumo, respetivamente entre 2002-2006 e 2001-2006. No HBSC/OMS, verificou-se entre 2002 e 2006 uma diminuição da prevalência de consumo de cannabis ao longo da vida (de 9,2% para 8,2%), padrão de evolução este que se mantinha a nível do género mas não a nível do ano de escolaridade (estável nos alunos mais novos) e do estatuto socioeconómico (aumento entre os alunos com estatuto socioeconómico mais baixo). No INME, a cannabis manteve-se como a droga predominante, constatando-se entre 2001 e 2006 uma diminuição das suas prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias, tanto nos alunos do 3.º Ciclo (respetivamente de 10,4% para 6,6% e de 4,7% para 3,3%) como nos do Secundário (respetivamente de 25,6% para 18,7% e de 11,1% para 8,9%).

Em 2007, também os resultados do ESPAD e do ECATD evidenciaram a cannabis como a substância ilícita com maiores prevalências de consumo e a diminuição destas prevalências relativamente a 2003. No ESPAD,

entre 2003 e 2007 constatou-se uma diminuição das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida (de 15% para 13%) e nos últimos 30 dias (de 8% para 6%). No ECATD, as prevalências de consumo de cannabis variaram na razão direta da idade, seja a nível das prevalências ao longo da vida (2,3% nos alunos de 13 anos e 26,1% nos de 18 anos) seja das prevalências nos últimos 30 dias (1,3% nos alunos de 13 anos e 11,2% nos de 18 anos). Entre 2003 e 2007 verificou-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias em todas as idades, exceto nalgumas situações em que se registou uma estabilidade (nos alunos de 13 anos para ambas as prevalências e nos de 18 anos para a prevalência de consumo nos últimos 30 dias).

Após a diminuição dos consumos em 2006 e 2007, os resultados dos estudos nacionais de 2010 e 2011 nas populações escolares, evidenciaram de forma consistente, aumentos das prevalências do consumo de cannabis.

Em 2010, nos resultados do HBSC/OMS uma vez mais a cannabis surgiu como a droga preferencialmente consumida, constatando-se um aumento das prevalências do consumo ao longo da vida entre 2006 e 2010 (de 8,2% para 8,8%), contrariamente à diminuição ocorrida entre 2002-2006⁸⁵. No entanto, a prevalência do consumo de cannabis no último mês registou uma ligeira diminuição entre 2006 e 2010 (de 3,9% para 3,5%), apesar da prevalência do consumo de drogas no último mês ter aumentado (de 4,5% para 6,1%).

No ESPAD 2011, mais uma vez a cannabis surgiu como a droga com a maior prevalência de consumo ao longo da vida (16%) e com um valor muito próximo da prevalência de *qualquer droga* (19%). Entre 2007 e 2011, depois do decréscimo entre 2003 e 2007, verificou-se um aumento destas prevalências de consumo (ao longo da vida de 13% para 16%, e nos últimos 30 dias de 6% para 9%), registando-se em 2011 valores próximos aos de 2003 (15% ao longo da vida e 8% nos últimos 30 dias). Em relação às médias europeias, Portugal apresentou em 2011 uma prevalência de consumo de cannabis ao longo da vida ligeiramente inferior (17% a média europeia) e nos últimos 30 dias ligeiramente superior (7% a média europeia).

No ECATD 2011, também a cannabis se destacou como a droga com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida (entre 2,3% nos 13 anos e 29,7% nos 18 anos) e nos últimos 30 dias (entre 0,7% nos 13 anos e 15,7% nos 18 anos) em todas as idades, variando estas prevalências na razão direta das idades. Entre 2007 e 2011, contrariamente à tendência de decréscimo entre 2003 e 2007⁸⁶, registou-se um aumento destas prevalências de consumo em todas as idades (exceto a prevalência nos últimos 30 dias nos alunos de 13 anos). É no entanto de referir que a maioria destas prevalências de consumo continua aquém das registadas em 2003, com exceção das prevalências nos últimos 30 dias nos alunos mais velhos (a partir dos 15 anos).

No INME 2011, uma vez mais a cannabis destacou-se como a droga com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias entre os alunos do 3.º Ciclo (respetivamente 8,6% e 5,3%) e entre os do Secundário (28,2% e 15,9%). Entre 2006 e 2011, contrariamente à diminuição ocorrida entre 2001 e 2006, verificou-se um aumento das prevalências de consumo de cannabis tanto no 3.º Ciclo como no Secundário, e

⁸⁵ No HBSC/OMS 2006 já tinha sido evidenciada a existência de subgrupos (nomeadamente os mais novos e os com estatuto socioeconómico mais baixo) em que não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis.

⁸⁶ No ECATD 2007 já tinha sido evidenciado que entre os alunos mais novos (13 anos) não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis como nas restantes idades.

de um modo geral, com valores também superiores aos de 2001 (exceto as prevalências de consumo ao longo da vida e último ano no 3.º Ciclo).

Os resultados do ESPAD 2003, 2007 e 2011 relativos às perceções do consumo regular de cannabis, evidenciaram um aumento da perceção desse risco neste ciclo estratégico (79%, 82% e 71% dos alunos em 2011, 2007 e 2003 referiram ser de *grande risco* o seu consumo regular). Comparativamente à média europeia, os alunos portugueses percebem como de maior risco o consumo regular de cannabis (em 2011, a média europeia de atribuição de *grande risco* ao consumo regular de cannabis foi de 72%).

No contexto da população prisional, neste ciclo estratégico apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final deste ciclo.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*⁸⁷, tanto em 2001 como em 2007, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo ao longo da vida entre a população reclusa (56,5% em 2001 e 55,2% em 2007). Entre 2001 e 2007 registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de cannabis quer no contexto anterior à reclusão - 53,9% em 2001 e 48,4% em 2007 - quer no de reclusão - 38,7% em 2001 e 29,8% em 2007. No entanto, no contexto de reclusão, verificou-se um aumento do consumo regular⁸⁸ de cannabis (5,5% em 2001 e 7% em 2007).

Neste ciclo estratégico foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)⁸⁹. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011⁹⁰.

No caso dos condutores em geral, a cannabis foi a droga ilícita mais prevalente (1,38%) em Portugal, representando a terceira maior prevalência dos 13 países europeus incluídos no estudo, sendo próxima à média da Europa (1,32%) e inferior à média dos países da Europa do Sul (3,06%). Em Portugal, a cannabis foi mais prevalentes nos homens entre os 18-34 anos e nas noites de fim-de-semana. No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, foi também a cannabis a droga ilícita mais prevalente (4,2%) em Portugal, apresentando um valor superior aos verificados na Finlândia e Suécia e inferior ao da Noruega.

No âmbito dos vários indicadores indiretos relativos ao consumo, em 2011 foi consolidado o relevante papel da cannabis nestes contextos, adquirindo maior visibilidade nos últimos anos a nível da procura de tratamento e continuando a assumir o papel de principal droga nos processos de contraordenação por consumo.

⁸⁷ Torres et al., 2009.

⁸⁸ *Todos os dias* no último mês na prisão.

⁸⁹ Na realidade tratam-se de 2 estudos em que Portugal participou no âmbito deste projeto coordenado pelo Federal Highway Research Institute: 1) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores em geral, em que participaram países da Europa do Norte (Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia), da Europa do Sul (Portugal, Espanha e Itália), da Europa de leste (República Checa, Hungria, Lituânia e Polónia) e da Europa ocidental (Bélgica e Holanda); 2) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores feridos (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Lituânia, e Holanda) ou mortos (Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia) em acidentes de viação. Competiu ao INML, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

⁹⁰ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

Nos contextos da **procura de tratamento**, a cannabis continua a surgir com alguma expressão no ambulatório e sobretudo entre os novos utentes, vindo a adquirir nos últimos anos também maior relevância a nível dos utentes dos Centros de Dia e das Comunidades Terapêuticas. Em 2011 foi assinalada como a droga principal de 5% dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicod dependência e de 12% dos novos utentes nesta rede. Nos Centros de Dia públicos e licenciados, foi referida como a droga principal de 18% dos utentes. Nas estruturas de internamento, cerca de 1% dos utentes das Unidades de Desabilitação e 11% dos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas e licenciadas, foram referenciados como sendo a cannabis a sua droga principal. Comparativamente com os anos anteriores⁹¹, as percentagens de referências à cannabis como droga principal enquadram-se no padrão registado nos últimos anos a nível do ambulatório, nomeadamente no caso dos novos utentes (12% em 2011, 11% em 2010, 12% em 2009, 11% em 2008, 2007, 2006 e 2005), e reforçam a tendência de aumento nos últimos anos a nível dos Centros de Dia (18%, 11%, 7%, 4%, 5%, 3% e 4%, respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005) e das Comunidades Terapêuticas (11%, 9%, 7%, 5%, 4% e 3%, respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005).

Quadro 22 - Cannabis: Alguns Indicadores Indiretos relativos aos Consumos

2009 - 2011

Indicadores Indiretos		CONSUMOS						
		2009		2010		2011		
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	
Procura de Tratamento: Droga Principal dos Utentes	Ambulatório / Rede Pública	Total de Utentes	1 282	6	1 245	5	1 458	5
		Novos Utentes	604	12	505	11	720	12
	Centros de Dia (Públicos e Licenciados)		26	7	39	11	62	18
	Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)		21	1	11	1	24	1
	Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)		268	7	351	9	394	11
Mortes	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		...		...		...
	Registos Específicos de Mortalidade INML, I.P. ^{c)}	Só com Cannabis	..		..		..^{d)}	
		Cannabis + Outras	..		..		3 ^{d)}	16
Processos de Contraordenação	Só com Cannabis		5 429	76	4 920	71	4 934	76
	Cannabis + Outras Drogas		161	2	160	2	172	3

a) % relativa a cada indicador.

b) *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, *Mortes relacionadas com drogas* (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT.c) Casos de *overdose*.

d) Os dados de 2011 sofrerão atualizações no próximo ano.

Fonte: Unidades Licenciadas / Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P. / Instituto Nacional de Estatística, I. P. / Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., uma vez mais por razões de “segredo estatístico”⁹², não foi possível em 2011 disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INML, I.P., em 2011⁹³, em cerca de 16% das *overdoses* foi detetada a presença de cannabis – 3 casos, em associação com metadona e

⁹¹ Em 2005, houve alteração dos questionários relativos aos utentes que recorreram às Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e Centros de Dia, nomeadamente na questão da droga principal, sendo por isso só possível a leitura comparativa a partir dessa data. Por outro lado, a partir de 2008, passaram a recorrer às estruturas tradicionais de tratamento da toxicod dependência também utentes por problemas relacionados com o consumo de álcool.

⁹² Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio.

⁹³ Os dados de 2011 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

outras substâncias não opiáceas. Estes casos pertenciam ao sexo masculino e aos grupos etários dos 25-29, 30-34 e 40-44 anos. Em 2010, 2009 e 2008, não houve registo de casos de *overdose* com a presença de cannabis.

No contexto dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cannabis continua a assumir o papel da principal droga: cerca de 76% dos processos relativos às ocorrências de 2011 estavam relacionados apenas com cannabis, tendo sido esta percentagem de 71%, 76%, 68%, 64%, 70% e de 68%, respetivamente em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005. Relativamente a 2010, verificou-se uma estabilidade (+0.3%) no número de processos relacionados apenas com cannabis (4934), contrariamente ao decréscimo registado a nível do total de processos (-6%). A cannabis também assume um peso relevante no contexto dos processos envolvendo a posse de várias drogas, estando em 2011, presente em 40% destes processos (3% do total de processos). O número de processos relacionados com cannabis, registaram nos últimos três anos os valores mais elevados da década, reforçando a tendência crescente iniciada ainda no âmbito do anterior quadro legal. Em 2011, uma vez mais predominaram em todos os distritos de Portugal Continental os processos de contraordenação relacionados só com cannabis, representando entre 62% (Beja) e 87% (Castelo Branco) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2011. Em valores absolutos, uma vez mais os distritos do Porto e de Lisboa destacaram-se com o maior número de processos relacionados só com cannabis.

Mercados

Nos resultados do ESPAD⁹⁴ 2003, 2007 e 2011 relativos às perceções sobre a facilidade de acesso a drogas ilícitas, a cannabis foi considerada pelos alunos de 16 anos, como a droga de maior acessibilidade, mantendo-se muito idêntica essa perceção entre 2003 e 2011 (30% em 2011 e 29% em 2003 e 2007, referiram ser *fácil* ou *muito fácil* arranjar cannabis). Comparativamente às médias europeias, em 2003 e 2007 os alunos portugueses declararam menor facilidade de acesso (as médias europeias de ser *fácil* ou *muito fácil* arranjar cannabis, em 2007 e 2003 foram de 33% e 35%), mas em 2011 a facilidade percebida de acesso à cannabis já é muito semelhante à média europeia (em 2011, a média europeia foi de 29%).

Em 2011, a nível dos vários indicadores indiretos relativos aos mercados, foi consolidada a posição da cannabis enquanto principal droga envolvida nestes contextos, com uma visibilidade crescente desde 2002.

Tal como vem sucedendo desde 2002, o haxixe⁹⁵ foi a substância que registou em 2011 o maior número de **apreensões** (3093), representando uma estabilidade em relação a 2010 (+1%). Desde 2002 que se verifica uma tendência de aumento no número das apreensões de haxixe (apesar das quebras consecutivas registadas em 2006 e 2007), registando-se os valores mais elevados da década nos últimos três anos. O número de apreensões de liamba em 2011 (660) aumentou em relação ao ano anterior (+24%), confirmando a tendência de acréscimo verificada na última década, registando-se nos últimos três anos os valores mais elevados. Comparativamente a

⁹⁴ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

⁹⁵ Os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

2010, as **quantidades** apreendidas de haxixe em 2011 diminuiram (-58%), registando as quantidades confiscadas de liamba um acréscimo (+169%)⁹⁶. Apesar das oscilações anuais, verificam-se aumentos das quantidades apreendidas de haxixe e de liamba na segunda metade da década comparativamente à primeira. À semelhança do ano anterior, cerca de 4% das apreensões de haxixe e 2% das de liamba envolveram **quantidades significativas**⁹⁷, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, 80% da liamba e a quase totalidade do haxixe (acima dos 99%) apreendidos no país em 2011.

Quanto às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destacou-se uma vez mais Marrocos como o principal país de proveniência do haxixe apreendido em Portugal em 2011, e África do Sul no caso da liamba. A maioria da quantidade do haxixe e da liamba apreendidos no país e com informação em matéria de rotas tinha como destino o mercado interno. Uma vez mais os distritos de Lisboa e Porto, seguidos de Setúbal e Faro, destacaram-se com o maior número de apreensões de haxixe (respetivamente 35%, 23%, 8% e 6% do total destas apreensões), e, no caso da liamba, foram os distritos de Lisboa (15%), Porto (12%), Região Autónoma dos Açores (10%) e o distrito de Faro (7%). Em termos de quantidades apreendidas, destacaram-se o distrito de Faro no caso do haxixe (com 86% do total confiscado), e, o distrito de Lisboa e Região Autónoma dos Açores a nível da liamba (respetivamente com 44% e 15% das quantidades apreendidas no país em 2011).

Quadro 23 - Cannabis: Alguns Indicadores Indiretos relativos aos Mercados
2009 - 2011

Indicadores Indiretos			MERCADOS					
			€ 2 009,00		€ 2 010,00		€ 2 011,00	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Interpeleções Policiais	Apreensões	Haxixe ^{b)}	3 144		3 063		3 093	
		Liamba	568		533		660	
	Quantidades Apreendidas (Kg)	Haxixe ^{b)}	22 966		34 774		14 633	
		Liamba	5 045		40		108	
	Preço Médio (grama)	Haxixe	2,99 €		3,59 €		3,12 €	
		Liamba ^{c)}	6,22 €		— ^{d)}		— ^{d)}	
Presumíveis Infratores	Só com Cannabis	3 168	51	3 033	49	3 247	54	
	Cannabis + Outras Drogas	775	13	796	13	772	13	
Condenações	Indivíduos Condenados	Só com Cannabis	717	37	890 ^{e)}	42	856 ^{e)}	43
		Cannabis + Outras Drogas	266	14	219 ^{e)}	10	203 ^{e)}	10

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 80 em Anexo).

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

e) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2011 que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Tribunais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.: DMFRI - NE

⁹⁶ Não incluídas as quantidades apreendidas de liamba com outras unidades de medida/formas de apresentação (Quadro 80 em Anexo).

⁹⁷ Consideradas no caso da cannabis as quantidades iguais ou superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

No que respeita aos **preços médios**⁹⁸, comparativamente ao ano anterior não se registaram alterações relevantes do preço do haxixe (3,12 €/grama em 2011 e 3,59 €/grama em 2010)⁹⁹, não existindo informação disponível sobre o preço médio da liamba em 2011 e 2010. Apesar das flutuações anuais, verifica-se desde 2002 uma tendência para a subida do preço médio da liamba (até 2009, último ano com informação) e para a estabilidade do preço do haxixe (embora com valores ligeiramente mais elevados na segunda metade da década).

Nas **interpeleções policiais por tráfico e tráfico-consumo**, registou-se um acréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de cannabis (3247) em relação ao ano anterior (+7%), verificando-se uma estabilidade a nível do número total de presumíveis infratores (-2%). Os números de presumíveis infratores na posse só de cannabis registados nos três últimos anos foram os mais elevados desde 2002, mantendo-se o predomínio da cannabis em relação às outras substâncias, como se verifica pela percentagem de presumíveis infratores na posse apenas de cannabis (54% em 2011, 49% em 2010, 51% em 2009, 47% em 2008, 44% em 2007, 47% em 2006 e 2005). Tal como nos anos anteriores, as situações relacionadas só com a posse de cannabis surgiram com bastante mais importância relativa no grupo de presumíveis traficantes-consumidores do que no grupo de presumíveis traficantes. Nas situações envolvendo a posse simultânea de várias drogas, a cannabis vem também assumindo maior relevância nos últimos anos, estando em 2011, presente em 50% destas situações (13% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2011¹⁰⁰ foram condenados 856 indivíduos na posse apenas de cannabis, representando 43% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (42%, 37%, 36%, 36%, 34% e 33%, respetivamente em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005). Pelo nono ano consecutivo e refletindo a evolução ocorrida a nível das interpeleções policiais, que se constata nas condenações relacionadas só com uma droga o predomínio da cannabis em vez da heroína, como era habitual anteriormente. Nas condenações relacionadas com a posse de várias drogas, a cannabis também vem emergindo com maior visibilidade nos últimos anos, surgindo em 2011, em 35% destas condenações (10% do total das condenações).

⁹⁸ 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.

⁹⁹ Não foi possível proceder ao cálculo do preço médio da liamba em 2010 e 2011.

¹⁰⁰ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano, com a inclusão das decisões que deram entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.



Heroína / Opiáceos

Consumos

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 a principal droga envolvida nos consumos problemáticos.

Em 2007 foi realizado em Portugal o segundo *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral*¹⁰¹, e em 2012 o terceiro, não estando à data disponíveis os resultados de 2012.

Neste estudo, a heroína surgiu em 2007 com prevalências de consumo de um modo geral inferiores às de cannabis, de cocaína e de ecstasy, na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos). Entre 2001 e 2007, registou-se um aumento das prevalências de consumo de heroína ao longo da vida na população total (de 0,7% para 1,1%) e uma estabilização na jovem adulta (1,1% em 2001 e 2007). As prevalências de consumo nos últimos 30 dias aumentaram na população total (0,1% em 2001 e 0,2% em 2007) e na jovem adulta (0,1% em 2001 e 0,3% em 2007). Em relação às taxas de continuidade do consumo¹⁰², entre 2001 e 2007 verificou-se uma diminuição na população total (de 26% para 24%) e um aumento na população jovem adulta (de 28,2% para 34,6%). Os homens apresentaram prevalências de consumo de heroína mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias respetivamente de 1,8% e 0,3% na população total e de 1,8% e 0,5% na jovem adulta) do que as mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias respetivamente de 0,4% e 0,1% seja na população total seja na jovem adulta), embora estas apresentem taxas de continuidade do consumo mais altas. O Algarve, Alentejo e Lisboa foram as regiões (NUTS II) que apresentavam em 2007 prevalências de consumo de heroína ao longo da vida e nos últimos 30 dias acima da média nacional, na população total e na jovem adulta (exceto Lisboa no caso das prevalências de consumo nos últimos 30 dias).

No contexto das populações escolares, foram realizados neste ciclo estratégico diversos estudos nacionais, inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁰³ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁰⁴ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁰⁵ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁰⁶ (alunos dos 13 aos 18 anos), e novamente, em 2010 o HBSC/OMS e, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD.

¹⁰¹ Balsa et al., 2008.

¹⁰² Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁰³ 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 e 2010, encontram-se publicados (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010).

¹⁰⁴ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I.P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

¹⁰⁵ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

Os resultados dos vários estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 no contexto das populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 - evidenciaram a heroína como uma das drogas com menores prevalências de consumo. Constatou-se uma tendência de diminuição das prevalências do consumo de heroína ao longo da vida a nível dos resultados do HBSC/OMS entre 1998 e 2002 e do ESPAD entre 1999 e 2003.

Quadro 24 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Heroína ao Longo da Vida (%)

2001 - 2003, 2006 - 2011

Estudos	CONSUMOS								
	2001	2002	2003	2006	2007	2008/09	2010	2011	
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	0,7	-	-	-	1,1	-	-	-
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	1,1	-	-	-	1,1	-	-	-
População Reclusa		46,9	-	-	-	34,4	-	-	-
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	-	-	2	-	2	-	-	2
	HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano)	-	1,2	-	1,4	-	-	1,4	-
	INME (3.º Ciclo)	3,4	-	-	1,7	-	-	-	1,4
	INME (Secundário)	2,2	-	-	1,2	-	-	-	1,2
	ECATD 13 anos	-	-	0,8	-	1,1	-	-	1,0
	14 anos	-	-	2,2	-	1,4	-	-	1,7
	15 anos	-	-	1,7	-	1,8	-	-	2,5
População de Condutores	16 anos	-	-	1,4	-	2,3	-	-	2,1
	17 anos	-	-	1,0	-	2,5	-	-	2,0
	18 anos	-	-	0,8	-	2,0	-	-	1,7
	Geral	-	-	-	-	-	0,15	-	-
	Mortos em Acidentes de Viação	-	-	-	-	-	..	-	-

Fonte: Balsa et al., 2008; Torres et al., 2009; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010; Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b; Feijão & Lavado 2006; Feijão, 2009; Feijão et al., 2012; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Nos estudos nacionais realizados em 2006 e 2007 nas populações escolares, a heroína surgiu entre as drogas com menores prevalências de consumo. Comparativamente a 2001-2003, constataram-se tendências de estabilidade e de decréscimo destas prevalências, apesar de um dos estudos apontar para acréscimos sobretudo entre os alunos mais velhos.

Em 2006, nos resultados do HBSC/OMS e do INME, a heroína surgiu entre as drogas com menores prevalências de consumo. No HBSC/OMS, constatou-se entre 2002 e 2006 um ligeiro acréscimo da prevalência de consumo de heroína ao longo da vida (de 1,2% para 1,4%), continuando no entanto a ser a droga com a menor prevalência. No INME, a heroína surgiu também como a droga com menores prevalências de consumo no Secundário e uma das drogas com menores prevalências de consumo no 3.º Ciclo (as de alucinógenos foram inferiores às de heroína). Entre 2001 e 2006, verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo de heroína ao longo da vida e nos últimos 30 dias no 3.º Ciclo (respetivamente de 3,4% para 1,7% e de 1,3% para 0,9%), e, no Secundário, verificou-se uma diminuição das prevalências de

¹⁰⁶ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

consumo ao longo da vida (de 2,2% para 1,2%) e uma estabilização das prevalências de consumo nos últimos 30 dias (0,6% em 2001 e 2006).

Em 2007, no ESPAD, a heroína registou uma prevalência de consumo ao longo da vida idêntica às da maioria das outras substâncias ilícitas que não cannabis, verificando-se uma estabilidade relativamente a 2003 (2% em 2003 e 2007). No ECATD, de um modo geral, a heroína surgiu em 2007 como uma das drogas com menores prevalências de consumo ao longo da vida nas diferentes idades, variando estas prevalências na razão direta da idade (1,1% nos 13 anos e 2,5% nos 17 anos), com exceção dos alunos de 18 anos que apresentaram uma prevalência um pouco inferior (2%) às dos alunos de 16 e de 17 anos. Entre 2003 e 2007 verificou-se uma tendência para a subida destas prevalências de consumo, particularmente entre os alunos mais velhos.

As tendências de estabilidade e de diminuição das prevalências de consumo de heroína nos estudos realizados em 2006 e 2007 comparativamente a 2001 e 2003 (exceto no ECATD), foram reforçadas nos estudos nacionais de 2010 e 2011.

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram, tal como nos estudos de 2002 e 2006, ser a heroína a droga com a menor prevalência de consumo ao longo da vida entre os alunos, mantendo-se esta prevalência igual à registada em 2006 (1,4%), apesar de ligeiramente superior à verificada em 2002 (1,2%).

No ESPAD 2011, a heroína foi a droga que registou a menor prevalência de consumo ao longo da vida (2%). Entre 2007 e 2011, tal como ocorrido entre 2003 e 2007, verificou-se uma estabilidade destas prevalências. Em 2011, Portugal registou uma prevalência de consumo de heroína ao longo da vida igual à média europeia (1%).

No ECATD 2011, a heroína surgiu novamente como uma das drogas com menores prevalências de consumo ao longo da vida, variando estas prevalências entre 1,0% (13 anos) e 2,5% (15 anos). Entre 2007 e 2011 verificou-se um decréscimo destas prevalências de consumo (exceto alunos de 14 e 15 anos), particularmente entre os mais velhos, mantendo-se no entanto de um modo geral superiores às registadas em 2003.

No INME 2011, tal como em 2007, a heroína surgiu também como a droga com menores prevalências de consumo (inferiores a 2%) no Secundário e entre as drogas com menores prevalências de consumo no 3.º Ciclo. Entre 2007 e 2011, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de heroína no 3.º Ciclo e uma estabilização no Secundário, verificando-se em 2011 valores inferiores aos registados em 2001 (exceto as prevalências de consumo nos últimos 30 dias no Secundário).

No contexto da população prisional, neste ciclo estratégico apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final deste ciclo.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*¹⁰⁷, a heroína surgiu em 2007 entre a população reclusa, com uma prevalência de consumo ao longo da vida (34,4%) inferior à da cannabis e também, contrariamente ao ocorrido em 2001, inferior à de cocaína. Tal ocorreu também com as prevalências de

¹⁰⁷ Torres et al., 2009.

consumo no contexto anterior à reclusão, enquanto que em reclusão a prevalência de consumo de heroína foi superior à de cocaína. Entre 2001 e 2007, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de heroína quer no contexto anterior à reclusão - 44,1% em 2001 e 29,9% em 2007 - quer no de reclusão - 27,0% em 2001 e 13,5% em 2007. À semelhança do ocorrido com a cocaína e contrariamente ao sucedido com as restantes substâncias ilícitas, verificou-se também no contexto de reclusão uma diminuição do consumo regular¹⁰⁸ de heroína (5,3% em 2001 e 2,7% em 2007).

Neste ciclo estratégico foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹⁰⁹. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹¹⁰.

No caso dos condutores em geral, os opiáceos ilícitos foram a segunda droga ilícita mais prevalente em Portugal (0,15%), sendo a segunda maior prevalência dos 13 países incluídos no estudo, superior à média europeia (0,07%) e inferior à média da Europa do Sul (0,19%). Os opiáceos ilícitos foram mais prevalentes nas noites de fim-de-semana. No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, a prevalência de opiáceos ilícitos foi nula, tal como nos restantes países.

Em 2011, no âmbito dos vários indicadores indiretos relativos ao consumo, a heroína continua a ser a principal droga a nível da procura de tratamento e mortes, estando muito associada à prática de consumo por via endovenosa e à transmissão de doenças infecciosas. Constata-se no entanto, ao longo do ciclo estratégico iniciado em 2005, uma tendência de decréscimo da sua importância relativa a nível do tratamento da toxicodependência. No contexto dos processos de contraordenação por consumo de drogas, a heroína continua a ter menor visibilidade, situando-se muito aquém da cannabis.

No contexto da **procura de tratamento**, uma vez mais a heroína surgiu como a droga mais problemática entre os utentes que recorreram em 2011 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência. Enquanto droga principal, foi referida por 76% dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência e por 49% dos novos utentes (primeiras consultas) nesta rede¹¹¹. A heroína foi assinalada como a droga principal de cerca de 32% dos utentes dos Centros de Dia públicos e licenciados (30% só heroína e 2% heroína e cocaína). A nível das estruturas de internamento, foi referida como a droga principal de 49% dos utentes das Unidades de Desabilitação públicas e licenciadas (47% só heroína e 2% heroína e cocaína) e de 43% dos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas e licenciadas (41% só heroína e 2% heroína e cocaína).

¹⁰⁸ *Todos os dias* no último mês na prisão.

¹⁰⁹ Na realidade tratam-se de 2 estudos em que Portugal participou no âmbito deste projeto coordenado pelo Federal Highway Research Institute: 1) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores em geral, em que participaram países da Europa do Norte (Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia), da Europa do Sul (Portugal, Espanha e Itália), da Europa de leste (República Checa, Hungria, Lituânia e Polónia) e da Europa ocidental (Bélgica e Holanda); 2) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores feridos (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Lituânia, e Holanda) ou mortos (Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia) em acidentes de viação. Competiu ao INML, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

¹¹⁰ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

¹¹¹ Estas percentagens incluem as referências só de heroína e de heroína associada à cocaína. A partir de 2010, houve alteração de critérios relativos à *substância principal*: casos anteriormente inscritos na categoria *Heroína e Cocaína* passaram a ser registados na categoria *Heroína*.

Comparativamente com os anos anteriores¹¹², as percentagens de referências à heroína como droga principal (considerando em conjunto as referências só de heroína e de heroína associada à cocaína), consolidam a tendência de decréscimo constatada nos últimos anos em todas as estruturas consideradas, nomeadamente entre os novos utentes em ambulatório da rede pública (49%, 55%, 56%, 63%, 70%, 76% e 77%, em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005) e entre os utentes das Comunidades Terapêuticas públicas e licenciadas (43%, 49%, 56%, 58%, 59%, 65% e 71% em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005).

As referências a outros opiáceos enquanto droga principal, variaram entre 0% e 1% nestas populações que recorreram em 2011 às estruturas de tratamento atrás mencionadas.

Quadro 25 - Heroína: Alguns Indicadores Indiretos relativos aos Consumos

2009- 2011

Indicadores Indiretos			CONSUMOS					
			2009		2010		2011	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura de Tratamento: Droga Principal dos Uteses	Ambulatório / Rede Pública	Heroína	15 855	68	18 157 ^{b)}	77	21 728 ^{b)}	76
	Total de Uteses	Heroína + Cocaína	2 530	11	35 ^{b)}	0,1	28 ^{b)}	0,1
	Ambulatório / Rede Pública	Heroína	2 462	48	2 425 ^{b)}	55	2 840 ^{b)}	49
	Novos Uteses	Heroína + Cocaína	420	8	6 ^{b)}	0,1	13 ^{b)}	0,2
	Centros de Dia (Públicos e Licenciados)	Heroína	181	47	126	37	100	30
		Heroína + Cocaína	4	1	6	2	5	2
	Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)	Heroína	1 871	71	1 418	67	827	47
Heroína + Cocaína		68	3	48	2	27	2	
Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)	Heroína	2 046	52	1 893	46	1 491	41	
	Heroína + Cocaína	160	4	109	3	84	2	
Mortes	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{c)}		...		...		...
	Registos Especificos de Mortalidade INML, I.P. ^{d)}	Só com Opiáceos ^{e)}	5	9	4	8	1 ^{f)}	5
		Opiáceos ^{e)} + Outras	44	79	34	65	7 ^{f)}	37
		Só com Metadona	..		..		1 ^{f)}	5
	Metadona + Outras	2	4	8	15	9 ^{f)}	47	
Processos de Contraordenação	Só com Heroína		803	11	959	14	610	9
	Heroína + Outras Drogas		317	4	405	6	309	5

a) % relativa a cada indicador.

b) A partir de 2010, houve alteração de critérios relativos à *substância principal*: casos anteriormente inscritos na categoria *Heroína e Cocaína* passaram a ser registados na categoria *Heroína*.

c) *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, *Mortes relacionadas com drogas* (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT.

d) Casos de *overdose*.

e) Inclui heroína, morfina e codeína.

f) Os dados de 2011 sofrerão atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

Fonte: Unidades Licenciadas / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. / Instituto Nacional de Estatística, I. P. / Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., uma vez mais por razões de “segredo estatístico”¹¹³, não foi possível em 2011 disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

¹¹² Em 2005, houve alteração dos questionários relativos aos utentes que recorreram às Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e Centros de Dia, nomeadamente na questão da droga principal, sendo por isso só possível a leitura comparativa a partir dessa data. Por outro lado, a partir de 2008, passaram a recorrer às estruturas tradicionais de tratamento da toxicodependência também utentes por problemas relacionados com o consumo de álcool.

¹¹³ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio.

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INML, I.P., em 2011¹¹⁴, em cerca de 42% das 19 *overdoses*¹¹² (73% em 2010, 88% em 2009 e 82% em 2008), foi detetada a presença de opiáceos¹¹⁵ – 8 casos, dos quais 7 em associação com outras substâncias lícitas e/ou ilícitas, sobretudo cocaína e/ou álcool –, e em cerca de 53% (15% em 2010, 4% em 2009 e 9% 2008) a presença de metadona – 10 casos, a maioria dos quais em associação com substâncias não opiáceas, sobretudo benzodiazepinas. Todos os casos de *overdose* com a presença de opiáceos e a maioria dos casos com a presença de metadona (70%) pertenciam ao género masculino. Os maiores valores absolutos de *overdoses* com a presença de opiáceos surgiram nos grupos etários de 25-29, 35-39 e \geq 45 anos, e os de metadona nos de 40-44, 35-39 e 25-29 anos.

No contexto dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, apesar de ser a segunda droga mais referenciada nesses processos, a heroína continua a ter um peso bastante inferior ao da cannabis. Em 2011, os processos relacionados apenas com heroína (610) representaram 9% do total de processos relativos às ocorrências desse ano (14%, 11%, 14%, 17%, 14% e 15%, respetivamente em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005). Em relação a 2010 verificou-se uma diminuição de processos relacionados apenas com heroína (-36%), que foi mais acentuada do que a verificada a nível do total de processos (-6%). Nos processos envolvendo várias drogas, a heroína continua a ter maior relevância do que a cannabis, estando em 2011, presente em 72% destes processos (5% do total de processos relativos às ocorrências de 2011). Os processos de contraordenação relacionados só com heroína representaram entre 1% (Portalegre) e 32% (Beja) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2011. Em valores absolutos, tal como nos três anos anteriores, foram os distritos do Porto e de Braga que registaram os maiores números de processos relacionados só com heroína.

Mercados

A nível dos vários indicadores indiretos relativos aos mercados, em 2011 constatou-se novamente uma diminuição da visibilidade da heroína, contrariamente ao ocorrido nos dois anos anteriores em que alguns destes indicadores registaram os valores mais elevados da década. A leitura global destes indicadores evidencia uma tendência de estabilidade na segunda metade da década e de decréscimo na primeira metade.

Em 2011, tal como vem sucedendo desde 2002 e contrariamente aos anos anteriores, o número de **apreensões** de heroína (1169) foi inferior ao de haxixe. O número destas apreensões foi também inferior ao de cocaína, reforçando assim a tendência iniciada em 2005. Comparativamente a 2010, verificou-se uma diminuição (-20%) no número de apreensões de heroína, registando-se nos dois anos anteriores os valores mais elevados desde 2002, após a estabilidade constatada entre 2005 e 2008 e clara descida na primeira metade da década. As **quantidades** confiscadas em 2011 aumentaram em relação ao ano anterior (em que se registou o valor mais baixo da década), constatando-se uma diminuição das quantidades apreendidas de heroína na segunda metade da década comparativamente à primeira. Cerca de 5% das apreensões de heroína envolveram **quantidades**

¹¹⁴ Os dados de 2011 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

¹¹⁵ Inclui heroína, morfina e codeína.

significativas¹¹⁶, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, a maioria da heroína (88%) apreendida no país em 2011. Tal como nos anos anteriores, também em 2011 registaram-se apreensões de ópio, metadona e de buprenorfina¹¹⁷.

Relativamente às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destacaram-se a Holanda e o Paquistão como os principais países de proveniência da heroína confiscada em Portugal em 2011 e com informação em matéria de rotas, destinando-se na sua totalidade ao mercado interno. Uma vez mais os distritos do Porto e de Lisboa registaram o maior número de apreensões de heroína (respetivamente 40% e 22% do total destas apreensões), sendo o distrito de Lisboa, seguido do Porto e da Região Autónoma da Madeira, que registaram as maiores quantidades de heroína apreendida no país em 2011 (respetivamente 37%, 29% e 10% do total confiscado). Em 2011, as apreensões de metadona ocorreram em nove distritos, tendo sido as maiores quantidades apreendidas no distrito de Leiria, as de buprenorfina ocorreram em Santarém, Lisboa, Viseu e Açores, com as maiores quantidades apreendidas no distrito de Santarém, e, as apreensões de ópio registaram-se nos distritos de Leiria e Beja, com as maiores quantidades apreendidas em Leiria.

O **preço médio**¹¹⁸ da heroína não sofreu alteração relevante comparativamente a 2010 (35,74 €/grama em 2011 e 35,32 €/grama em 2010), registando pelo sétimo ano consecutivo um valor inferior ao da cocaína. Apesar das flutuações anuais, verifica-se desde 2002 uma tendência de decréscimo do preço médio da heroína.

Quadro 26 - Heroína: Alguns Indicadores Indiretos relativos aos Mercados

Indicadores Indiretos		MERCADOS					
		2009		2010		2011	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Interpelações Policiais	Apreensões	1 475		1 462		1 169	
	Quantidades Apreendidas (kg)	128		47		73	
	Preço Médio (grama)	36,62 €		35,32 €		35,74 €	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Heroína	732	12	655	11	486	8
	Heroína + Outras Drogas	1 268	21	1 334	22	1 151	19
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Heroína	241	12	246 ^{b)}	12	227 ^{b)}	11
	Heroína + Outras Drogas	537	27	528 ^{b)}	25	489 ^{b)}	25

a) % relativa a cada indicador.

b) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2011 que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Tribunais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.: DMFRI – NE

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, verificou-se um decréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de heroína (486) em relação ao ano anterior (-26%), apesar da estabilidade verificada a nível do número total de presumíveis infratores (-2%). Apesar de, nos dois anos anteriores se

¹¹⁶ Consideradas no caso da heroína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

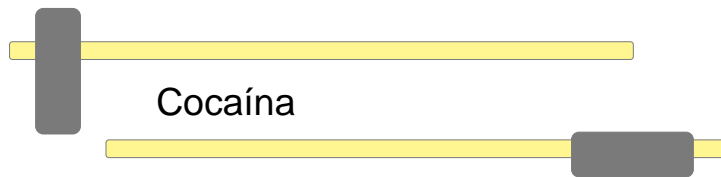
¹¹⁷ Ver informação constante na nota a) do Quadro 80 do volume Anexo.

¹¹⁸ 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.

terem registado os números mais elevados de presumíveis infratores na posse só de heroína desde 2003, o valor registado em 2011 é o mais baixo desde 2006. Relativamente ao peso de presumíveis infratores na posse só de heroína no conjunto do total de presumíveis infratores, contrariamente à tendência de estabilidade na segunda metade da década depois de uma tendência de decréscimo ocorrida na primeira metade, em 2011 essa percentagem volta a diminuir (8%, 11%, 12%, 11%, 12%, 11% e 9% dos casos, respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005). Nos casos de posse simultânea de várias drogas, a presença de heroína continua a ser bastante relevante, estando em 2011, presente em 74% destas situações (19% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2011¹¹⁹ foram condenados 227 indivíduos na posse apenas de heroína, representando 11% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (12% em 2010, 2009 e 2008, 15% em 2007 e 2006, e 19% dos casos em 2005). Pelo nono ano consecutivo e reflexo do já sucedido nas interpelações policiais, que a heroína deixou de ser a principal substância nas situações relacionadas apenas com uma droga a favor da cannabis, tendo sido o sexto ano consecutivo em que o número destas condenações foi inferior ao das condenações envolvendo só cocaína. Nas condenações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, a heroína surge em 2011, em 85% destas condenações (25% do total das condenações).

¹¹⁹ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano, com a inclusão das decisões que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.



Cocaína

Consumos

Nos vários **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos, a cocaína tem vindo a adquirir cada vez mais visibilidade. No contexto dos consumos problemáticos, a cocaína assume um papel de relevo, surgindo muitas vezes associada ao consumo de heroína.

Em 2007 foi realizado em Portugal o segundo *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral*¹²⁰, e em 2012 o terceiro, não estando à data disponíveis os resultados de 2012.

Neste estudo, a cocaína surgiu em 2007 como a segunda droga preferencialmente consumida pelos portugueses, na população total (15-64 anos) e na população jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis. Entre 2001 e 2007, registou-se um aumento das prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida e nos últimos 30 dias na população total (respetivamente de 0,9% para 1,9% e de 0,1% para 0,3%) e na jovem adulta (respetivamente de 1,3% para 2,8% e de 0,3% para 0,7%). Apesar de ser a segunda droga na população total e a primeira na jovem adulta com as taxas de continuidade do consumo¹²¹ mais elevadas em 2007, verificou-se uma diminuição destas taxas entre 2001 e 2007, na população total (de 34,1% para 32,2%) e na jovem adulta (de 46,4% para 41,4%). Os homens registaram prevalências mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias de 3,2% e 0,6% na população total e de 4,4% e 1,1% na jovem adulta) do que as mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias de 0,7% e 0,1% na população total e de 1,1% e 0,2% na jovem adulta), embora estas apresentem taxas de continuidade do consumo mais altas. O Algarve e Lisboa (NUTS II) apresentaram em 2007, prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida e nos últimos 30 dias acima da média nacional (exceto as prevalências nos últimos 30 dias da população jovem adulta, em que foi o Algarve e o Centro).

Nas populações escolares, foram realizados neste ciclo estratégico vários estudos nacionais inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹²² (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹²³ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹²⁴ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹²⁵ (alunos dos 13 aos 18 anos), e novamente, em 2010 o HBSC/OMS e, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD.

¹²⁰ Balsa et al., 2008.

¹²¹ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹²² 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 e 2010, encontram-se publicados (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010).

¹²³ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

¹²⁴ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

Os resultados dos vários estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 no contexto das populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 - evidenciaram prevalências do consumo de cocaína já superiores às de heroína. Verificou-se uma tendência de aumento das prevalências do consumo de cocaína ao longo da vida, a nível dos resultados do HBSC/OMS 1998 e 2002 e do ESPAD entre 1999 e 2003.

Quadro 27 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína ao Longo da Vida (%)
2001 - 2003, 2006 - 2011

Estudos	CONSUMOS	CONSUMOS							
		2001	2002	2003	2006	2007	2008/09	2010	2011
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	0,9	-	-	-	1,9	-	-	-
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	1,3	-	-	-	2,8	-	-	-
População Reclusa		45,6	-	-	-	40,2	-	-	-
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	-	-	3	-	2	-	-	3
	HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano)	-	1,7	-	1,6	-	-	1,9	-
	INME (3.º Ciclo)	4,4	-	-	2,1	-	-	-	1,9
	INME (Secundário)	3,6	-	-	1,7	-	-	-	2,2
	ECATD 13 anos	-	-	1,5	-	1,6	-	-	1,8
	14 anos	-	-	2,4	-	2,5	-	-	2,3
	15 anos	-	-	2,4	-	3,3	-	-	3,3
	16 anos	-	-	2,5	-	3,3	-	-	2,8
	17 anos	-	-	1,6	-	3,9	-	-	2,6
	18 anos	-	-	1,4	-	3,8	-	-	2,4
População de Condutores	Geral	-	-	-	-	-	0,03	-	-
	Mortos em Acidentes de Viação	-	-	-	-	-	1,4	-	-

Fonte: Balsa et al., 2008; Torres et al., 2009; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010; Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b; Feijão & Lavado 2006; Feijão, 2009, Feijão et al., 2012; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Nos estudos nacionais realizados em 2006 e 2007, verificou-se um aumento da importância do consumo de cocaína relativamente a outras substâncias ilícitas, surgindo de um modo geral, como a segunda substância ilícita com maiores prevalências de consumo ao longo da vida. De um modo geral, constataram-se tendências de estabilidade e de decréscimo destas prevalências comparativamente aos estudos realizados entre 2001 e 2003, apesar de um dos estudos apontar para acréscimos sobretudo entre os alunos mais velhos.

Em 2006, nos resultados do HBSC/OMS e do INME uma vez mais a cocaína surgiu com prevalências de consumo superiores às de heroína e já muito próximas às do ecstasy. No HBSC/OMS, entre 2002 e 2006 verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida (de 1,7% para 1,6%). Nos resultados do INME, a cocaína surgiu, a par do ecstasy, como a segunda droga com maiores prevalências de consumo entre os alunos do 3.º Ciclo, ocupando também um lugar de destaque nos consumos dos alunos do Secundário. Entre 2001 e 2006, verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida e nos últimos 30 dias entre os alunos do 3.º Ciclo (respetivamente de 4,4% para 2,1% e de 1,6% para 1,1%), e, nos alunos do Secundário, verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo ao longo da

¹²⁵ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

vida (de 3,6% para 1,7%) e uma estabilização das prevalências de consumo nos últimos 30 dias (0,9% em 2001 e 2006).

Em 2007, a nível do ESPAD, a cocaína registou uma prevalência de consumo ao longo da vida idêntica às da maioria das outras substâncias ilícitas que não cannabis, verificando-se uma descida relativamente a 2003 (3% em 2003 e 2% em 2007). A nível do ECATD, os resultados vêm consolidar a tendência já constatada nos resultados do INME em 2006, do aumento da importância do consumo de cocaína relativamente a outras substâncias ilícitas nestas populações escolares, surgindo em 2007 como a segunda substância ilícita com maiores prevalências de consumo ao longo da vida nas diferentes idades (exceto nos alunos de 18 anos, em que é ligeiramente inferior à do ecstasy). De um modo geral e à semelhança das outras substâncias, também as prevalências de consumo de cocaína variaram na razão direta da idade (1,6% nos alunos de 13 anos e, 3,9% e 3,8% nos alunos de 17 e de 18 anos). Entre 2003 e 2007 verificou-se uma tendência para a subida destas prevalências de consumo, com particular relevo nos alunos mais velhos.

As tendências de estabilidade e de diminuição das prevalências de consumo de cocaína nos estudos realizados entre 2001/2003 e 2006/2007 (exceto no ECATD), não se verificaram nos resultados dos vários estudos nacionais em realizados em 2010 e 2011, que evidenciaram aumentos destas prevalências (exceto no ECATD, em que se verificou uma descida sobretudo nos alunos mais velhos).

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram um aumento relativamente a 2006 da prevalência de consumo de cocaína ao longo da vida (de 1,6% para 1,9%), sendo esta prevalência também superior à registada em 2002 (1,7%).

No ESPAD 2011, a cocaína surgiu com uma prevalência de consumo ao longo da vida (3%) igual às da maioria das outras drogas que não cannabis. Entre 2007 e 2011, ao contrário da diminuição entre 2003 e 2007, verificou-se um aumento destas prevalências, registando-se em 2011 um valor idêntico ao de 2003. Em 2011, Portugal apresentou uma prevalência de consumo de cocaína ao longo da vida superior à média europeia (2%).

No ECATD 2011, a cocaína surgiu como a segunda droga com maiores prevalências de consumo ao longo da vida entre os alunos mais novos (13-15 anos), mas já não a nível dos mais velhos (16-18 anos) como ocorrido em 2007. Em 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de cocaína variaram entre 1,8% e 3,3% consoante as idades. Entre 2007 e 2011 verificou-se uma tendência para a descida destas prevalências de consumo, particularmente entre os alunos mais velhos, mantendo-se no entanto de um modo geral superiores às de 2003.

No INME 2011, tal como em 2007, a cocaína surgiu também como a segunda substância ilícita com maiores prevalências de consumo a nível dos alunos do 3.º Ciclo, ocupando também um lugar de destaque entre os alunos do Secundário. Entre 2007 e 2011, registou-se uma tendência de aumento das prevalências de consumo de cocaína, tanto no 3.º Ciclo (exceto as prevalências de consumo ao longo da vida) como no

Secundário. No entanto, as prevalências de 2011 mantêm-se de um modo geral inferiores às registadas em 2001.

No contexto da população prisional, neste ciclo estratégico apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final deste ciclo.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*¹²⁶, a cocaína surgiu em 2007 entre a população reclusa, com uma prevalência de consumo ao longo da vida (40,2%) inferior à da cannabis e, contrariamente ao ocorrido em 2001, superior à da heroína. Tal ocorreu também com as prevalências de consumo no contexto anterior à reclusão, enquanto que em reclusão a prevalência de consumo de cocaína foi inferior à de heroína. Entre 2001 e 2007, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de cocaína quer no contexto anterior à reclusão - 43,9% em 2001 e 35,3% em 2007 - quer no de reclusão - 20,1% em 2001 e 9,9% em 2007. À semelhança do ocorrido com a heroína e contrariamente ao sucedido com as restantes substâncias ilícitas, verificou-se também no contexto de reclusão uma diminuição do consumo regular¹²⁷ de cocaína (1,9% em 2001 e 0,8% em 2007).

Neste ciclo estratégico foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹²⁸. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹²⁹.

No caso dos condutores em geral, a prevalência de cocaína em Portugal foi muito residual (0,03%), representando a mais baixa prevalência dos 13 países europeus incluídos no estudo (igual à da Finlândia), sendo muito inferior à média da Europa (0,42%) e da Europa do Sul (1,23%). A cocaína foi mais prevalente nas noites de fim-de-semana. No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, a cocaína foi a segunda droga ilícita mais prevalente (1,4%) em Portugal, representando a maior prevalência dos 4 países incluídos neste estudo (muito próxima à da Suécia).

A nível dos vários indicadores indiretos relativos ao consumo, em 2011 uma vez mais foi consolidada a tendência de maior visibilidade da cocaína manifestada na segunda metade da década, continuando também a ter relevância quando associada a outras drogas, nomeadamente à heroína.

No âmbito da **procura de tratamento**, foi consolidada a posição da cocaína¹³⁰ como a segunda droga ilícita mais problemática entre os utentes que recorreram em 2011 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência. Foi assinalada como a droga principal de 6% dos utentes em ambulatório na rede pública

¹²⁶ Torres et al., 2009.

¹²⁷ *Todos os dias* no último mês na prisão.

¹²⁸ Na realidade tratam-se de 2 estudos em que Portugal participou no âmbito deste projeto coordenado pelo Federal Highway Research Institute: 1) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores em geral, em que participaram países da Europa do Norte (Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia), da Europa do Sul (Portugal, Espanha e Itália), da Europa de leste (República Checa, Hungria, Lituânia e Polónia) e da Europa ocidental (Bélgica e Holanda); 2) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores feridos (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Lituânia, e Holanda) ou mortos (Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia) em acidentes de viação. Competiu ao INML, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

¹²⁹ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

¹³⁰ Inclui cocaína e base de cocaína.

de tratamento da toxicod dependência e de 7% dos novos utentes (primeiras consultas) nesta rede¹³¹. Nos Centros de Dia públicos e licenciados, a cocaína foi mencionada como a droga principal de cerca de 24% dos utentes (22% só cocaína e 2% heroína e cocaína). Nas estruturas de internamento, foi reportada como a droga principal de 11% dos utentes das Unidades de Desabilitação públicas e licenciadas (9% só cocaína e 2% heroína e cocaína) e de 24% dos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas e licenciadas (22% só cocaína e 2% heroína e cocaína). De um modo geral, nos últimos três anos e comparativamente ao período 2005-2008, as percentagens de referências à cocaína como droga principal (não considerando as referências à cocaína associada à heroína) diminuíram a nível do ambulatório e das Unidades de Desabilitação e aumentaram no caso dos Centros de Dia e das Comunidades Terapêuticas.

Quadro 28 - Cocaína: Alguns Indicadores Indiretos relativos aos Consumos
2009 - 2011

Indicadores Indiretos			CONSUMOS					
			2009		2010		2011	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura de Tratamento: Droga Principal dos Utes	Ambulatório / Rede Pública Total de Utes	Cocaína	1 373	6	1 433	6	1 630	6
		Cocaína + Heroína	2 530	11	35 ^{b)}	0,1	28 ^{b)}	0,1
	Ambulatório / Rede Pública Novos Utes	Cocaína	449	9	404	9	421	7
		Cocaína + Heroína	420	8	6 ^{b)}	0,1	13 ^{b)}	0,2
	Centros de Dia (Públicos e Licenciados)	Cocaína	73	19	68	20	75	22
		Cocaína + Heroína	4	1	6	2	5	2
	Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)	Cocaína	226	9	179	9	157	9
		Cocaína + Heroína	68	3	48	2	27	2
	Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)	Cocaína	751	19	782	19	813	22
		Cocaína + Heroína	160	4	109	3	84	2
Mortes	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I. P. ^{c)}		...		...		...
	Registos Especificos de Mortalidade INML, I. P. ^{d)}	Só com Cocaína	4	7	3	6	2 ^{e)}	11
		Cocaína + Outras	20	36	23	44	3 ^{e)}	16
Processos de Contraordenação	Só com Cocaína		438	6	468	7	461	7
	Cocaína + Outras Drogas		342	5	424	6	341	5

a) % relativa a cada indicador.

b) A partir de 2010, houve alteração de critérios relativos à *substância principal*: casos anteriormente inscritos na categoria *Heroína e Cocaína* passaram a ser registados na categoria *Heroína*.

c) *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, *Mortes relacionadas com drogas* (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT.

d) Casos de *overdose*.

e) Os dados de 2011 sofrerão atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

Fonte: Unidades Licenciadas / Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P. / Instituto Nacional de Estatística, I. P. / Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., uma vez mais por razões de “segredo estatístico”¹³², não foi possível em 2011 disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

¹³¹ No caso do ambulatório, as percentagens incluem as referências só de cocaína e não as de heroína associada à cocaína por razões de comparabilidade com os anos anteriores, pois a partir de 2010, houve alteração de critérios relativos à *substância principal*: casos anteriormente inscritos na categoria *Heroína e Cocaína* passaram a ser registados na categoria *Heroína*.

¹³² Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio.

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INML, I.P., em 2011¹³³, em cerca de 26% das 19 *overdoses* (50% em 2010, 43% em 2009 e 54% em 2008), foi detetada a presença de cocaína – 5 casos, 3 dos quais em associação com opiáceos. Todas as *overdoses* com a presença de cocaína pertenciam ao género masculino e a maioria (60%) a grupos etários mais velhos (≥ 40 anos).

No âmbito dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cocaína continua a surgir com uma importante inferioridade numérica comparativamente à cannabis e à heroína, embora o número destes processos tenha vindo a aumentar ao longo da década anterior. O número de processos relacionados apenas com cocaína (461), representaram 7% do total de processos relativos às ocorrências de 2011, percentagem semelhante às registadas nos últimos anos (7%, 6%, 8%, 8%, 7% e 6%, em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005). Em relação a 2010, o número de processos relacionados só com cocaína manteve-se estável (-1%), registando uma variação inferior à verificada no total de processos de contraordenação (-6%). Nos processos envolvendo várias drogas, uma vez mais a presença da cocaína é predominante, estando presente em 79% destes processos (5% do total de processos relativos às ocorrências de 2011). Os processos de contraordenação relacionados só com cocaína representaram entre 1% (Beja) e 10% (Faro e Lisboa) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2011. Em valores absolutos, uma vez mais foram os distritos do Porto e de Lisboa que registaram os maiores números de processos relacionados só com cocaína.

Mercados

A nível dos vários indicadores indiretos relativos aos mercados, em 2011 uma vez mais foi consolidada a tendência da maior visibilidade da cocaína ocorrida sobretudo na segunda metade da década anterior.

Em 2011, tal como vem sucedendo desde 2005 e contrariamente aos anos anteriores, o **número de apreensões** de cocaína (1386) foi superior ao de heroína, apesar do decréscimo (-13%) em relação a 2010 (em que se registou o valor mais elevado da década), constatando-se uma tendência de aumento ao longo da década anterior, com os números mais elevados desde 2002 registados nos últimos quatro anos. As **quantidades apreendidas** aumentaram (+13%) em relação ao ano anterior, verificando-se um acréscimo das quantidades apreendidas na segunda metade da década anterior comparativamente à primeira. Cerca de 21% das apreensões de cocaína envolveram **quantidades significativas**¹³⁴, representando no entanto, em termos de quantidades apreendidas, a quase totalidade (acima dos 99%) da cocaína confiscada no país em 2011.

Quanto às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destacaram-se o Brasil e a Bolívia como os principais países de proveniência da cocaína apreendida em Portugal em 2011 e com informação em matéria de rotas. Apesar da maioria da quantidade de cocaína apreendida se destinar ao mercado interno, é de referir a existência de um número importante de apreensões que tinham como destino final outros países, nomeadamente europeus - com destaque para a Espanha -, mantendo-se assim a tendência de Portugal funcionar como ponto de trânsito em matéria de tráfico internacional. Uma vez mais, os distritos de Lisboa e

¹³³ Os dados de 2011 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

¹³⁴ Consideradas no caso da cocaína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

Porto destacaram-se em 2011 com o maior número de apreensões de cocaína (respetivamente 42% e 34% do total destas apreensões), sendo os distritos de Faro, Lisboa e Porto que registaram as maiores quantidades de cocaína apreendida no país em 2011 (respetivamente 53%, 19% e 11% do total confiscado).

O **preço** médio¹³⁵ da cocaína em 2011 registou um aumento em relação a 2010 (50,07 €/grama em 2011 e 46,00 €/grama em 2010), registando os três últimos anos os valores mais elevados desde 2002. Pelo sétimo ano consecutivo que o preço médio da cocaína regista um valor superior ao da heroína e, não obstante as flutuações anuais, verifica-se desde 2002 uma tendência de subida do preço médio da cocaína.

Quadro 29 - Cocaína: Alguns Indicadores Indiretos relativos aos Mercados

		2009 - 2011					
		MERCADOS					
Indicadores Indiretos		2009		2010		2011	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Interpelações Policiais	Apreensões	1 421		1 599		1 386	
	Quantidades Apreendidas (Kg)	2 697		3 244		3 678	
	Preço Médio (grama)	47,44 €		46,00 €		50,07 €	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Cocaína	629	10	700	11	678	11
	Cocaína + Outras Drogas	1 309	21	1 483	24	1 253	21
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Cocaína	307	16	343 ^{b)}	16	321 ^{b)}	16
	Cocaína + Outras Drogas	547	28	552 ^{b)}	26	483 ^{b)}	24

a) % relativa a cada indicador.

b) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2011 que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

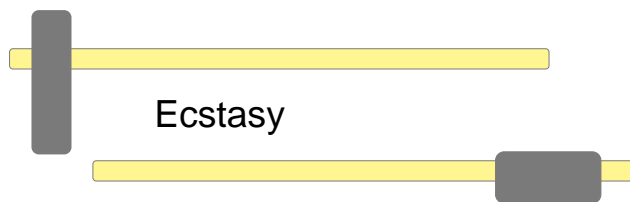
Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Tribunais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.: DMFRI - NE

A nível das **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse apenas de cocaína (678) foi ligeiramente inferior (-3%) ao do ano anterior (em que se registou o número mais elevado da década), à semelhança do ocorrido a nível do número total de presumíveis infratores (-2%). Nos últimos dois anos registaram-se os números mais elevados desde 2002 de presumíveis infratores na posse de cocaína, e pelo sexto ano consecutivo, o número de presumíveis infratores na posse de cocaína foi superior aos que detinham heroína. Relativamente ao peso de presumíveis infratores na posse só de cocaína no conjunto do total de presumíveis infratores, constata-se nos últimos anos uma tendência para a estabilidade, após a tendência de acréscimo ocorrida na primeira metade década (11%, 11%, 10%, 11%, 12%, 11% e 9%, respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005). É de referir que, tal como sucedido nos anos anteriores, as situações relacionadas só com a posse de cocaína continuam a ter bastante mais importância relativa no grupo de presumíveis traficantes do que no grupo de presumíveis traficantes-consumidores. Nas situações relacionadas com várias drogas, em 2011 e tal como sucedido nos últimos anos, a presença de cocaína foi predominante, estando presente em 81% destas situações (21% do total de presumíveis infratores).

¹³⁵ 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.

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2011¹³⁶ foram condenados 321 indivíduos na posse só de cocaína, representando 16% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (16% em 2010, 2009, 2008 e 2007, 17% em 2006 e 14% em 2005). Nos últimos dois anos registaram-se os números mais elevados desde 2002 de condenados na posse de cocaína, e pelo sexto ano consecutivo, o número destas condenações foi superior ao das condenações envolvendo apenas heroína, consolidando assim a tendência verificada nos últimos anos de maior visibilidade da cocaína nestes circuitos. Nas condenações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, em 2011, a cocaína surgiu em 84% destas condenações (24% do total das condenações).

¹³⁶ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano, com a inclusão das decisões que deram entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.



Consumos

Nos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados na população geral, o consumo de ecstasy ganhou maior visibilidade entre 2001 e 2007, surgindo em 2007 como a terceira droga com maiores prevalências de consumo. Já em populações escolares, os estudos nacionais apontam para uma diminuição do consumo entre 2001-2003 e 2006-2007, e novamente um ligeiro aumento entre 2006-2007 e 2010-2011.

Em 2007 foi realizado em Portugal o segundo *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*¹³⁷, e em 2012 o terceiro, não estando à data disponíveis os resultados de 2012.

Neste estudo, em 2007 o ecstasy surgiu como a terceira droga preferencialmente consumida pelos portugueses, na população total (15-64 anos) e na população jovem adulta (15-34 anos). Entre 2001 e 2007, registou-se um aumento das prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida na população total (de 0,7% para 1,3%) e na jovem adulta (de 1,4% para 2,6%). Nas prevalências de consumo nos últimos 30 dias verificou-se uma estabilização na população total (0,2% em 2001 e 2007) e na jovem adulta (de 0,4% para 0,5%). Apesar de ser a primeira droga na população total e a terceira na jovem adulta com maiores taxas de continuidade do consumo¹³⁸ em 2007, verificou-se uma diminuição dessas taxas entre 2001 e 2007, na população total (de 53,5% para 32,7%) e na jovem adulta (de 59,8% para 35,1%). Os homens registaram prevalências de consumo de ecstasy mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias de 2,1% e 0,3% na população total e de 4,3% e 0,6% na jovem adulta) do que as mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 30 dias de 0,4% e 0,1% na população total e de 0,8% e 0,2% na jovem adulta), embora o grupo feminino apresente taxas de continuidade do consumo mais altas. O Algarve e Lisboa (NUTS II) registaram em 2007 prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida acima da média nacional na população total e na jovem adulta, destacando-se também nesta última a região Centro. Nas prevalências de consumo nos últimos 30 dias, destacaram-se as regiões do Alentejo, Lisboa e Centro, com valores iguais à média nacional na população total e na jovem adulta (nesta última, o Alentejo registou uma prevalência acima da média nacional).

Nas populações escolares, foram realizados neste ciclo estratégico diversos estudos nacionais inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹³⁹ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁴⁰ (3.º

¹³⁷ Balsa et al., 2008.

¹³⁸ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹³⁹ Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006 e 2010, encontram-se publicados (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010).

¹⁴⁰ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁴¹ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁴² (alunos dos 13 aos 18 anos), e novamente, em 2010 o HBSC/OMS e, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD.

Os resultados dos vários estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 nas populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 - evidenciaram prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida relevantes, seja a nível do HBSC/OMS em 2002, seja do ESPAD e do ECATD em 2003. Constatou-se uma tendência de aumento das prevalências do consumo de ecstasy ao longo da vida, no HBSC/OMS entre 1998 e 2002 e no ESPAD entre 1999 e 2003.

Quadro 30 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Ecstasy ao Longo da Vida (%)
2001 – 2003, 2006 – 2007 e 2010 – 2011

Estudos	CONSUMOS						
	2001	2002	2003	2006	2007	2010	2011
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	0,7	–	–	–	1,3	–
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	1,4	–	–	–	2,6	–
População Reclusa	17,0	–	–	–	19,9	–	–
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	–	–	4	–	2	3
	HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano)	–	2,2	–	1,6	–	1,8
	INME (3.º Ciclo)	4,1	–	–	2,1	–	–
	INME (Secundário)	4,6	–	–	2,1	–	–
	ECATD 13 anos	–	–	1,5	–	0,9	–
	14 anos	–	–	3,1	–	1,5	–
	15 anos	–	–	2,5	–	2,5	–
	16 anos	–	–	3,7	–	2,3	–
	17 anos	–	–	3,5	–	3,3	–
	18 anos	–	–	4,3	–	4,0	–

Fonte: Balsa et al., 2008; Torres et al., 2009; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010; Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b; Feijão & Lavado 2006; Feijão, 2009; Feijão et al., 2012; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Nos estudos nacionais realizados em 2006 e 2007, verificou-se uma diminuição das prevalências do consumo de ecstasy e da sua importância relativa, comparativamente aos estudos de 2001- 2003.

Em 2006, os resultados do HBSC/OMS e do INME evidenciaram descidas das prevalências de consumo de ecstasy. No HBSC/OMS, entre 2002 e 2006 verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida (de 2,2% para 1,6%), a qual surgiu em 2006 e contrariamente ao sucedido em 2002, com um valor inferior à prevalência de consumo de LSD. Nos resultados do INME, o ecstasy surgiu, a par da cocaína, como a segunda droga com maiores prevalências de consumo entre os alunos do 3.º Ciclo, surgindo também entre as três drogas com maiores prevalências de consumo nos alunos do Secundário. Entre 2001 e

¹⁴¹ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

¹⁴² O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

2006, verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida e nos últimos 30 dias no 3.º Ciclo (respetivamente de 4,1% para 2,1% e de 1,5% para 1,0%) e no Secundário (respetivamente de 4,6% para 2,1% e de 1,5% para 0,9%).

Em 2007, no ESPAD, o ecstasy registou uma prevalência de consumo ao longo da vida idêntica às da maioria das outras drogas que não cannabis, contrariamente a 2003 em que surgiu como a segunda droga mais prevalente, constatando-se entre 2003 e 2007 uma descida na prevalência de consumo ao longo da vida (4% em 2003 e 2% em 2007). Também no ECATD os resultados apontam para uma diminuição da importância relativa do consumo de ecstasy, surgindo em 2007 com prevalências de consumo ao longo da vida inferiores às de cocaína e inferiores ou iguais às de anfetaminas em quase todas as idades (exceto nos 18 anos em que ainda surge como a segunda droga mais prevalente). De um modo geral, as prevalências de consumo de ecstasy variaram na razão direta da idade (0,9% nos alunos de 13 anos e 4% nos alunos de 18 anos). Entre 2003 e 2007 verificou-se uma descida destas prevalências de consumo, particularmente entre os alunos mais novos.

Após a tendência de diminuição das prevalências de consumo de ecstasy entre 2001-2003 e 2006-2007, verificaram-se em 2010 e 2011, de um modo geral, ligeiros aumentos destas prevalências (exceto no ECATD, entre os alunos mais velhos).

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram um aumento relativamente a 2006 da prevalência de consumo de ecstasy ao longo da vida (de 1,6% para 1,8%), sendo no entanto ainda inferior à registada em 2002 (2,2%).

No ESPAD 2011, o ecstasy surgiu com uma prevalência de consumo ao longo da vida (3%), igual às da maioria das outras substâncias que não cannabis. Entre 2007 e 2011, e após a diminuição entre 2003 e 2007, verificou-se um aumento destas prevalências, mantendo-se no entanto aquém da registada em 2003. Em 2011, Portugal apresentou uma prevalência de consumo de ecstasy ao longo da vida igual.

No ECATD 2011, o ecstasy surgiu com prevalências de consumo ao longo da vida que variaram entre 1,1% (13 anos) e 3,0% (15 anos). Entre 2007 e 2011 verificou-se uma tendência para um ligeiro aumento a nível dos alunos mais novos e uma descida nos mais velhos, mantendo-se no entanto inferiores às registadas em 2003 (exceto nos 15 anos).

No INME 2011, o ecstasy surgiu com prevalências de consumo muito semelhantes entre os alunos do 3.º Ciclo e do Secundário (respetivamente 1,9% e 2,0% ao longo da vida, 1,5% e 1,6% no último ano e 1,2% e 1,3% no último mês). Entre 2007 e 2011, registou-se uma tendência de ligeira diminuição nas prevalências de consumo ao longo da vida e de ligeiro aumento das prevalências no último ano e no último mês, tanto no 3.º Ciclo como no Secundário. No entanto, as prevalências de 2011 mantêm-se aquém das registadas em 2001.

Os resultados do ESPAD 2003, 2007 e 2011 relativos às perceções do consumo regular de ecstasy, evidenciaram um aumento da perceção desse risco neste ciclo estratégico (78%, 74% e 72% dos alunos em 2011, 2007 e 2003 referiram ser de *grande risco* o seu consumo regular). Comparativamente à média europeia,

os alunos portugueses percebem como de maior risco o consumo regular de ecstasy (em 2011, a média europeia de atribuição de *grande risco* ao consumo regular de cannabis foi de 73%).

No contexto da população prisional, neste ciclo estratégico apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final deste ciclo.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*¹⁴³, o ecstasy surgiu em 2007 entre a população reclusa, com prevalências de consumo superiores às de anfetaminas quer no contexto anterior à reclusão quer no de reclusão. Foi a única substância ilícita que registou entre 2001 e 2007, um aumento da prevalência de consumo ao longo da vida (17% em 2001 e 19,9% em 2007). Tal reflete o acréscimo registado na prevalência de consumo de ecstasy no contexto anterior à reclusão - 16,4% em 2001 e 18,2% em 2007 -, uma vez que se verificou uma diminuição no contexto de reclusão - 6,4% em 2001 e 2,7% em 2007. À semelhança do ocorrido com as restantes drogas com exceção da heroína e cocaína, verificou-se no contexto de reclusão um aumento do consumo regular¹⁴⁴ de ecstasy (<0,1% em 2001 e 0,3% em 2007).

A nível dos vários indicadores indiretos relativos ao consumo, o ecstasy continua a ter um papel muito secundário e residual. No entanto, e contrariamente à tendência de diminuição da sua visibilidade nos anos mais recentes, em 2011 constataram-se aumentos a nível de alguns indicadores, designadamente das mortes e dos processos de contraordenação por consumo de drogas.

Quadro 31 - Ecstasy: Alguns Indicadores Indiretos relativos aos Consumos
2009 – 2011

Indicadores Indiretos			CONSUMOS					
			2009		2010		2011	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura de Tratamento: Droga Principal dos Utentes	Ambulatório / Rede Pública	Total de Utentes	20	0,1	13	0,1	23	0,1
		Novos Utentes	4	0,1	3	0,1	5	0,1
	Centros de Dia (Públicos e Licenciados)		..	..	..	..	..	..
	Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)		..	..	..	..	..	..
	Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)		9	0,2	12	0,3	10	0,3
Mortes	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		...	..	...	..	...	..
	Registos Específicos de Mortalidade INML, I.P. ^{c)}	Só com Ecstasy	..	..	..	..	..^{d)}	..
		Ecstasy + Outras	..	..	..	..	1 ^{d)}	5
Processos de Contraordenação	Só com Ecstasy		8	0,1	9	0,1	24	0,4
	Ecstasy + Outras Drogas		23	0,3	18	0,3	42	0,6

a) % relativa a cada indicador.

b) *Dependência de drogas, toxicomania*, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, *Mortes relacionadas com drogas* (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT.

c) Casos de *overdose*.

d) Os dados de 2011 sofrerão atualizações no próximo ano.

Fonte: Unidades Licenciadas / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. / Instituto Nacional de Estatística, I. P. / Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

¹⁴³ Torres et al., 2009.

¹⁴⁴ *Todos os dias* no último mês na prisão.

No âmbito da **procura de tratamento**, em 2011 o ecstasy foi referido como droga principal por 0,1% dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência, e, por 0,1% dos novos utentes (primeiras consultas) nesta rede. Uma vez mais nos Centros de Dia públicos e licenciados assim como nas Unidades de Desabilitação públicas e licenciadas não surgiram nenhuma referências ao ecstasy enquanto droga principal, sendo também residuais a nível dos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas e licenciadas (0,3%).

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., uma vez mais por razões de “segredo estatístico”¹⁴⁵, não foi possível em 2011 disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INML, I.P., em 2011¹⁴⁶ registou-se um caso de *overdose* com a presença de ecstasy em associação com outras substâncias não opiáceas. Em 2010, tal como em 2009 e 2008, não houve registo da presença de ecstasy em qualquer dos casos de *overdose*.

Também nos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, o ecstasy continua a surgir com valores residuais. Em 2011 e à semelhança dos anos anteriores, menos de 1% dos processos de contraordenação por consumo de drogas estavam relacionadas só com ecstasy, registando o número destes processos (24) um aumento de +167% relativamente a 2010. Nos processos envolvendo a posse simultânea de várias drogas, a presença de ecstasy adquire um pouco mais de visibilidade, estando em 2011 presente em 10% destes processos (0,6% do total de processos relativos às ocorrências de 2010). Nos dez distritos (cinco em 2010) em que foram abertos processos de contraordenação relativos às ocorrências de 2011 relacionadas só com ecstasy, estes representaram menos de 1% dos processos abertos em cada uma das respetivas CDT, com exceção de Portalegre (5%). Em termos absolutos, foi o distrito de Lisboa que registou o maior número (6) de processos relacionados só com ecstasy.

Mercados

Nos resultados do ESPAD¹⁴⁷ 2003, 2007 e 2011 relativos às perceções sobre a facilidade de acesso a drogas ilícitas, o ecstasy foi considerada pelos alunos de 16 anos, como de menor acessibilidade que a cannabis, diminuindo a facilidade percebida de acesso entre 2003 e 2011 (respetivamente 15%, 16% e 21%, em 2011, 2007 e 2003, referiram ser *fácil* ou *muito fácil* arranjar ecstasy). Comparativamente à média europeia, em 2011 os alunos portugueses declararam maior facilidade de acesso (a média europeia de ser *fácil* ou *muito fácil* arranjar ecstasy foi de 13%).

¹⁴⁵ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio.

¹⁴⁶ Os dados de 2011 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

¹⁴⁷ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

No âmbito dos vários indicadores indiretos relativos aos mercados, o ecstasy continua a apresentar valores pouco expressivos, tendo diminuído na segunda metade da década a sua visibilidade no mercado nacional.

Em 2011 registaram-se 95 **apreensões** de ecstasy, representando um acréscimo de +10% em relação ao ano anterior. É de referir o aumento consecutivo nos dois últimos anos no número destas apreensões, contrariamente à tendência de decréscimo verificada na segunda metade da década. No entanto, as **quantidades** de ecstasy¹⁴⁸ confiscado em 2011 registaram os valores mais baixos da última década. Em 2011, cerca de 6% das apreensões de ecstasy envolveram **quantidades significativas**¹⁴⁹, representando no entanto, em termos de quantidades apreendidas, a maioria (55%) do ecstasy confiscado no país.

Relativamente às **rotas**, desconhece-se a proveniência da quase totalidade do ecstasy apreendido no país em 2011, destinando-se as quantidades com informação em matéria de rotas ao mercado interno. O distrito de Portalegre, seguido de Lisboa, Porto e Setúbal, foram os distritos com o maior número de apreensões de ecstasy (respetivamente 22%, 17%, 17% e 9% do total destas apreensões), destacando-se os distritos de Setúbal, Porto e Lisboa com a maior quantidade de ecstasy apreendido no país em 2011 (respetivamente com 31%, 18% e 16% do total confiscado).

Em 2011 não existe informação sobre o **preço**¹⁵⁰ médio do ecstasy, verificando-se desde 2002 uma tendência de decréscimo.

Quadro 32 - Ecstasy: Alguns Indicadores Indiretos relativos aos Mercados

Indicadores Indiretos		2009 - 2011					
		MERCADOS					
		2009		2010		2011	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Interpeleções Policiais	Apreensões	63		86		95	
	Quantidades Apreendidas ^{b)} (compr.)	8 987		48 370		7 791	
	Preço Médio (comprimido)	- ^{c)}		3,68 €		- ^{c)}	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Ecstasy	9	0,1	9	0,1	17	0,3
	Ecstasy + Outras Drogas	92	2	139	2	137	2
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Ecstasy	8	0,4	5 ^{d)}	0,2	3 ^{d)}	0,2
	Ecstasy + Outras Drogas	55	3	22 ^{d)}	1	26 ^{d)}	1

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.

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

d) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2011 que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.

Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Tribunais / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

¹⁴⁸ As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria 94/96 de 26 de Março.

¹⁴⁹ Consideradas no caso do ecstasy as quantidades iguais ou superiores a 250 comprimidos, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

¹⁵⁰ 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.

A nível das **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, à semelhança dos anos anteriores, o número de presumíveis infratores só na posse de ecstasy (17) representou menos de 1% do total de presumíveis infratores. No entanto, verificou-se um aumento (+89%) em relação aos dois anos anteriores (em que se registaram os valores mais baixos da década), contrariamente ao ocorrido a nível do número total de presumíveis infratores (-2%). Nas situações envolvendo a posse simultânea de várias drogas, o ecstasy adquire um pouco mais de visibilidade, surgindo em 2011, em 9% destas situações (2% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2011¹⁵¹ foram condenados 3 indivíduos na posse apenas de ecstasy, representando menos de 1% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga. Nas condenações relacionadas com a posse de várias drogas, o ecstasy surge com valores um pouco mais expressivos, estando em 2011, presente em 5% destas condenações (1% do total das condenações).

¹⁵¹ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano, com a inclusão das decisões que derem entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.



Outras Drogas e Policonsumos

Consumos

Nos resultados dos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados na população geral, o consumo de anfetaminas e de alucinogénios ganhou maior visibilidade entre 2001 e 2007. Nas populações escolares, após as tendências de estabilidade e de diminuição das prevalências de consumo destas substâncias entre 2001/2003 e 2006/2007, constatou-se nos estudos de 2010 e 2011, de um modo geral, uma tendência de aumento destas prevalências, com particular relevo do LSD.

Em 2007 foi realizado em Portugal o segundo *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral*¹⁵², e em 2012 o terceiro, não estando à data disponíveis os resultados de 2012.

Neste estudo, em 2007, o consumo de anfetaminas e de alucinogénios surgiu com um pouco mais de visibilidade na população portuguesa (15-64 anos), sobretudo na população jovem adulta (15-34 anos). Entre 2001 e 2007, registou-se um aumento das prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida na população total (de 0,5% para 0,9%) e na jovem adulta (de 0,6% para 1,3%), verificando-se uma estabilidade das prevalências nos últimos 30 dias na população total (0,1% em 2001 e 2007) e um aumento na jovem adulta (de 0,1% para 0,3%). As prevalências de consumo de LSD¹⁵³ ao longo da vida e nos últimos 30 dias também aumentaram entre 2001 e 2007, na população total (respetivamente de 0,4% para 0,6% e de <0,1% para 0,1%) e na jovem adulta (respetivamente de 0,6% para 0,9% e de 0,1% para 0,2%). Em 2007, em ambas as populações, as prevalências de consumo de cogumelos alucinogénios ao longo da vida foram superiores às de LSD e semelhantes nos últimos 30 dias. Ao contrário do sucedido com as outras drogas, as anfetaminas registaram uma subida das taxas de continuidade do consumo¹⁵⁴ entre 2001 e 2007, na população total (de 13,2% para 20%) e na jovem adulta (de 19,4% para 29,2%), verificando-se uma diminuição dessas taxas no caso do LSD, tanto na população total (de 27,8% para 20,5%) como na jovem adulta (de 40,5% para 28,3%). Os homens registaram prevalências de consumo de anfetaminas mais altas do que as mulheres, apresentando eles taxas de continuidade do consumo mais elevadas na população total e taxas semelhantes às mulheres na população jovem adulta. Também as prevalências de consumo de alucinogénios foram mais elevadas nos homens, embora elas apresentassem taxas de continuidade do consumo superiores. O Algarve, Lisboa e Açores (NUTS II), apresentaram em 2007 prevalências de consumo de anfetaminas acima da média nacional em ambas as populações. Nas prevalências do consumo de alucinogénios, destacaram-se as regiões do Algarve, Lisboa e Alentejo, com prevalências acima da média nacional na população total e na jovem adulta.

¹⁵² Balsa et al., 2008.

¹⁵³ No caso dos alucinogénios, só existem dados comparativos com 2001 para o LSD.

¹⁵⁴ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

Nas populações escolares, foram realizados neste ciclo estratégico diversos estudos nacionais inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁵⁵ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁵⁶ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁵⁷ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁵⁸ (alunos dos 13 aos 18 anos), e novamente, em 2010 o HBSC/OMS e, em 2011, o INME, o ESPAD e o ECATD.

Os resultados dos estudos nacionais realizados entre 1995 e 2003 nas populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 - apontavam para um aumento do consumo de alucinogénios entre 1999 e 2003 (ESPAD) e de estimulantes entre 1998 e 2002 (HBSC/OMS), e um ligeiro decréscimo do consumo de anfetaminas entre 1999 e 2003 (ESPAD).

Nos estudos de 2006 e 2007, verificaram-se de um modo geral, tendências de estabilidade e de decréscimo das prevalências do consumo de estimulantes, anfetaminas e alucinogénios, comparativamente a 2001-2003.

Em 2006, os resultados do HBSC/OMS e do INME evidenciaram estabilização e descidas das prevalências de consumo. No HBSC/OMS, entre 2002 e 2006 verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo ao longo da vida de estimulantes e de LSD, que surgiram em 2006 como a segunda e terceira drogas com maiores prevalências de consumo ao longo da vida (3,5% e 1,8%). No INME, em 2006 as prevalências de consumo de anfetaminas foram superiores às de alucinogénios no 3.º Ciclo (1,8% anfetaminas, 1,6% LSD e 1,5% cogumelos alucinogénios) e no Secundário (2% anfetaminas e 1,6% LSD e cogumelos alucinogénios). No 3.º Ciclo os alucinogénios foram as drogas com menores prevalências de consumo e no Secundário as anfetaminas surgiram entre as drogas com maiores prevalências de consumo. Entre 2001 e 2006, verificou-se no 3.º Ciclo e no Secundário um decréscimo das prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida e uma estabilização das prevalências nos últimos 30 dias. Também diminuíram as prevalências de consumo de alucinogénios ao longo da vida e nos últimos 30 dias no 3.º Ciclo, registando-se no Secundário um decréscimo das prevalências ao longo da vida e uma estabilização das prevalências de consumo nos últimos 30 dias.

Em 2007, no ESPAD, as anfetaminas e os cogumelos alucinogénios registaram prevalências de consumo ao longo da vida (2%) idênticas às da maioria das outras drogas que não cannabis, apresentando o LSD ou outros alucinogénios¹⁵⁹ uma prevalência de consumo inferior (1%). Entre 2003 e 2007 verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo destas substâncias ao longo da vida. No ECATD, verificou-se um aumento da importância relativa do consumo de anfetaminas, registando-se em 2007 prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida superiores (13-14 anos) ou iguais (15-17 anos) às do ecstasy em quase todas as idades (exceto nos 18 anos). Os alucinogénios foram as drogas com menores prevalências de consumo ao

¹⁵⁵ 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 e 2010, encontram-se publicados (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010).

¹⁵⁶ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I.P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

¹⁵⁷ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

¹⁵⁸ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I.P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

¹⁵⁹ No ESPAD, a categoria *LSD e outros alucinogénios* não inclui os cogumelos alucinogénios, pois estes são uma categoria específica.

longo da vida, exceto nos alunos mais velhos (18 anos). De um modo geral, as prevalências de consumo de anfetaminas e de alucinogénios ao longo da vida variaram na razão direta da idade (nas anfetaminas variaram entre 1,1% nos 13 anos e 3,3% nos 18 anos, e, nos alucinogénios variaram entre 0,8% nos 13 anos e 2,5% nos 18 anos). Entre 2003 e 2007 verificou-se uma descida das prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida entre os 13-16 anos e uma subida entre os 17-18 anos, e no caso dos alucinogénios registou-se uma tendência de diminuição sobretudo nas prevalências de consumo de cogumelos alucinogénios.

Após as tendências de estabilidade e de diminuição das prevalências de consumo destas substâncias entre 2001/2003 e 2006/2007, constatou-se nos estudos de 2010 e 2011, de um modo geral, uma tendência de aumento destas prevalências, sobretudo das prevalências de consumo de LSD.

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram, tal como nos estudos de 2002 e 2006, serem os estimulantes a segunda droga com maior prevalência de consumo ao longo da vida entre esta população escolar, constatando-se uma estabilidade dessa prevalência ao longo dos anos (3,5% em 2002 e 2006, e 3,4% em 2010). O LSD, tal como em 2006, surgiu como a terceira droga com maior prevalência de consumo ao longo da vida, registando-se uma vez mais um aumento dessa prevalência (1,7%, 1,8% e 2%, respetivamente em 2002, 2006 e 2010).

No ESPAD 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas, de cogumelos alucinogénios e de LSD e outros alucinogénios, foram idênticas (3%). Entre 2007 e 2011, e ao contrário da diminuição entre 2003 e 2007, verificaram-se aumentos destas prevalências, registando-se em 2011 prevalências iguais (caso das anfetaminas e dos cogumelos alucinogénios) ou superiores (caso do LSD e outros alucinogénios) às registadas em 2003. Em 2011, Portugal apresentou uma prevalência de consumo de anfetaminas ao longo da vida igual à média europeia (3%) e superior no caso do LSD e outros alucinogénios (2% a média europeia).

No ECATD 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas variaram entre 1,1% e 3,5%, as de cogumelos alucinogénios entre 0,7% e 2,8% e as de LSD entre 0,9% e 3,0%. Entre 2007 e 2011 verificaram-se, de um modo geral, tendências de estabilidade ou ligeiros aumentos nas prevalências de consumo de anfetaminas e de cogumelos alucinogénios, e aumentos nas prevalências de consumo de LSD. Comparativamente a 2003, são de destacar as variações ocorridas nos alunos mais velhos, no sentido de aumentos nas prevalências de consumo de anfetaminas e de LSD e diminuição nas prevalências de consumo de cogumelos alucinogénios.

No INME 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas foram de 1,6% no 3.º Ciclo e de 2,9% no Secundário, as de LSD de 1,4% no 3.º Ciclo e de 2,3% no Secundário, e as de cogumelos alucinogénios foram de 1,4% no 3.º Ciclo e de 1,9% no Secundário. As prevalências de consumo destas substâncias no último mês, foram de 1% tanto no 3.º Ciclo como no Secundário. Entre 2007 e 2011, no 3.º Ciclo registou-se uma tendência de diminuição nas prevalências de consumo destas substâncias ao longo da vida e uma estabilidade das prevalências de consumo no último ano e último mês (ligeiro aumento no caso dos cogumelos alucinogénios). No Secundário registou-se uma tendência de aumento de todas as prevalências de

consumo de anfetaminas, LSD e cogumelos alucinogénios. No entanto, de um modo geral, as prevalências de consumo destas substâncias registadas em 2011 mantêm-se aquém das registadas em 2001, tanto no 3.º Ciclo como no Secundário (exceto as prevalências de consumo nos últimos 30 dias no Secundário).

No contexto da população prisional, neste ciclo estratégico apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final deste ciclo.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*¹⁶⁰, contrariamente ao sucedido em 2001, em 2007 as anfetaminas surgiram entre a população reclusa com uma prevalência de consumo ao longo da vida (15,7%) inferior à de ecstasy, sucedendo o mesmo tanto no contexto anterior à reclusão como no de reclusão. Entre 2001 e 2007, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de anfetaminas quer no contexto anterior à reclusão - 18,4% em 2001 e 14,9% em 2007 - quer no de reclusão - 7% em 2001 e 2,3% em 2007. À semelhança do ocorrido com as outras substâncias ilícitas com exceção da cocaína e heroína, verificou-se também no contexto de reclusão um aumento do consumo regular¹⁶¹ de anfetaminas (< 0,1% em 2001 e 0,3% em 2007).

Neste ciclo estratégico foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹⁶². A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹⁶³.

No caso dos condutores em geral, entre os 13 países incluídos no estudo, Portugal registou a terceira maior prevalência de combinações de álcool com outras substâncias psicoativas (0,42%) - ligeiramente acima da média europeia (0,37%) e inferior à média da Europa do Sul (1,01%) -, e no caso das outras combinações de substâncias psicoativas sem o álcool, apresentou a sexta maior prevalência (0,23%), aquém da média europeia (0,39%) e da Europa do Sul (0,87%). No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, a prevalência de anfetaminas foi nula, contrariamente aos outros 3 países em que as anfetaminas foram a droga ilícita mais prevalente. Quanto às associações destas substâncias, Portugal registou a segunda menor prevalência de combinações de álcool com outras substâncias psicoativas (6,0%) e a menor prevalência de combinações de substâncias psicoativas sem álcool (0,4%), entre os quatro países incluídos neste estudo.

A nível dos vários indicadores indiretos relativos ao consumo, a referência isolada a outras substâncias ilícitas para além de opiáceos, cocaína e cannabis, mantêm-se pouco expressiva. As situações relacionadas com policonsumos continuam a ser relevantes.

¹⁶⁰ Torres et al., 2009.

¹⁶¹ *Todos os dias* no último mês na prisão.

¹⁶² Na realidade tratam-se de 2 estudos em que Portugal participou no âmbito deste projeto coordenado pelo Federal Highway Research Institute: 1) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores em geral, em que participaram países da Europa do Norte (Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia), da Europa do Sul (Portugal, Espanha e Itália), da Europa de leste (República Checa, Hungria, Lituânia e Polónia) e da Europa ocidental (Bélgica e Holanda); 2) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores feridos (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Lituânia, e Holanda) ou mortos (Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia) em acidentes de viação. Competiu ao INML, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

¹⁶³ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

No contexto da **procura de tratamento**, o consumo de anfetaminas e de alucinogénios enquanto droga principal é ainda muito residual, continuando a ter maior relevância o consumo de algumas substâncias lícitas, sobretudo o álcool. Enquanto substância principal, o álcool surgiu com valores que variaram entre os 10% (utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência) e 38% (utentes das Unidades de Desabilitação públicas e licenciadas). Em 2011, as referências ao consumo de heroína associado à cocaína ou base de cocaína (*speedball* ou *rebolau*) como droga principal, variaram entre 0,1% (utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência) e os 2% (utentes das Comunidades Terapêuticas públicas e licenciadas).

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., uma vez mais por razões de “segredo estatístico”¹⁶⁴, não foi possível em 2011 disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes. No entanto, em 2009 - último ano com esta informação disponível – a causa de morte predominante (89% no caso do critério da Lista Sucinta Europeia e 63% no do OEDT) foi *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (código F19.2 CID10), causa que inclui os policonsumos.

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INML, I.P., em 2011¹⁶⁵, tal como nos anos anteriores, na maioria (79%) dos casos de overdose de 2011¹⁶⁵ foram detetadas mais do que uma substância (87% em 2010, 84% em 2009 e 87% em 2008), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Neste contexto, são de assinalar as *overdoses* com a presença simultânea de metadona e outras substâncias não opiáceas (37% do total de *overdoses*), com especial relevo para as benzodiazepinas (32%). Importa referir também, em combinação com as substâncias ilícitas, os casos de *overdose* com a presença de álcool (37%, 44%, 57% e 47% das *overdoses* de 2011, 2010, 2009 e 2008), bem como com a presença de benzodiazepinas (42%, 35%, 38% e 39% das *overdoses* de 2011, 2010, 2009 e 2008). A maioria das *overdoses* envolvendo mais do que uma substância pertenciam ao género masculino e cerca de 60% destes casos tinham idades inferiores aos 40 anos.

A nível dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a referência ao consumo isolado de outras substâncias que não a cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, continua a ser muito residual (menos de 1% dos processos de contraordenação). Em 2011, o número de processos relacionados com a posse simultânea de várias drogas (429) diminuiu em relação ao ano anterior (-15%), representando 7% das ocorrências de 2011 (7%, 6%, 10%, 10%, 9% e 11%, em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005). Nestes processos envolvendo várias drogas, predominou mais uma vez a posse de heroína só com cocaína (4% do total de processos e 58% dos processos relacionados com várias drogas), e, tal como já ocorrido desde 2004 e contrariamente ao sucedido nos anos anteriores, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis em vez de heroína com cannabis. Os processos envolvendo várias drogas representaram entre 0% (Castelo Branco) e 24% (Guarda) dos processos abertos em cada uma das CDT relativos às ocorrências de 2011. Em valores absolutos, uma vez

¹⁶⁴ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio.

¹⁶⁵ Os dados de 2011 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

mais foram os distritos do Porto e Lisboa que apresentaram os números mais elevados de processos relacionados com várias drogas.

Mercados

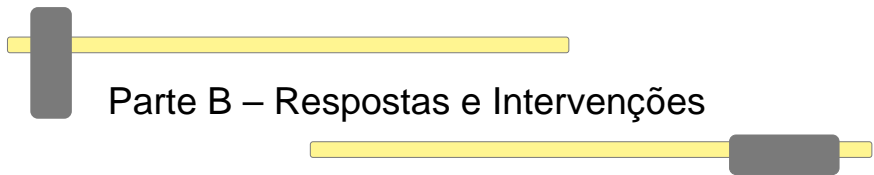
Em 2011 e à semelhança dos anos anteriores, registaram-se apreensões de uma grande variedade de substâncias para além da cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, sendo aqui apenas referidas algumas delas. Nas interpelações policiais e nas condenações ao abrigo da Lei da Droga que envolveram mais do que uma substância ilícita, a associação predominante continua a ser heroína com cocaína.

Em 2011, as maiores **quantidades** confiscadas de anfetaminas registaram-se na Região Autónoma da Madeira e nos distritos do Porto e Leiria, as de LSD em Castelo Branco e Évora, e, as de cogumelos alucinogénios nos distritos de Setúbal e Lisboa. Em 2011 foram ainda apreendidas outras drogas, designadamente DMT (Lisboa), Khat (Lisboa) e mescalina (Setúbal).

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse de várias drogas (1547) foi inferior ao registado no ano anterior (-12%), contrariamente à estabilidade registada a nível do número total de presumíveis infratores (-2%). O valor registado em 2011 é muito semelhante aos registados desde 2006 (excepto 2010 que registou o valor mais elevado deste período), mantendo assim a tendência de estabilidade ocorrida na segunda metade da década, em que se registaram valores inferiores aos da primeira metade. Os presumíveis infratores na posse de várias drogas representaram em 2011 cerca de 26% do total de presumíveis infratores (29%, 26%, 30%, 32%, 29% e 34%, respetivamente em 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 e 2005). À semelhança dos anos anteriores, uma vez mais predominou neste tipo de situações, a associação de heroína com cocaína.

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2011¹⁶⁶ foram condenados 575 indivíduos na posse de várias drogas, representando 29% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga, percentagem ligeiramente inferior às registadas nos últimos anos: 30% em 2010, 35% em 2009, 34% em 2008, 32% em 2007 e 33% em 2006 e 2005. Também neste contexto predominaram uma vez mais as situações envolvendo a posse de heroína com cocaína.

¹⁶⁶ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2010 e 2011 que deram entrada no IDT, I.P. até 31/03/2012. Os dados relativos a 2011 ainda sofrerão atualizações no próximo ano, com a inclusão das decisões que deram entrada no IDT, I.P. entre 31/03/2012 e 31/03/2013.



Parte B – Respostas e Intervenções



Áreas Transversais

IV - Coordenação

V - Cooperação Internacional

VI - Informação, Investigação, Formação e Avaliação



IV - Coordenação¹⁶⁷

1.1. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.

Após as alterações introduzidas na Estrutura de Coordenação no ano de 2010 (consagradas no Decreto Lei nº 40/2010, de 28 de Abril), o eixo da Coordenação do Plano Nacional contra a Droga e as Toxicod dependências 2005-2012 caracterizou-se pela reformulação das Subcomissões, aprovada em sede da 18ª reunião da Comissão Técnica do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicod dependências e do Uso Nocivo do Álcool, a 14 de Fevereiro. O novo modelo das Subcomissões ficou concluído no final do 1º trimestre de 2011.

O relatório das reuniões de cada Subcomissão e a súmula das duas reuniões realizadas pela Subcomissão sobre Despesas Públicas foi apresentada em sede da Comissão Técnica do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicod dependências e do Uso Nocivo do Álcool no 4º trimestre de 2011.

¹⁶⁷ Ver parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências*, capítulo *Coordenação*, disponível no sítio *web* do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

V - Cooperação Internacional¹⁶⁸

1.1. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.

O ano de 2011 foi, em grande medida, marcado pela recessão económica que afeta os países europeus, com as necessárias implicações que esta recessão poderá ter para os níveis de consumo de droga. Porém, esse não foi o único desafio com que nos debatemos ao longo do ano, no plano internacional. As mudanças observadas na oferta de drogas conhecidas e o aparecimento de novas substâncias foram problemas complexos, que exigiram uma resposta concertada e coletiva.

No sentido de *fortalecer a participação portuguesa na construção da política europeia sobre drogas, contribuindo ativamente para a execução dos Planos de Ação da União Europeia na área das Drogas e das Toxicod dependências em matéria de luta contra a droga* [objetivo operacional 7], é de referir o trabalho desenvolvido, em sede do Grupo Horizontal Drogas (GHD)¹⁶⁹, cuja representação nacional foi assegurada pelo IDT, I.P. e pela Representação Permanente de Portugal junto da União Europeia (REPER). Do conjunto de temas abordados, importa realçar a intervenção da UE face à atual crise económica e o policonsumo de droga, incluindo a associação de drogas ilícitas e álcool e, por vezes, medicamentos e substâncias não controladas. Esta realidade, juntamente com a evolução do mercado das drogas sintéticas, coloca um novo desafio às políticas e respostas europeias em matéria de luta contra a droga. O processo de avaliação externa da Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2005-2012) e dos seus Planos de Ação foi outra das matérias amplamente debatidas no GHD. Esta avaliação irá contribuir para a elaboração da Estratégia da UE de Luta contra a Droga, para o período 2013-2020, que será aprovada em Dezembro de 2012.

No plano normativo, a Comissão Europeia procedeu a uma avaliação da execução **da Decisão 2005/387/JAI do Conselho relativa às novas substâncias psicoativas**, que assinalou os pontos fortes deste mecanismo de alerta rápido. Esta avaliação demonstrou, também, a necessidade de tornar a UE mais capaz de acompanhar a rapidez com que se processa o aparecimento, no mercado, de novas substâncias não controladas, pelo que em 2012 serão apresentadas propostas legislativas para a alteração desta Decisão do Conselho.

¹⁶⁸ Ver parte B do volume Anexo ao Relatório, capítulo Cooperação Internacional, disponível no sítio *web* do IDT, I. P. (<http://www.idt.pt>).

¹⁶⁹ Grupo Transpilar do Conselho da UE responsável pela Coordenação das políticas e estratégias em matéria de drogas.

De realçar, igualmente, as **Reuniões Semestrais dos Coordenadores Nacionais da Droga**, organizadas pelas Presidências em exercício do Conselho da União Europeia. Estes encontros constituem um importante fórum de diálogo e debate entre os responsáveis nacionais pelas políticas de luta contra a droga, permitindo a troca de informações relativas à evolução registada a nível nacional e a análise das possibilidades de reforço da cooperação.

Com vista a *promover a presença de Portugal nos fora internacionais, designadamente no contexto das Nações Unidas e da OMS* [objetivo operacional 8], o IDT, I.P. participou ativamente em toda a preparação da **54.ª Sessão da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas**, estrutura que no âmbito das Nações Unidas é responsável por todas as questões relativas à luta contra a droga e a toxicodependência.

Contribuindo para *assegurar o cumprimento das obrigações do Estado português junto do OEDT, atuando como interlocutor privilegiado enquanto país anfitrião desta Agência Europeia e participando nas suas atividades e programas* [objetivo operacional 12], salienta-se a elaboração e envio para o OEDT, do **Relatório Nacional de 2011** (dados de 2010), *Portugal New development, trends and in-depth information on selected issues* e dos *Selected issues History, methods and implementation of national treatment guidelines* e *Cost of drug related treatment in Europe: a comparative analysis*, bem como o preenchimento e submissão das **tabelas estandardizadas e questionários** estruturados na aplicação FONTE do OEDT. É de realçar, igualmente, a elaboração do *Country Overview*, que consiste num resumo da situação portuguesa em matéria de droga e do *Final Activity Report* do OEDT, com o ponto de situação dos 5 Indicadores-Chave¹⁷⁰. O IDT, I.P. acompanhou a participação dos peritos nacionais nas reuniões destes Indicadores.

No que respeita ao *reforço das relações de colaboração e cooperação com os países da América Latina e Caraíbas, no quadro dos Acordos Bilaterais existentes* [objetivo operacional 19], refere-se, a participação do IDT, I.P. no **programa COPOLAD**¹⁷¹ - *Programa de Cooperação entre a América Latina e a UE sobre políticas de luta contra droga*. Este Programa, que tem a duração de 42 meses e um orçamento de 6 milhões de euros, é liderado pela Espanha e conta ainda com a participação da França, Alemanha, Brasil, Argentina, Colômbia e Uruguai, sendo que Portugal, através do IDT, I.P., assumiu um papel predominante neste contexto, participando em três dos quatro componentes do Programa e coordenando a componente relativa à consolidação de Observatórios Nacionais.

Por último, cumpre realçar que em 2011, fruto da **visibilidade internacional que a política portuguesa em matéria de drogas suscitou ao longo dos últimos anos**, foram organizadas e acompanhadas inúmeras visitas de delegações institucionais e da imprensa internacional, que visitaram Portugal para conhecer *in-loco* os resultados da política nacional e a implementação da Lei da Descriminalização.

¹⁷⁰ *Prevalence and patterns of drug use among the general population; Drug-related treatment demand; Drug related infectious diseases; Problem Drug Use; Drug related deaths.*

¹⁷¹ Este programa visa reforçar as capacidades e incentivar o processo de elaboração de políticas de luta contra droga nas suas diferentes etapas nos países da América Latina, bem como estabelecer uma ponte entre os dois continentes em matéria de luta contra as drogas ilícitas.

1.2. Direção Geral da Política Externa

A Direção Geral de Política Externa acompanha as vertentes externas e multilaterais das questões ligadas à cooperação internacional, no quadro da luta contra a produção, tráfico e consumo de drogas ilícitas.

As instâncias europeias deram continuidade à execução da *Estratégia da UE de Luta Contra a Droga 2005-2012*, tal como definida no respetivo *Plano de Ação 2009-2012*, prosseguindo as **Presidências Húngara e Polaca** a sua implementação.

Foi dada particular importância ao Narcotráfico Transatlântico, sublinhando-se a necessidade de uma colaboração da UE com a América Latina e a África Ocidental, no contexto do combate ao tráfico de droga e à redução da oferta, tal como tem sido defendido por Portugal.

Ao longo de 2011, foi debatida, em sede do GHD, de forma sistemática, a proposta da Bolívia, de emenda do artigo 49.º da Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre estupefacientes, com vista à eliminação da alínea e), do n.º 2, que estipula a abolição de mascar folha de coca. As autoridades bolivianas sustentam este seu pedido, na necessidade de serem respeitadas a herança cultural da Bolívia e as tradições e os costumes indígenas.

A **Presidência húngara** realizou a Reunião de Alto Nível do Mecanismo de Cooperação e Coordenação, entre a UE e a América Latina e Caraíbas (Junho), tendo ali sido adotada a Declaração de Bogotá. Esta Presidência promoveu diálogos políticos com a Ásia Central, Balcãs Ocidentais (Maio) e Turquia (Junho).

No que respeita à **Presidência polaca**, uma das suas prioridades foi a cooperação regional com a Europa Oriental, tendo conduzido diálogos com a Moldova, Arménia, Azerbaijão, Geórgia (Setembro), Ucrânia (Outubro) e Rússia (Novembro). Também foi realizado um Dialogo Político nesta matéria com os EUA.

De realçar, ainda:

- A realização do *Simpósio sobre o Desmantelamento das Redes Ilícitas Organizadas*¹⁷², que constituiu uma oportunidade para relançar o compromisso de colaboração inter-regional de combate às ameaças transnacionais de carácter criminal e as redes ilícitas, cada vez mais proeminentes na região transatlântica, especialmente na África Ocidental, com especial destaque para o narcotráfico, contribuindo, também, para o reforço da cooperação com os EUA e para a criação de uma rede de agentes de aplicação da lei.
- No âmbito da concertação de posições da UE junto das Nações Unidas, a preparação da 54ª sessão anual da Comissão de Estupefacientes (CND), que se realizou em Viena (março), em que, de um total de 16 resoluções, a UE apresentou 3 projetos de resoluções e copatrocinou outros 7.

¹⁷² Este seminário envolveu todos os Estados Membros da UE, países do continente Americano e da África Ocidental.

1.3. Polícia Judiciária

A cooperação com as autoridades de aplicação da lei de outros países e com organizações internacionais é, cada vez mais, um dos eixos estruturantes do combate ao tráfico de estupefacientes, atenta a dimensão verdadeiramente global desta atividade ilícita.

A importância da cooperação internacional ganha particular relevo na atividade desenvolvida pela Polícia Judiciária (PJ) uma vez que o território nacional é umas das portas de entrada de grandes quantidades de cocaína e de haxixe para a União Europeia, resultando daí especiais responsabilidades para as autoridades nacionais em matéria de proteção da fronteira externa da União.

Com vista ao fortalecimento da *participação portuguesa na construção da política europeia sobre drogas, contribuindo ativamente para a execução dos Planos de Ação da UE na área da Droga e das Toxicodependências* [objetivo operacional 7], a PJ participou em cerca de **40 reuniões/conferências**, no âmbito dos grupos preparatórios das Decisões do Conselho da Europa, tendo também assegurado a participação externa em outras organizações intergovernamentais e redes internacionais (CECLAD-M; CEPOL; GITAD/AICEF; DEA; ASI e MAOC-N, entre outros).

No sentido de *desenvolver a cooperação com outros Estados Membros da UE e assegurar a participação ativa de Portugal, sempre que justificado, em iniciativas comunitárias destinadas a prevenir e combater mais eficazmente a produção e o tráfico organizados de estupefacientes, precursores e o branqueamento de capitais originado por tais atividades, assegurando, igualmente, a plena cooperação com os organismos comunitários competentes, designadamente a EUROPOL e a EUROJUST, contribuindo ativamente para o reforço do papel dos mesmos no combate ao crime organizado* [objetivo operacional 10 (ação 10.1)], a PJ, através da sua Unidade de Informação Financeira (UIF), participa nos projetos *Egmont Secure Web*, *FIU.net* e *SUSTRANS*, projetos esses de intercâmbio de informação operacional, ao nível da prevenção de branqueamento de capitais. Neste âmbito (branqueamento de capitais), a UIF recebeu 104 pedidos de informação e enviou 59 pedidos. A PJ participa frequentemente em reuniões da EUROPOL [ação 10.5], por exemplo, reuniões no âmbito dos Ficheiros de Análise (AWF), assegurando essa participação, frequentemente, pelos Oficiais de Ligação, colocados em permanência junto daquele organismo europeu. No âmbito da EUROJUST, foram asseguradas duas presenças em reuniões, uma das quais, em colaboração com a EUROPOL.

Quanto à *participação em projetos de cooperação da União Europeia com países terceiros e organizações internacionais* [ação 10.7], a participação e cooperação da PJ, efetuou-se mediante o fluxo de informação operacionalizado por Secções de Informação, através dos Oficiais de Ligação, em permanência na Venezuela, e nos organismos EUROPOL e MAOC-N, bem como, através de funcionários de investigação criminal, destacados com a missão de procederem a assessoria às direções de Polícia Judiciária, dos países como seja Cabo Verde e Guiné-Bissau.

No sentido de *assegurar a plena cooperação com organismos internacionais, designadamente com a INTERPOL e a OMA, de molde a responder aos compromissos assumidos, nomeadamente através da participação em ações operacionais, da regular troca de informação e assistência mútua* [objetivo operacional 11], a PJ colaborou ativamente com a INTERPOL, através do Gabinete Nacional INTERPOL, integrado na orgânica da PJ [ação 11.2] e respondeu a 154 pedidos. Registaram-se, em 2011, duas participações no âmbito do projeto COSMAR, uma primeira relacionada com a criação de procedimentos relativos à forma de obtenção, tratamento e coordenação de informação sobre embarcações suspeitas de tráfico de estupefacientes, e a segunda de carácter operacional.

Visando o *reforço das relações de colaboração/ cooperação com os PALOP, promovendo o desenvolvimento de uma política no âmbito da luta contra a droga e a toxicodependência, designadamente no quadro da CPLP* [objetivo operacional 14], através de funcionários de investigação criminal destacados com a missão de procederem Assessoria às direções de Polícia Judiciária, dos países africanos de expressão portuguesa, Cabo Verde, Guiné-Bissau, e, também, Timor-Leste, a PJ desenvolveu esforços no sentido de **aprofundar as relações de cooperação** entre esses países e Portugal [ação 14.2].

1.4. Direção Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo

Tendo em vista *desenvolver a cooperação com outros Estados Membros da UE e assegurar a participação ativa de Portugal, sempre que justificado, em iniciativas comunitárias destinadas a prevenir e combater mais eficazmente a produção e o tráfico organizados de estupefacientes, precursores e o branqueamento de capitais originado por tais atividades, assegurando, igualmente, a plena cooperação com os organismos comunitários competentes, designadamente a EUROPOL e a EUROJUST, contribuindo ativamente para o reforço do papel dos mesmos no combate ao crime organizado* [objetivo operacional 10], a DGAIEC participou nas operações **FLAGSHIP** e **EDELWEISS** destinadas, designadamente, a prevenir o tráfico de mercadorias sujeitas a proibições e/ou restrições, nas quais se incluem os estupefacientes [ação 10.6].

No sentido de *assegurar a plena cooperação com organismos internacionais, designadamente com a INTERPOL e a OMA, de molde a responder aos compromissos assumidos, nomeadamente através da participação em ações operacionais, da regular troca de informação e assistência mútua* [objetivo operacional 11], refira-se a participação no projeto **PRISM**, promovido pelo INCB da ONU, com acompanhamento e difusão de informações, no âmbito da assistência mútua sobre precursores de droga.

Contribuindo para *reforçar as relações de colaboração/cooperação com os PALOP, promovendo o desenvolvimento de uma política no âmbito da luta contra a droga e a toxicodependência, designadamente no quadro da CPLP* [objetivo operacional 14], foi concluída a discussão e assinado um **memorando de entendimento entre as administrações aduaneiras da CPLP**, no sentido de permitir a troca espontânea de informações relacionadas com o tráfico de mercadorias sujeitas a proibições e/ou restrições, onde se incluem

os estupefacientes, bem como produtos suscetíveis de colocar em causa a segurança e a proteção dos respetivos países.

Contribuindo para *desenvolver e participar em atividades de cooperação e intercâmbio com outros países da UE e países terceiros ao nível do controlo da importação, exportação e trânsito de precursores* [objetivo operacional 15], refira-se a participação em ações de troca de informações, no âmbito do projeto *PRISM*, bem como a participação na **operação aduaneira conjunta BARREL**.

A DGAIEC efetua regular troca de informações, utilizando os sistemas informáticos nacionais (DGAIEC), comunitários (DG TAXUD, OLAF) ou internacionais (WCO), *consolidando e incrementando o intercâmbio de informações entre os diversos países da UE, utilizando recursos existentes ou a criar, no âmbito do controlo da fronteira externa da UE ao nível da segurança e da saúde pública* [objetivo operacional 16].

No que diz respeito à *implementação de estratégias e medidas que contribuam para uma maior utilização do mecanismo das entregas controladas* [objetivo operacional 20], a DGAIEC facilita a organização de entregas controladas a serem efetuadas pela PJ.

VI - Informação, Investigação, Formação e Avaliação¹⁷³

1.1. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.

Contribuindo para o *alargamento, consolidação e otimização do Sistema de Informação Nacional sobre Drogas e Toxicod dependências* – SNIDT [objetivo operacional 21], são de destacar, em 2011, o alargamento da rede de serviços-fonte de dados, designadamente em novos contextos como o da violência doméstica e o da sinistralidade rodoviária relacionadas com o consumo de substâncias psicotrópicas; a otimização do instrumento de recolha de dados relativos a doenças infecciosas nos reclusos em programas de tratamento da toxicod dependência; a continuação do trabalho de articulação com INML,IP a nível da informação dos registos específicos de mortalidade do INML,IP no contexto do indicador “mortes relacionadas com drogas e mortalidade entre os utilizadores de drogas”, que tem permitido a disponibilização de informação sobre os casos de *overdose* no contexto do INML,IP de acordo com os critérios do OEDT (publicados nos Relatórios Anuais de 2009 e 2010 sobre *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências*); a consolidação da recolha normalizada de dados a nível das estruturas de internamento públicas e privadas com vista à futura integração no Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) do IDT, I.P., que tem permitido obter dados harmonizados e desagregados por utente, contribuindo assim para uma maior qualidade da informação de suporte à intervenção, gestão e decisão.

Destaca-se, também, a produção de informação a partir da análise dos dados recolhidos nos serviços públicos e organizações privadas, nomeadamente, a elaboração de informação para o *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências 2010*, enquanto **suporte à avaliação das políticas nesta matéria, à decisão política e ao planeamento da intervenção**, a elaboração de informação periódica para responder a vários compromissos nacionais e internacionais¹⁷⁴; a elaboração de informação de suporte à intervenção, gestão e decisão do Serviço, seja em documentos de divulgação interna¹⁷⁵, seja de divulgação externa¹⁷⁶. Refira-se, ainda, terem sido assegurados os procedimentos relativos às competências do IDT, I.P. no âmbito do mercado lícito de drogas¹⁷⁷, dando resposta a 142 pedidos de licenciamento e 612 comunicações de importações/exportações.

¹⁷³ Ver parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências*, capítulo Informação, Investigação, Formação, Avaliação, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

¹⁷⁴ Nomeadamente para DGS, INFARMED, OEDT e Nações Unidas.

¹⁷⁵ Nomeadamente, análises específicas para o Conselho Diretivo e para diversas Unidades dos serviços centrais, regionais e locais.

¹⁷⁶ Destaque para o *Relatório das Unidades de Desabilitação Públicas 2010*.

¹⁷⁷ Designadamente as previstas nos artigos 7.º e 62.º do DL n.º 15/93, de 22 de Janeiro, e no artigo 12.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro.

No sentido de *apoiar o desenvolvimento de uma comunidade científica que, com regularidade, realize investigação nas áreas das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 23], foi efetuado um relatório das atividades desenvolvidas no âmbito do apoio ao desenvolvimento da Rede de Investigadores sobre Álcool e Drogas (RIAD).

Tendo em vista *monitorizar a evolução, ao longo do tempo, do fenómeno do consumo, em diversas populações* [objetivo operacional 24], repetiram-se o *Inquérito Nacional em Meio Escolar - 3.º Ciclo*, o *Inquérito Nacional em Meio Escolar – Secundário*, já realizados em 2001 e 2006, tendo a recolha de dados a cerca de 75.000 alunos das escolas públicas, sido feita com o apoio do Ministério das Educação. Ainda no âmbito deste objetivo, destaca-se o lançamento de mais um *Inquérito Nacional à População Geral* (já realizado em 2001 e 2007), numa versão atualizada de modo a incluir questões que permitam uma melhor caracterização dos consumos do álcool e do consumo de substâncias psicoativas em meio laboral, bem como aspetos relacionados com o jogo compulsivo/patológico¹⁷⁸. No que respeita ao *aprofundamento do conhecimento sobre dimensões qualitativas e/ou processos ou dinâmicas associados aos diferentes tipos de consumidores e vertentes do consumo* [objetivo operacional 25], salienta-se, a conclusão do estudo sobre *Músicas, Jovens e Substâncias Psicoativas* e, no âmbito europeu, o início do desenvolvimento de três programas de investigação, onde o IDT, I.P. é parceiro, que são financiados pela Comissão Europeia, respetivamente: *ALICE-RAP- Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe-Reframing Addictions Project*¹⁷⁹; *Study on the further analysis of the EU illicit drugs market and responses to it – responding to future challenges*¹⁸⁰ e *New methodological tools for policy and programme evaluation*¹⁸¹.

No âmbito dos projetos europeus, destaca-se, ainda:

- a repetição do *European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD/2011)*, em que se procede à inquirição dos alunos que completaram 16 anos (em 2011) em mais de 35 países; em Portugal, este estudo engloba os alunos de cada um dos grupos etários dos 13 aos 18 anos e denomina-se *ECATD-Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas* e foi realizado numa amostra de cerca de 12.500 alunos do 7.º ao 12.º ano de escolaridade, das escolas públicas (também com a colaboração do Ministério da Educação). Os resultados preliminares foram apresentados em Conferência de Imprensa e na Assembleia da República;
- a preparação da candidatura apresentada (com mais seis países) a financiamento pela Comissão Europeia da implementação de uma ERA-NET sobre drogas, projeto recentemente aprovado, que irá permitir a dinamização e desenvolvimento de uma rede internacional de investigação nas áreas da oferta e da procura de drogas, que possibilitará aos investigadores dos países participantes – Holanda (coordenador),

¹⁷⁸ Estudo desenvolvido pela equipa de investigação da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

¹⁷⁹ Programa, a cinco anos, coordenado pela Espanha (*Fundación Clínic*, Barcelona), em que participam investigadores de 43 Centros de Investigação de diversos países Europeus, Estados Unidos e Austrália e onde o IDT, I.P. participa em dois projetos: *Counting Addictions* e *Costing Addictions*.

¹⁸⁰ Coordenado pela Holanda (*Trimbos Institute*), Reino Unido (ICPR), e *RAND - Europe* e participação de Suécia, República Checa, Bulgária, Itália e Portugal.

¹⁸¹ Coordenado pela Itália (*Universidade Tor Vergata*) e participação de República Checa, Bélgica e Portugal.

Reino Unido, Bélgica, França, Itália e Portugal – o desenvolvimento de projetos multinacionais e multidisciplinares, com financiamento garantido.

Tendo em vista *promover a divulgação e acesso a informação objetiva e fiável na área das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 22], foi consolidado o *site* institucional do IDT, I.P. articulando a atualização dos conteúdos com o envio destes para o Portal da Saúde. Em 2011, o *site* www.idt.pt teve **721.497 visitas** (796.407, em 2010).

Foram adquiridos livros e revistas da especialidade, os quais foram registados, catalogados e indexados nas bases de dados bibliográficas, videográfica, de CD-ROM, de materiais e de fotografias, representando um acréscimo de 2.607 registos (2.007, em 2010).

Ainda no âmbito deste objetivo, o IDT, I.P. apoiou 3 publicações em papel (2, em 2010), facultou o apoio a 28 edições/reedições de publicações eletrónicas (11, em 2010), apoiou 152 consultas bibliográficas (207, em 2010), respondeu a 218 pedidos de materiais (290, em 2010), distribuiu 1.105 publicações (2.200, em 2010), parte destas, no âmbito das obrigações do IDT, I.P. enquanto Ponto Focal do OEDT, dando também continuidade ao serviço de divulgação de informação, nomeadamente, notícias de imprensa e documentos da área.

Em 2011, no que diz respeito à revista *Toxicodependências*, foram editados três números de 2.000 exemplares cada, com artigos originais, sobre a problemática das toxicodependências, tendo colaborado 62 autores e coautores, de diversas áreas académicas, oriundos de várias instituições e sendo abrangidas diversas áreas temáticas.

No ano de 2011 e relativamente à formação dos profissionais do IDT, I.P. com a finalidade de *potenciar e reforçar as competências dos intervenientes e profissionais que direta ou indiretamente atuem no domínio das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 27] foram executadas 557 ações de formação dirigidas a profissionais do Instituto¹⁸².

Regista-se, em comparação com 2010, um decréscimo na ordem dos 38,9%, ao nível da formação interna, verificando-se, também, na formação externa, uma diminuição nas participações dos profissionais (-22,7%). Por comparação ao ano anterior, verifica-se uma diminuição do investimento financeiro aplicado quer na formação interna quer na formação externa na ordem dos 17,3% e 24,6%, respetivamente.

Quadro 33 - Investimento Financeiro, por Tipologia de Formação e por Ano

Investimento Financeiro com Ações	2010	2011
Internas	154.093,05 €	127.448,24 €
Externas	49.982,34 €	37.687,11 €
Total	204.075,39 €	165.135,35 €

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

¹⁸² Inclui CDT (Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência).

Em 2011, foi feito o acolhimento de um total de 425 estágios, distribuídos a nível nacional por diferentes unidades orgânicas e em áreas de formação diversas – Psicologia, Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Educação Social e Comunitária, Psicossocial, Serviço Social, entre outras.

Salienta-se, ainda, a organização de diversos eventos, dos quais se destacam: o Workshop *Programas Financeiros (CIPS; ISEC; JPEN; DAPHNE III, DPIP; FRC; JCIV); Candidaturas - O que precisa saber*⁽¹⁸³⁾, a 17 e 18 de março; o *Fórum Nacional Álcool e Saúde*, a 31 de março; a *Reunião Nacional de Dirigentes*, a 17 de abril; o *I Encontro da Delegação Regional do Norte do IDT, I.P. Pensar as Dependências/Temas Cruzados*, a 13 e 14 de junho; o *XXIV Encontro das Taipas - A nossa saúde*, de 19 a 21 de outubro; a conferência *O Fenómeno das Crackolândias em São Paulo*, a 27 de outubro; o *III Encontro do CRI Lisboa Ocidental - Olhar p'la Equipa: Lendas e Narrativas*, a 11 de novembro e a Apresentação Pública na Assembleia da República do Relatório Anual 2010 “A Situação do País em Matéria de Drogas e de Toxicodependências”, a 21 de dezembro.

1.2. Guarda Nacional Republicana

No que respeita à *promoção de ações de sensibilização e divulgação de informação nas várias áreas de intervenção e nos diferentes contextos* [objetivo operacional 22 (ação 22.4)], a GNR desenvolveu, em contexto escolar 3.988 ações (2.020, em 2010), abrangendo 48.495 indivíduos (23.878, em 2010), 538 estruturas (118, em 2010) e 5.911 folhetos/brochuras (5.175, em 2010); em contexto laboral 1.241 ações (27, em 2010), abrangendo 4.941 indivíduos (824, em 2010), 3.031 estruturas (2, em 2010) e 3.639 folhetos/brochuras (16, em 2010) e, em contexto rodoviário 561 ações (164, em 2010), 6.910 indivíduos (2.889, em 2010), 968 estruturas (13, em 2010) e 3.048 folhetos/brochuras (3.606, em 2010).

No sentido de *potenciar e reforçar as competências dos intervenientes e profissionais que direta ou indiretamente atuem no domínio das drogas e toxicodependências*, [objetivo operacional 28], nomeadamente, com vista ao *reforço da formação nas várias áreas de intervenção e nos diferentes contextos* [ação 28.1], foram realizadas 6 ações, abrangendo 708 formandos.

Procurando *contribuir para aumentar a formação e desenvolver novos métodos e práticas de combate aos crimes associados às drogas* [objetivo operacional 29], na *promoção de formação dirigida aos investigadores da criminalidade associada ao tráfico e consumo de estupefacientes* [ação 29.2], foi realizada uma ação de formação, dirigida a 25 formandos.

¹⁸³ Organização da Direcção-Geral da Política de Justiça, em colaboração com a Direcção-Geral de Administração Interna; a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e o IDT, I.P. (através do DMFRI/NF), com o apoio da Comissão Europeia.

1.3. Polícia Judiciária

Tendo em vista *aprofundar o conhecimento sobre dimensões qualitativas e/ou processos associados aos diferentes tipos de consumidores e vertentes do consumo* [objetivo operacional 25], em 2011, a PJ elaborou 4 Relatórios Situacionais, de âmbito estatístico, respetivamente: *Relatório anual TCD de 2010*, *Relatório Semestral TCD 2011*, *Retrospetiva sobre os indicadores de atividade operacional da GNR* e *Retrospetiva sobre os indicadores de atividade operacional da PSP*. Foi, também, efetuada a atualização do estudo sobre *A Problemática da deteção e desmantelamento de laboratórios clandestinos em Portugal (2000-2011)*.

Contribuindo para *aumentar a formação e desenvolver novos métodos e práticas de combate aos crimes associados às drogas* [objetivo operacional 29], foram organizadas 5 ações de formação profissional, envolvendo 119 participantes, destacando-se os cursos *Tráfico de estupefacientes- Nível I*; *Combate à Droga – 2 cursos de Segurança Militar* e a Palestra sobre *Combate à traficância - identificação de drogas e recolha de provas no local* [ação 29.1].

Com vista à *promoção de formação dirigida aos investigadores da criminalidade associada ao tráfico e consumo de estupefacientes* [ação 29.2], realizaram-se 2 ações de formação, envolvendo 13 participantes, no curso *A via aérea no tráfico de estupefacientes em Portugal*.

No sentido de *desenvolver e participar, em colaboração com os PALOP, em ações de formação relativas à análise de risco e outras matérias no âmbito do tráfico de estupefacientes* [ação 29.5], foi facultada 1 ação de formação à PJ da Guiné Bissau, no âmbito do *Combate ao tráfico de estupefacientes no Aeroporto Internacional de Lisboa*.

1.4. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar

No sentido de *monitorizar a evolução, ao longo do tempo, do fenómeno do consumo, em diversas populações* [objetivo operacional 24] e na perspetiva de continuidade do estudo epidemiológico [ação 24.1], acerca da prevalência do consumo de drogas, na população militar, a Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar (DGPRM) elaborou o relatório acerca da situação do Exército. Esta investigação faz parte de um projeto que abrange as Forças Armadas, realizado em 2007, na Marinha, em colaboração com o LAFTM, com vista a estimar a prevalência do consumo de drogas ilícitas no Ramo, a partir de uma amostra aleatória simples de militares.

No sentido de *potenciar e reforçar as competências dos intervenientes e profissionais que direta ou indiretamente atuam no domínio das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 28], realizaram-se, em 2011, nas Forças Armadas, no âmbito do PPCDAFA, diversas ações de formação. Na Escola do Serviço de Saúde Militar, foram realizados dois cursos de *Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependência*

(*COPATD*), com a participação de 56 militares das Forças Armadas, 10 da PSP e 2 elementos da Cruz Vermelha, num total de 68 formandos.

Com vista a *reforçar a avaliação da qualidade dos serviços prestados e dos resultados alcançados* [objetivo operacional 30], o LAFTM deu continuidade à formação interna, no sentido da **acreditação das suas práticas laboratoriais**, de acordo com a Norma NP EN ISO/IEC 17025:2005.

De salientar que, ao longo do ano, foram ministrados, nas principais Unidades das Forças Armadas, cursos gerais de droga, com a participação dos Núcleos de Apoio ao Comando, outros órgãos dos Ramos envolvidos no PPCDAFA e entidades convidadas. Também nos diferentes cursos das Academias, Institutos e Centros de Formação, prevêem-se tempos letivos sobre a temática da droga e álcool, com referência à problemática associada ao consumo e dando destaque ao programa das Forças Armadas, tendo por grupos alvo, Oficiais, Sargentos e Praças.



Áreas de Missão

VII - Redução da Procura

1. PORI
2. Prevenção
3. Dissuasão
4. Redução de Riscos e Minimização de Danos
5. Tratamento
6. Reinserção

VIII - Redução da Oferta



1. Plano Operacional de Respostas Integradas, PORI¹⁸⁴

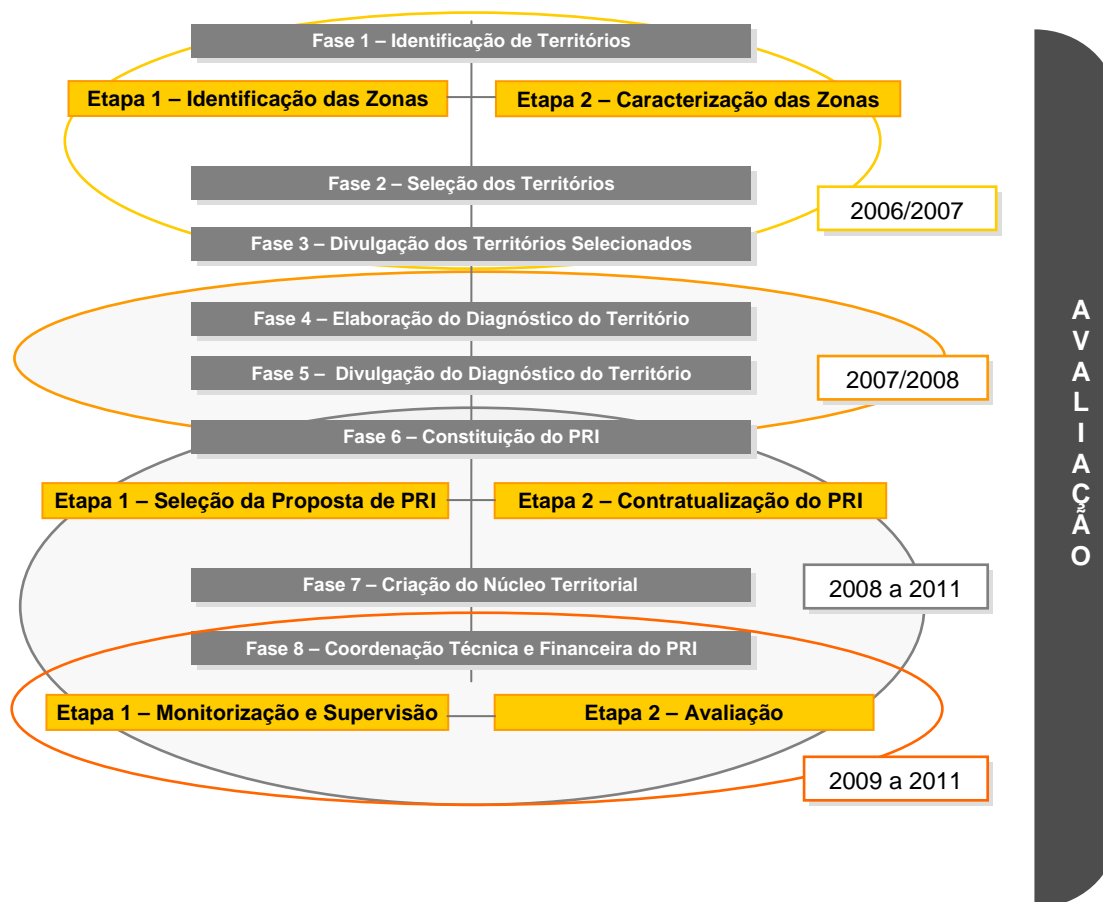
1.1. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.

O Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) é uma medida estruturante ao nível da intervenção integrada, no âmbito do consumo de substâncias psicoativas, que procura potenciar as sinergias disponíveis no território, através da implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI).

Em 2011, deu-se continuidade à implementação dos PRI em funcionamento, contratualizados em 2008 e 2009, além da efetivação de novos PRI sem necessidade de financiamento suplementar.

Como se pode observar no esquema operacional, as atividades desenvolvidas em 2011 centraram-se nas fases 7 e 8, na sequência do trabalho já desenvolvido em anos anteriores.

Figura 55 - Esquema operacional do PORI



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.: PORI - DR

¹⁸⁴ Ver parte B do volume Anexo ao Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências, capítulo PORI, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

Foram prioridades, em 2011, o acompanhamento e avaliação das intervenções desenvolvidas, a avaliação intermédia dos projetos renovados em 2010, a avaliação do primeiro período de execução dos projetos e PRI formalizados em 2009, e conseqüentemente a atualização do diagnóstico inicial de alguns territórios e a decisão sobre a continuidade de projetos cofinanciados, tendo em conta as necessidades identificadas bem como as fortes restrições orçamentais.

Em 2011 estiveram em funcionamento 99 Programas de Respostas Integradas (PRI), dinamizados pelos respetivos Núcleos Territoriais, nos quais se incluem 130 projetos cofinanciados pelo IDT, I.P.¹⁸⁵.

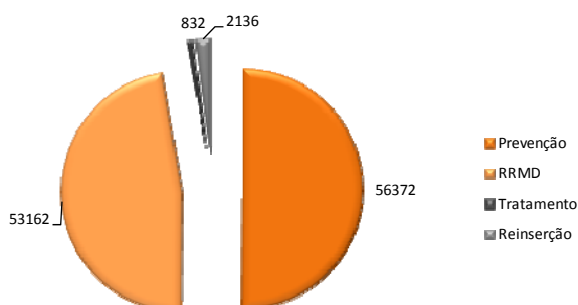
Também em 2011, foi dada continuidade à elaboração de pontos de situação (118 pontos de situação dos 128 projetos que reuniam condições para tal), sendo que, da sua análise, resultou a conclusão de 45 destes projetos e a renovação de 9¹⁸⁶ projetos. O reduzido número de projetos renovados deve-se a restrições orçamentais e não à falta de qualidade das intervenções desenvolvidas.

À semelhança do ano anterior, em 2011, foi dada continuidade à recolha mensal de indicadores de processo dos projetos financiados no âmbito dos PRI. Tendo em conta a importância deste procedimento, foi recolhida informação mensal sobre 128 dos 130 projetos em curso¹⁸⁷.

Relativamente ao número de pessoas abrangidas (por grupos-alvo) e ao tipo de atividades em que participaram em 2011, é importante referir, que os indicadores de execução recolhidos mensalmente, dizem respeito exclusivamente às ações desenvolvidas nos projetos junto dos beneficiários, isto é, não têm por objetivo refletir todo o trabalho que a implementação de um projeto implica, mas reportar alguns números importantes.

Na figura seguinte apresenta-se o número total de indivíduos abrangidos pelos projetos em execução. De salientar que, no eixo da RRMD, inclui-se também a intervenção realizada em contextos recreativos e/ou festivos.

Figura 56 - Total de indivíduos abrangidos, por eixo de intervenção (N=112.502)



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P./PORI - DR

¹⁸⁵ Na DRN, o Projeto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC) e o Projeto Integrado de Atendimento Materno (PIAM) são apresentados como PRI não financiados.

¹⁸⁶ Dados sobre projetos que finalizaram em 2011, por região e eixo de intervenção, bem como projetos renovados em 2011, também por região e eixo de intervenção podem ser consultados no Relatório de Atividades 2011, do IDT, I.P..

¹⁸⁷ Dados sobre distribuição dos projetos com informação concluída e registada na base de dados por região e eixo de intervenção podem ser consultados no Relatório de Atividades 2011, do IDT, I.P..

- **Especificidades por Eixo de Intervenção**¹⁸⁸

No que diz respeito ao número de projetos, por área de intervenção, bem como ao número de indivíduos abrangidos, relativamente à área da **Prevenção**, nos **62 projetos implementados** (68, em 2010), foram abrangidas **56.372 pessoas** (93.636, em 2010): no que diz respeito ao eixo da **Redução de Riscos e Minimização de Danos**, nos **31 projetos** no âmbito dos PRI (34, em 2010), abrangeram-se **6.663 indivíduos** sem enquadramento sociofamiliar (7.685, em 2010) e **46.499** em contexto recreativo; no que respeita ao eixo do **Tratamento**, relativamente a projetos cofinanciados pelo IDT, I.P., a intervenção foi desenvolvida na região Norte, com **2 projetos** e na região de Lisboa e Vale do Tejo com **1 projeto** (igual, em 2010), tendo sido abrangidos **832 indivíduos** (650, em 2010); no que concerne ao eixo da **Reinserção**, a intervenção foi desenvolvida nas regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, num total de **34 projetos** (41, em 2010), abrangendo **2.136 indivíduos** (3.669, em 2010).

- **Implementação dos PRI – Monitorização e avaliação**

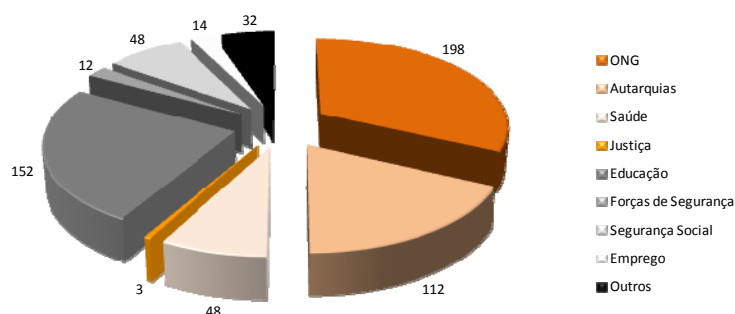
Dando continuidade ao trabalho realizado no ano anterior, aferiu-se a execução de cada PRI através dos dados recolhidos nas Fichas de Monitorização e Avaliação, pretendendo-se uma breve avaliação qualitativa dos seus principais aspetos de desenvolvimento.

Dos 69 PRI cofinanciados que reuniam condições para a elaboração de fichas de monitorização, foram registadas 55. Relativamente aos PRI sem necessidade de financiamento suplementar, foram recebidas 13 avaliações de 30 PRI em execução.

- **Implementação dos PRI – Constituição dos Núcleos Territoriais**

Através da recolha de dados sobre as entidades que constituem os Núcleos Territoriais da Maioria dos PRI implementados (91 PRI, dos 99 PRI implementados em 2011), verificou-se que, em média, cada Núcleo é constituído por 9 entidades.

Figura 57 - Tipologia de Entidades que constituem os Núcleos Territoriais (N=619)



Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P./PORI - DR

¹⁸⁸ Os dados, relativos ao Total de indivíduos abrangidos, ao Tipo de ações desenvolvidas nos projetos (por região) e à Distribuição dos indivíduos abrangidos por tipo de ação, para cada um dos eixos de intervenção, podem ser consultados na parte B do volume Anexo ao Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, capítulo PORI, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

Das **619 entidades** que fazem parte dos Núcleos Territoriais, **198 são ONG**, que incluem Misericórdias, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Associações, Fundações, entre outras. Importa destacar que das 198 ONG presentes nos Núcleos Territoriais, 86 são cofinanciadas pelo IDT, I.P. no âmbito dos PRI.

Com intervenção na área da **Educação** estão presentes **152 entidades**, desde Escolas do Ensino Básico e Secundário, Agrupamentos e Universidades. Verifica-se, também, um peso importante das Autarquias nos Núcleos Territoriais, com 112 representações, que incluem Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia. Destacam-se, ainda, as entidades na área da **Segurança Social (48)**, que incluem os Centros Distritais do Instituto de Segurança Social, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e a Rede Social. Na área da **Saúde** estão presentes **48 entidades**, entre as quais Centros de Saúde, Administração Regional de Saúde e Unidades Locais de Saúde. No âmbito do **Emprego**, o IIEFP, I.P. está representado por **14 entidades**, onde se incluem Centros de Emprego e Centros de Formação Profissional. Estão também presentes as **Forças de Segurança (12)**, onde se incluem a Polícia de Segurança Pública e a Guarda Nacional Republicana. Na área da Justiça, as entidades apresentadas são a Direção Geral dos Serviços Prisionais e a Direção Geral de Reinserção Social.

- **Vertente financeira**

Em 2011 foram efetuados pagamentos a 128 projetos, no total de 4.006.133,34€¹⁸⁹. De acordo com o contratualizado, os pagamentos efetuaram-se por tranches, sendo que para os concursos abertos em 2008 e 2009 foram estipuladas três tranches, enquanto que para as renovações, determinadas em 2010, foi decidido que os pagamentos seriam efetivados em cinco tranches.

Considerando as prioridades de 2011, e por forma a dar suporte à avaliação das intervenções, foi construído por área de missão, o formulário do *Relatório de Avaliação Intermédia*, para o período de continuidade dos projetos. Foi ainda dada continuidade à monitorização das intervenções, através da recolha dos indicadores mensais e à monitorização dos PRI, através da recolha das fichas de monitorização e avaliação.

Relativamente a este último ponto, em Setembro de 2010, foi superiormente decidido que, face aos constrangimentos orçamentais que se previam, os projetos que terminassem a sua execução de 2 ou 4 anos, em 2011 não seriam renovados¹⁹⁰.

Assim, a continuidade dos projetos estaria dependente dos seguintes pressupostos:

- O território abrangido, após atualização do diagnóstico, continuar a carecer de intervenção;

¹⁸⁹ A distribuição dos pagamentos a estes projetos por Delegação Regional, bem como a distribuição da execução financeira por áreas de missão, podem ser consultados na parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, capítulo PORI, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

¹⁹⁰ Poderia ser feita uma exceção caso as Delegações Regionais, baseadas em critérios de qualidade, terminassem alguns projetos suscetíveis de serem prorrogados ainda em 2010, ficando assim verba remanescente para investir noutros projetos que revelassem qualidade técnica e cujo território prioritário continuasse a ter necessidade de intervenção.

- A entidade, através do trabalho desenvolvido, revelar uma intervenção com qualidade e ter respondido aos objetivos e indicadores propostos.

Nalgumas situações, apesar de estarem cumpridos alguns dos critérios subjacentes a estes pedidos de renovação, não existiam condições financeiras para garantir a sua continuidade.

Dado não se ter qualquer informação sobre qual a entidade responsável pela futura gestão do PORI e pela autorização deste tipo de renovações, não existiam condições para uma tomada de decisão, que teria repercussões para o ano em curso e início do próximo.

2. Prevenção¹⁹¹

2.1. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.

Em 2011, a intervenção realizada atendeu à diversificação dos contextos de intervenção, à abrangência de diferentes grupos-alvo, à complementaridade de respostas de carácter universal, seletivo e indicado e à integração das ações que envolveram distintas esferas de vida dos indivíduos, assistindo-se a um reforço das intervenções consistentes, baseadas nas boas práticas definidas para a prevenção, na execução de respostas integradas pela eficiente articulação com os vários agentes locais e com as outras áreas de missão em domínios convergentes (contextos festivos/recreativos, meio universitário, aconselhamento/atendimento de jovens, meio laboral). Verificou-se um forte investimento na execução e avaliação das respostas de prevenção de cariz seletivo e indicado, assim como, a criação e divulgação de programas promotores de intervenção assente em evidência científica, em contextos considerados prioritários.

Houve um fortalecimento do investimento em intervenções de prevenção seletiva e indicada e a organização e criação de espaços de atendimento de prevenção seletiva e indicada, contribuindo assim, nomeadamente, para o reforço de um **Sistema de Atendimento a Adolescentes**¹⁹². Tal tem sido desenvolvido através de consultas de apoio psicossocial para adolescentes e jovens com consumos de substâncias psicoativas, concretamente a *cannabis*.

No sentido de *melhorar a qualidade de programas/projetos que promovam intervenções baseadas em evidência científica* [objetivo operacional 32], foi efetuada a conclusão do processo de gestão financeira e administrativa do **Programa de Intervenção Focalizada** (PIF) e concluído o Relatório Final, avaliando as intervenções e a própria implementação do programa. Foi também, finalizado um Catálogo de Boas Práticas¹⁹³ em Prevenção, que inclui um conjunto de projetos selecionados, de entre os que integraram o PIF e, ainda, realizada a edição do *e-book Intervenção preventiva com Grupos Vulneráveis – A Experiência do Programa de Intervenção Focalizada*. O PIF foi desenhado tendo em vista aumentar o número de intervenções preventivas baseadas em evidência científica e incrementar intervenções preventivas de carácter seletivo para **famílias, crianças e jovens vulneráveis** e, ainda, **indivíduos com padrões de consumo de substâncias psicoativas** em contextos recreativos.

¹⁹¹ Ver parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências*, capítulo *Prevenção*, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

¹⁹² Em articulação com a Área de Missão do Tratamento.

¹⁹³ Este catálogo foi, também, complementado com outros projetos desenvolvidos no âmbito do PORI (Plano Operacional de Respostas Integradas).

No que respeita ao **programa EURIDICE**¹⁹⁴, em 2011 a intervenção decorreu na Câmara Municipal de Loures, Seixal, Águeda e de Vendas Novas, abrangendo 193 atores do meio laboral que incluíram quadros, chefias e trabalhadores.

No âmbito do projeto de Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas - **parceria entre a Casa Pia de Lisboa, I.P. e o IDT, I.P.**¹⁹⁵, foi dada continuidade à participação dos CRI que abrangem as áreas geográficas dos Centros de Educação e Desenvolvimento (CED) da Casa Pia de Lisboa, IP. A intervenção preventiva realizada em 2011¹⁹⁶ abrangeu **750 educandos** (587, em 2010 e 267, em 2009), **405 famílias** (179, em 2010 e 124, em 2009) e **402 colaboradores** (448, em 2010 e 272, em 2009) da CPL,IP.

No que respeita à **intervenção em meio escolar**, foram realizadas inúmeras intervenções em todo o país, dirigidas a alunos, professores e auxiliares de ação educativa, quer de prevenção universal, (459 intervenções abrangendo cerca de 11.500 alunos) quer de prevenção seletiva e indicada, (42 intervenções abrangendo 800 alunos). Para além da continuidade dada ao programa **Atlante - Enfrentar o Desafio das Drogas** (versão portuguesa do ORDAGO – *Afrontar el Desafio de Las Drogas*), implementado desde o ano letivo 2005/2006, na Delegação Regional do Algarve, foi prosseguido a implementação, com o apoio da Delegação Regional de Educação do Alentejo (DREA), do programa de promoção de competências pessoais e sociais **E Agora Ruca**, que abrange crianças e jovens em contexto escolar. Refira-se, ainda, a aplicação do projeto de prevenção universal **Eu e os Outros** onde, no ano em referência, foram abrangidas **244 escolas** (221, em 2010), abrangendo **10.246 alunos** (11.348, em 2010) e implicando na sua **implementação 693 professores aplicadores** (571, em 2010) além de um conjunto alargado de técnicos do IDT, I.P., que suportaram a formação, a supervisão e a avaliação do projeto. De salientar, ainda, ter sido o ano de conclusão do processo de acreditação dos professores interventores no **Eu e os Outros**, sendo um fator de grande relevância para o desenvolvimento deste Projeto.

O ano de 2011 constituiu o momento de efetivação mais concreta do protocolo de colaboração celebrado com o IPJ, I.P., onde, para além da participação no planeamento e avaliação das diferentes medidas do **programa Cuida-te**, as unidades locais do IDT, I.P. colaboraram na realização de atendimento informativo, integrando as equipas que se deslocaram às escolas que o solicitaram ao IPJ, I.P., na Unidade Móvel do programa.

Para além de intervenções de informação/sensibilização focalizadas, foi dada continuidade à implementação da campanha de expressão nacional, sob o lema “energia, usa só a tua”, que incluiu os eventos *Bike Tour*, em Lisboa e no Porto, em parceria com a Sportis, e a Feira *Bike Tour*, contribuindo-se, desta forma, para o *reforço*

¹⁹⁴ O programa EURIDICE (*European Research and Intervention on Dependency and Diversity in Companies and Employment*), iniciado em 2004 no nosso país, visa a prevenção e a intervenção nas dependências do álcool e outras drogas, a promoção de estilos de vida saudáveis, a modificação de atitudes, comportamento e fatores de risco, a alteração das condições de trabalho que possam fomentar o consumo das drogas, o aumento dos conhecimentos sobre o consumo de substâncias e a promoção das condições necessárias à criação de um clima social e laboral saudáveis, através de ações integradas que incluam uma vertente formativa e informativa.

¹⁹⁵ O projeto *Casa Pia* é um projeto de investigação-ação, desenvolvido desde 2005. Enquadra-se no plano de ação do IDT, I.P. que contempla como área prioritária ao nível da prevenção, a intervenção seletiva em meio escolar e junto de jovens institucionalizados, surgindo como resposta preventiva que pretende contribuir para o desenvolvimento saudável dos educandos da Casa Pia de Lisboa, I.P..

¹⁹⁶ Para informação mais detalhada relativa às ações dirigidas a educando, famílias e colaboradores, bem como, novas situações de intervenção indicada pode ser consultado o Relatório de Atividades do IDT, I.P. de 2011.

das intervenções de prevenção universal eficazes [objetivo operacional 34]. Foram, também, realizadas e/ou acompanhadas várias ações de informação/sensibilização de âmbito regional e muitas de âmbito local.

No sentido de *consolidar as respostas de atendimento da Linha vida, utilizando as TIC* [ação 34.5], o www.tu-alinhas.pt¹⁹⁷ registou, em 2011, **63.531 visitantes únicos** (36.355, em 2010), **255.381 visitas** (45.556, em 2010), **162.242 visitas de página** (309.169, em 2010) e **3.032.155 hits** (2.353.525, em 2010).

A **Linha VIDA SOS Droga**, serviço anónimo, confidencial e gratuito, que privilegia o aconselhamento, a informação e o encaminhamento, na área das toxicodependências, recebeu **11.168 chamadas** (12.852, em 2010).

Ao nível Europeu, o enfoque mantém-se na gestão da **FESAT** (*European Foundation of Drug Helplines*) e, especificamente, na promoção da articulação entre serviços congéneres e no desenvolvimento e conclusão de *Guidelines* para a disseminação de Boas Práticas.

2.2. Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

No ano letivo de 2011/2012 deu-se continuidade à implementação de vários programas de prevenção, com carácter estruturado e continuado, de que são exemplo, entre outros, o **Projeto Atlante** (para o 2º e 3º ciclos do Ensino Básico), o **Programa 4d** – currículo de prevenção integrado (3º ciclo), **Programa Crescer a Brincar** (para o 1º ciclo), o Programa **PRÉ** – **programa de competências** (para o pré-escolar) e o **programa Eu passo**, contribuindo assim para *criar e divulgar materiais que sustentem a qualidade da intervenção preventiva, em contextos considerados prioritários* [objetivo operacional 33]. Estes programas ilustram a importância das parcerias no desenvolvimento das intervenções preventivas e são exemplos de boas práticas, visto assentarem em programas estruturados, apoiados em materiais técnico-pedagógicos específicos, integrados nas dinâmicas curriculares das escolas e com processos de avaliação consistentes.

A DGIDC/NESASE participou em vários **eventos/feiras temáticas**, abertas às comunidades locais, nas quais se divulgaram experiências/projetos, na área da promoção da saúde, desenvolvidas por diversas escolas de todo o país. Em todas estas feiras foram apresentadas atividades de prevenção do consumo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas.

Em março/abril de 2012, foi lançado um Edital, através do qual todos os Agrupamentos e Escolas não agrupadas, interessados em ser apoiados na concretização de projetos na área da Promoção da Saúde, foram convidados a apresentar os seus projetos, prevendo-se, após análise destes, a atribuição de verbas para apoiar trabalhos nesta área.

¹⁹⁷ O www.tu.alinhas.pt em funcionamento desde 22 de Fevereiro de 2007, é um *site* juvenil na área das drogas e da toxicodependência, direcionado para jovens a partir dos 12 anos. Funcionando no âmbito da prevenção da toxicodependência, assume um carácter lúdico-pedagógico e tem como objetivo geral a informação e a promoção de comportamentos saudáveis.

Decorrente da articulação IDT, I.P. e DGIDC/NESASE, destaca-se os diversos pareceres sobre materiais e/ou estratégias de intervenção previstas para o meio escolar, nomeadamente, para o *site* www.tu-alinhas.pt, o Projeto **Eu e os Outros** e para o ESPAD/ECATD/2011 – estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas, em alunos do ensino público.

2.3. Guarda Nacional Republicana

A aposta no trabalho a ser realizado junto das escolas e das comunidades educativas, é um dos pilares fundamentais da estratégia institucional, que se tem consubstanciado ao longo dos anos através do Programa “Escola Segura”, sensibilizando e agindo junto dos alunos, pais, professores e responsáveis e funcionários das escolas para a problemática da segurança, nas suas múltiplas vertentes, aconselhando boas práticas e recomendando a adoção de medidas preventivas adequadas, com o objetivo de fazer com que as escolas venham a constituir-se como locais seguros e tendencialmente livres de drogas.

O Programa “Escola Segura” tem âmbito nacional e dispõe de um efetivo dedicado, que em 2011, foi de **263 militares** (237 militares, em 2010), afetos ao Núcleos de Escola Segura, que constituem, o primeiro nível de intervenção policial, revestindo-se a sua missão de cariz essencialmente preventivo, dissuasor e pedagógico.

Foram abrangidas por este programa, nesse ano, **6.902 escolas** (7.666 escolas, em 2010), desenvolvidas **10.843 ações de sensibilização e/ou informação** (9.351 ações, em 2010), abrangendo um universo de **790.655 alunos** (791.583 alunos, em 2010), tendo sido, ainda, realizadas **315 visitas** de escolas e/ou grupos de alunos ao quartel (257 visitas, em 2010).

2.4. Polícia de Segurança Pública

No ano letivo de 2011/2012 a Polícia de Segurança Pública (PSP) continuou a garantir a segurança nos estabelecimentos de ensino, na sua área de responsabilidade.

O programa *Escola Segura* tem como objetivos prioritários: promover uma cultura de segurança nas escolas; fomentar o civismo e a cidadania, contribuindo para a afirmação da comunidade escolar enquanto espaço privilegiado de integração e socialização; diagnosticar, prevenir e intervir nos problemas de segurança das escolas; determinar, prevenir e erradicar a ocorrência de comportamentos de risco e ou ilícitos nas escolas e nas áreas envolventes; promover, de forma concertada com os respetivos parceiros, a realização de ações de sensibilização e de formação, sobre a problemática da prevenção e da segurança em meio escolar, destinadas às forças de segurança, pessoal docente e não docente e demais elementos da comunidade educativa e à opinião pública em geral; recolher informações e dados estatísticos e realizar estudos que permitam dotar as entidades competentes, de um conhecimento objetivo sobre a violência, os sentimentos de insegurança e a vitimação na comunidade educativa.

Durante o ano de 2011/2012 estiveram empenhados no programa *Escola Segura* **391 elementos policiais** (369 elementos policiais, em 2010/2011), que realizaram **7.449 ações de informação/sensibilização** a nível nacional (4.158, em 2010/2011), incidindo especialmente nas questões de prevenção e educação rodoviária (com 2.001 ações) e *bullying* (com 841 ações), através da organização de vários eventos para demonstração de meios, eventos lúdicos, desportivos e culturais. Do total de ações de sensibilização referido, 183 foram ainda sobre “Delinquência Juvenil”, 338 sobre “Utilização da Internet”, 296 sobre “Prevenção Criminal”, 137 sobre “Violência na escola”, 674 sobre “Álcool e Drogas” e 68 sobre “Autoproteção”.

No ano letivo 2011/1012, foram abrangidas **3.421 escolas**, estiveram envolvidos **871.692 alunos** (1.033.921 alunos, em 2010/2011) e **139.651 professores** (137.949 professores e auxiliares de educação, em 2010/2011).

2.5. Instituto Português da Juventude, I.P.

Dentro dos programas, estruturas e iniciativas desenvolvidas pelo Instituto Português da Juventude, I.P. (IPJ, I.P.), no sentido de *Reforçar as intervenções de prevenção universal eficazes e avaliadas* [objetivo operacional 34], destaca-se o **programa Cuida-te**. No âmbito da *Realização de intervenções de informação/sensibilização, integradas e focalizadas, sobre as substâncias psicoativas e riscos associados ao seu consumo, em articulação com outras entidades avaliadas* [ação 34.1], foram executadas iniciativas de prevenção e sensibilização, tendo sido envolvidos 5.621 jovens. Ainda neste domínio foram executadas 11 peças de teatro-debate com a temática **(In)dependências**, tendo sido envolvidos 392 jovens.

3. Dissuasão¹⁹⁸

3.1. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.

À semelhança do ano anterior, manteve-se o **interesse internacional em conhecer e avaliar o Modelo de Dissuasão existente em Portugal**, operado pela Lei da Descriminalização do consumo de drogas, mantendo o impacto positivo ao nível interno e traduzindo-se no incremento do conhecimento do Modelo e do trabalho que é desenvolvido pelas Comissões de Dissuasão da Toxicod dependência (CDT) ao nível da prevenção e encaminhamento para as estruturas de saúde e do trabalho em rede com as autoridades policiais, tribunais e governos civis.

A reposição do *quórum* nas CDT de Porto e Faro, em 2011, veio permitir, por um lado, o incremento do número de encaminhamentos e intervenções, e por outro, a estabilização do seu funcionamento e cumprimento dos objetivos propostos.

No que respeita à *melhoria da articulação interna com os serviços e as respostas do IDT, I.P. e outras respostas convencionadas* [objetivo operacional 38], as CDT mantiveram, durante 2011, um papel relevante na articulação com as estruturas dos CRI no âmbito das respostas preventivas. No ano em referência, registaram-se reuniões/ações de formação de parceria com as equipas de RRMD, bem como contactos e reuniões regulares com as estruturas da área do tratamento, nos vários distritos, numa relação de proximidade e articulação.

Quanto ao *fomento da articulação interministerial, com as tutelas com competências formais no âmbito da aplicação da lei e com as tutelas cuja missão abarque respostas no âmbito da toxicod dependência* [objetivo operacional 40], em 2011 foram extintos os Governos Cívicos, tendo sido necessário encontrar soluções alternativas para o funcionamento das CDT, que não prejudicassem os indiciados e utentes. Salienta-se, no âmbito do mesmo objetivo, o trabalho de proximidade com o Ministério Público e as Forças Policiais, mantendo-se, também, uma articulação regular com os parceiros que trabalham no campo da reinserção social.

A aplicação de uma medida e o seu cumprimento, no processo de contraordenação a um indiciado que se encontre privado de liberdade detém, por vezes, condicionantes físicas adversas ao seu sucesso. Não obstante, tem sido possível, na maioria das vezes, obter respostas e efetivar encaminhamentos para os Serviços Clínicos dos Estabelecimentos Prisionais devido **à articulação positiva entre as entidades intervenientes**.

¹⁹⁸ Ver parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências*, capítulo Dissuasão da Toxicod dependência, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>). Para informação estatística mais detalhada, ver *Parte A*, capítulo Contraordenações, deste Relatório.

Tal como já verificado na *Parte A – Caracterização e Evolução da Situação*, capítulo *Contraordenações* deste *Anexo*, onde consta a informação estatística sobre os processos de contraordenação por consumo de substâncias ilícitas relativos às ocorrências de 2011, o número de processos instaurados em 2011¹⁹⁹ registou uma ligeira diminuição, à semelhança do ano anterior.

Cerca de 79% dos processos de contraordenação abertos em 2011 referem-se a indiciados primários. Relativamente a 1.946 indiciados, não foi possível aferir a sua situação face ao consumo, por falta de comparência dos indicados nas CDT ou por estarem a aguardar a efetivação de diligências processuais.

Dos 674 indiciados primários **toxicodependentes**, 620 (92%) aceitaram aderir voluntariamente a tratamento, no âmbito de uma suspensão provisória do processo. Deste universo, 129 (21%) nunca tinham estabelecido contacto com estruturas de tratamento, 117 (19%) retomaram o tratamento que tinham abandonado e 374 (60%) encontravam-se em tratamento no momento da prática do ilícito contraordenacional. É de referir um decréscimo do número de indiciados primários toxicodependentes que aceitaram aderir voluntariamente a tratamento, relativamente a 2010 (-12%) e a 2009 (-17%).

Do total de indiciados primários **não toxicodependentes** (3.241), 1.815 (56%) foram alvo apenas de diligências de motivação, 485 (15%) foram alvo de diligências de motivação e encaminhados para apoio e 237 (7%) foram diretamente encaminhados para apoio sem necessidade de diligências de motivação.

Constata-se, conseqüentemente, que 2.537 (78%) do universo de indiciados primários não toxicodependentes foram diagnosticados como consumidores em situação problemática que poderiam indiciar situações de maior risco face à toxicodependência, que careciam de apoio especializado e diferenciado. Relativamente aos restantes 704 (22%), trata-se na sua maioria de situações de consumo, que a equipa técnica, após avaliação, considerou não necessitar de qualquer tipo de intervenção por não constituírem situações de risco.

O número de indiciados primários não toxicodependentes que foram alvo de diligências de motivação e/ou encaminhados para apoio em 2011, registou um acréscimo em relação a 2010 e 2009, de 28% e 13%, respetivamente.

3.2. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar

O Programa de Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas²⁰⁰ (PPCDAFA)²⁰¹ é coordenado por um Grupo Coordenador (GCPCTFA), presidido pela Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar (DGPRM) e integrado por representantes da Marinha, do Exército e da Força Aérea.

¹⁹⁹ Independentemente da data da ocorrência do facto punível como contraordenação.

²⁰⁰ Nos termos do Despacho n.º 13043/2000, de 27 de junho, do Secretário de Estado da Defesa Nacional.

²⁰¹ O PPCDAFA inscreve-se num programa global da DGPRM que abarca diferentes áreas de missão e transversais. Por razões de estrutura deste *Relatório* aparece plasmado em diferentes capítulos.

Nos Ramos das Forças Armadas (Marinha, Exército e Força Aérea), a coordenação do PPCDAFA é assegurada por Grupos específicos dos diversos ramos, funcionando de acordo com diretivas internas produzidas ao nível da respetiva hierarquia superior.

Na prevenção primária, prevista pelo PPCDAFA, ocupa lugar de destaque o **rastreio toxicológico** da população militar, para deteção de substâncias ilícitas na urina, basicamente a canabinóides, opiáceos, anfetaminas e cocaína, em que desempenham uma missão fundamental os laboratórios dos Ramos das Forças Armadas, equipados com meios técnicos de referência²⁰², internacionalmente reconhecidos como os mais adequados para a triagem e a confirmação da presença de drogas de abuso na urina.

A grande vantagem do rastreio toxicológico reside na deteção precoce como meio de redução da procura, não apenas por motivos relacionados com as necessidades de segurança da organização, mas, fundamentalmente, por permitir detetar e travar uma dependência o mais próximo possível dos primeiros consumos.

Em 2011, nas Forças Armadas, ocorreram 16.289 colheitas de urina para despiste de drogas (20.961, em 2010), dando lugar à realização de 65.156 testes (84.844, em 2010). À semelhança dos anos anteriores, foram acrescidas as amostras de urina realizadas não apenas à população militar ativa, mas também aos candidatos a militares.

Numa apreciação global dos resultados dos três Ramos das Forças Armadas, verifica-se que ao serem agregados os três tipos de despiste previstos no PPCDAFA – aleatório, extraordinário e obrigatório – a positividade foi de **0.8%** (+ 0,1%, que 2010).

No âmbito da prevenção e como medida ativa de dissuasão do consumo e tráfico interno, realizaram-se, na Marinha, 126 ações de pesquisa cinotécnica (+14, que em 2010). O Exército realizou 91 ações, no dispositivo do Ramo em território nacional, avaliando 13.044 militares (-2857 indivíduos que em 2010), respetivas instalações e viaturas utilizadas. Como resultado, verificou-se a referenciação de 5 militares (-4, que em 2010). Na Força Aérea, ocorreram, ao longo do ano, 24 ações de pesquisa de droga (+5, que em 2010), nas diferentes instalações, com a utilização de equipas cinotécnicas do Ramo.

O PPCDAFA fornece dados relativos ao orçamento (despesas por eixo de intervenção) e à evolução do investimento, que poderão ser consultados na parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, capítulo Dissuasão da Toxicodependência, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

²⁰² Espectrometria de massa e cromatografia gasosa.

4. Redução de Riscos e Minimização de Danos²⁰³

4.1. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.

As políticas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) em Portugal têm sido desenvolvidas e orientadas pelo princípio do Humanismo, que reconhece a plena dignidade humana das pessoas e o princípio do pragmatismo. O reforço da complementaridade desta área específica com as restantes área de missão, aumentando a eficácia e eficiência da intervenção, tem sido igualmente a base de suporte à intervenção.

Em 2011, destacam-se como principais objetivos para a área da RRMD, **sistematizar a informação**, nomeadamente no que diz respeito aos diferentes grupos de utilizadores/consumidores de substâncias psicoativas que, pelas suas características, não procuram a rede convencional de tratamento; **consolidar a rede de RRMD**, através de um acompanhamento e monitorização do trabalho bem como, na formação dos vários intervenientes, **integrar** e complementar a intervenção na área de RRMD, com as várias respostas existentes ao nível da prevenção, tratamento e reinserção, bem como, ao nível intra e inter institucional.

Com vista a *consolidar a rede nacional de redução de riscos e minimização de danos* [objetivo operacional 41], manteve-se a implementação de instrumentos e metodologias que permitiram conhecer as evoluções concretizadas, atualizando-se os diagnósticos do território onde as estruturas de proximidade (acompanhadas pelos CRI) operam, retratando as flutuações do fenómeno e a sua disseminação sendo, esta atualização de informação, a base para a decisão sobre a continuidade dos projetos e do financiamento das intervenções.

Com o objetivo de *promover o diagnóstico, aconselhamento e referenciação de doenças infecciosas junto da população utilizadora de drogas* [objetivo operacional 42], foram implementados os Programas de Respostas Integradas (PRI)²⁰⁴, cuja dinâmica, gerada através do Núcleo Territorial, permite avançar para intervenções não planeadas, nomeadamente a intervenção em contexto festivo e recreativo²⁰⁵. No âmbito deste objetivo, foi **dada continuidade à implementação²⁰⁶ do modelo ADR** junto da população de utilizadores de drogas e apostou-se na formação às equipas técnicas envolvidas na implementação deste modelo.

²⁰³ Ver parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências*, capítulo Redução de Riscos e Minimização de Danos, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

²⁰⁴ A implementação dos PRI é precedida da criação de um Núcleo Territorial (NT), que tem como grande objetivo a dinamização de um funcionamento em rede, alinhamento de *stakeholders*, que permite a nível local uma eficaz articulação e complementaridade das respostas. Por sua vez, além das entidades constituintes do Núcleo Territorial, as quais colaboraram ativamente em cada projeto, também estes estabelecem uma rede de parceiros não institucionais com que, igualmente, colaboraram.

²⁰⁵ Informação sobre algumas destas iniciativas de intervenção, nomeadamente em Castelo Branco e Coimbra, podem ser consultadas no Relatório de Atividades do IDT, I.P. de 2011.

²⁰⁶ Alargamento do modelo ADR a outras estruturas de RRMD onde o sistema ainda não tinha sido implementado.

No sentido de *consolidar e aperfeiçoar o modelo de acompanhamento, monitorização e avaliação de estruturas de redução de riscos e minimização de danos* [objetivo operacional 43], garantiu-se a aplicação de circuitos e procedimentos, através da definição e divulgação de orientações de enquadramento técnico e posterior consultoria no IDT, I.P. e entidades parceiras, dando origem à primeira fase da avaliação das várias componentes do modelo em curso.

No ano em referência estiveram a decorrer **46 projetos a nível nacional**. Com base nos diagnósticos dos territórios, surgiu a necessidade de implementar projetos que desenvolvessem várias respostas para um mesmo território, de acordo com a tipificação do Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho. Em 2011, foram implementadas 59 respostas a nível nacional, no âmbito dos 46 projetos cofinanciados pelo IDT, I.P..

Considerando a tipologia de respostas prevista, a distribuição das respostas implementadas em cada região foi a seguinte: 34 Equipas de Rua; 5 Gabinetes de Apoio; 9 Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência (PSO-BLE); 9 Pontos de Contato e Informação; 2 Centros de Acolhimento.

Em 2011, foram contactados pelas Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio, Centros de Acolhimento e no âmbito do PSO-BLE cerca de **12.550** utentes. Uma vez que a população contactada por estas estruturas é genericamente bastante flutuante, no que diz respeito à utilização dos serviços prestados, constata-se que, em cada mês, terão sido contactados, em média, cerca de **5.979** utentes, por estas estruturas. De entre estes, em cada mês, cerca de **1.501** utentes (em média) beneficiaram do PSO-BLE e cerca de **1.650** pessoas (em média) beneficiaram do Programa de Troca de Seringas.

Uma vez que, em média, em cada mês, foram acompanhados cerca de **1.692** utilizadores de drogas por via injetada, depreende-se desta informação que existe uma relação próxima entre o número de utilizadores e o de beneficiários do programa²⁰⁷. Para uma melhor compreensão da atividade desenvolvida nesta área, podem ser consultados os indicadores mais relevantes da intervenção, a nível nacional, destas respostas, na parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, capítulo Redução de Riscos e Minimização de Danos, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

Enquanto participantes no grupo de implementação, monitorização e avaliação da **Estratégia Nacional para a Integração da Pessoa Sem-Abrigo** (ENIPSA) o IDT, I.P. continuou a assegurar a participação a nível nacional no Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia (GIMAE), tendo participado nas reuniões ocorridas e em grupos de trabalho específicos²⁰⁸.

O Projeto para a **pré-profissionalização e estabilização de utilizadores de drogas sem enquadramento sócio familiar - projeto *InPar***, (promovido para a APDES - Agência Piaget para o Desenvolvimento) teve duas componentes fundamentais: a) integração de Utilizadores de Drogas enquanto educadores de pares em projetos de redução de riscos e minimização de danos e b) reintegração de utentes de Equipas de Rua em

²⁰⁷ Note-se a este respeito que, como numa zona geográfica próxima podem coexistir projetos de RRMD com valências distintas, os utentes que utilizam a via injetada podem ser beneficiários deste programa num projeto e não serem no outro.

²⁰⁸ O grau de implementação da ENIPSA encontra-se detalhado no capítulo relativo à área da Reinserção no Relatório de Atividades do IDT, I.P. de 2011.

respostas formativas e laborais. Ambas as componentes foram sujeitas a um processo de avaliação/investigação de forma a, por um lado, serem efetuadas as adaptações necessárias às estratégias e atividades para o melhor cumprimento dos objetivos definidos, de acordo com as alterações observadas na realidade e, por outro, serem efetuadas recomendações quanto à integração de Utilizadores de Drogas, com identificação de aspetos facilitadores e potenciais obstáculos ao processo, reunidas num Manual de Boas Práticas

A base de dados **EDDRA** (*Exchange on Drug Demand Reduction Action*) consiste num sistema de informação e numa ferramenta de recolha de dados sobre projetos considerados “boas práticas” na área da redução da procura, desenvolvidos na União Europeia e na Noruega. É gerida pelo OEDT e está disponível *online*. Para além da disseminação de informação sobre projetos, pretende-se a melhoria da qualidade do planeamento e avaliação dos mesmos.

Ao longo do ano em referência, o IDT, I.P. interveio em **diversas festas e festivais de verão** (26 eventos) em colaboração com os seus organizadores, com organizações não-governamentais e mediadores voluntários, segundo uma lógica de redução de riscos. A intervenção em festas e festivais académicos implicou a mobilização de 181 mediadores voluntários. Destaca-se a elaboração do Manual *Para uma diversão mais Segura*,²⁰⁹ orientador da intervenção em espaços recreativos, que tem por objetivo proteger e melhorar o bem-estar social e individual, defender a saúde pública e oferecer um nível elevado de segurança aos consumidores de álcool e drogas em contextos recreativos noturnos e ao grande público.

4.2. Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA

Programa “Diz não a uma seringa em segunda mão”

O Programa Nacional de Troca de Seringas (PETS) “Diz não a uma seringa em segunda mão”, criado em 1993, resulta de uma parceria entre o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA (CNSida) e a Associação Nacional de Farmácias (ANF).

Os dados relativos à evolução do volume de seringas trocadas ao longo do ano, trocas por postos móveis, por parcerias e nas farmácias, podem ser consultados na *Parte B do volume Anexo ao Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências, capítulo Redução de Riscos e Minimização de Danos, disponível no sítio web do IDT, I.P.* (<http://www.idt.pt>).

²⁰⁹ O Manual *Para uma diversão mais Segura* é uma adaptação do Guia *Safer Clubbing – Guidance for licensing authorities, club managers and promoters* (2002), publicado pelo *Home Office* e pelo *London Drugs Policy Forum*, em parceria com a *Release*. A adaptação foi solicitada e autorizada pelo *Home Office* em 2005. Mais informações sobre o conteúdo do Manual podem ser consultadas no Relatório de Atividades do IDT, I.P. de 2011.

O Programa de Troca de Seringas, cujos custos imputados em 2011 foram de 933.814,25 €, visa prevenir a transmissão do VIH a utilizadores de drogas injetáveis (UDIs), através da distribuição do material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado pelos UDIs, tendo este programa ao longo dos anos sofrido ajustamentos, de acordo com a evolução das necessidades dos UDIs e da harmonização dos procedimentos entre os vários parceiros.

Entre Outubro de 1993 e Dezembro de 2011 foram recolhidas **49.121.482** seringas, por todas as entidades envolvidas no PTS. No que respeita ao Programa Nacional de Troca de Seringas, em 2011, foram recolhidas **1.650.951** seringas, (2.057.497 seringas, em 2010), verificando-se uma redução de 20% em relação ao ano anterior.

4.3. Direção Geral dos Serviços Prisionais

Apesar de muitas das ações de informação/sensibilização sobre a promoção da saúde e a problemática da toxicodependência que são desenvolvidas em contexto prisional, abordarem igualmente a valência da redução de riscos e minimização de danos, dada a permeabilidade das temáticas, no ano de 2011 foram promovidas 54 ações específicas sobre redução de riscos, abrangendo um total de 900 indivíduos.

Tais iniciativas contemplaram diversas temáticas, nomeadamente: os programas de redução de riscos e minimização de danos; a morbilidade e co morbilidade associada aos comportamentos de risco; os riscos associados às práticas de *piercings* e tatuagens; os comportamentos de risco e os comportamentos protetores; a aquisição de hábitos de vida saudáveis, entre outras.

Relativamente ao **Programa Específico de Troca de Seringas**, medida que se insere no vasto **Plano de Ação Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional**, aguarda-se parecer do Relatório apresentado em julho de 2009, que contempla propostas de desenvolvimento sobre esta matéria, perspetivando-se a constituição de um Grupo de Trabalho técnico interministerial e multidisciplinar para estudar e analisar o Programa Específico de Troca de Seringas.



5. Tratamento²¹⁰

5.1. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.

No sentido de *promover uma rede de recursos de saúde e sócio sanitários, que implique os múltiplos atores do sector público e privado numa lógica de proximidade ao cidadão e à comunidade, com vista à definição das respostas prestadas pelos Cuidados de Saúde Primários* [objetivo operacional 49], o IDT, I.P. deu continuidade ao desenvolvimento de esforços, com vista a manutenção de uma rede de articulação de respostas terapêuticas complementares, mediadas quer pela formalização de novos protocolos, quer pelo estabelecimento de novos acordos, tendo sido, em 2011, assinados 9 novos protocolos.

No âmbito da *promoção de medidas que permitam facilitar o acesso aos diversos programas de tratamento, gerindo os tempos de espera de acordo com critérios éticos e científicos e as realidades locais* [objetivo operacional 51], procedeu-se à monitorização do acesso aos diversos programas de tratamento. Assim, para a *monitorização dos tempos de espera para primeiras consultas e admissões em programas de tratamentos* [ação 51.1], realizou-se uma avaliação, à semelhança de anos anteriores, através dos dados recolhidos por questionário dirigido às ET (Equipas de Tratamento) sobre o acesso aos programas de Metadona, internamento em Unidade de Desabituação e Comunidade Terapêutica públicas. Os resultados foram, mais uma vez, comparados com os tempos de espera máximos, em dias, considerados razoáveis para cada um dos programas.

Tendo em vista *elaborar e aperfeiçoar linhas de orientação técnicas ou técnico-normativas para os diversos tipos de intervenção, incluindo os protocolos de articulação e integração* [objetivo operacional 55], foram atualizadas, nomeadamente, as Linhas Orientadoras para *Tratamento Precoce de Jovens em Risco e de Consumidores Adolescentes com Enfoque nos Sintomas Precoces, Físicos e Psíquicos* e as Linhas Orientadoras para *Tratamento e Reabilitação em Comunidade Terapêutica*.

O incremento da eficácia da rede de tratamento é evidenciado a nível de vários indicadores relativos ao movimento clínico das estruturas de ambulatório e de internamento, das redes pública e privada, que podem ser consultados, de forma resumida, na *Parte B do volume Anexo ao Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências, capítulo Tratamento* e que constam de forma mais detalhada na *Parte A, capítulo Tratamento*, deste Relatório.

²¹⁰ Ver parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências*, capítulo *Tratamento*, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>). Para informação estatística mais detalhada, ver *Parte A – capítulo Tratamento*, deste Relatório.

No ano de 2011, continuou-se a aplicação pelas equipas de tratamento da metodologia ADR - Aconselhamento, Detecção e Referenciação no âmbito do Programa de *Identificação Precoce e Prevenção da Infecção VIH/SIDA junto dos utilizadores de Drogas*, tendo sido abrangidos **7.880 utentes**.

Os resultados da aplicação desta metodologia a 2.425 novas admissões ocorridas neste ano permitiram apurar resultados reativos para o AchIV em 77 destes utentes (3,1%). No que se refere aos que desconheciam, à data de admissão, o seu estado serológico, a aplicação do teste rápido evidenciou resultados reativos para 15 utentes (0,7%), constituindo prováveis infeções pelo HIV que não estavam até então rastreadas.

No que diz respeito a 5.428 utentes em seguimento submetidos à metodologia ADR, verificaram-se resultados reativos para o AchIV em 270 casos (5%). Tendo-se justificado a aplicação do teste rápido a 4.937 destes utentes, obtiveram-se resultados reativos em 38 casos (0,8%), correspondendo à deteção de prováveis infeções por este vírus, e que eram até então desconhecidas.

5.2. Direção Geral dos Serviços Prisionais

O encaminhamento para tratamento é estimulado em todo o sistema prisional, além de assegurar a todos os novos reclusos a continuidade dos tratamentos farmacológicos iniciados em liberdade.

No que diz respeito ao tratamento, existem na Direção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP) programas de Tratamento Orientados para a Abstinência (Unidades Livres de Droga e Casa de Saída) e programas Farmacológicos (com Agonistas Opiáceos e com Antagonistas Opiáceos)²¹¹.

5.3. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar

No âmbito do PPCDAFA²¹², o tratamento pode incluir: internamento em hospital militar, no serviço de psiquiatria, para desintoxicação médica e acompanhamento clínico; programa de tratamento e reabilitação biopsicossocial em unidade especializada; ação terapêutica de reabilitação educativa, com o aproveitamento de militares recuperados, em ações de aconselhamento e ajuda; acompanhamento médico periódico, em regime ambulatorio; frequência de grupos de ajuda mútua (AA – Alcoólicos Anónimos e NA – Narcóticos Anónimos).

Em 2011, realizaram-se nos três Ramos, nas respetivas Unidades Hospitalares e na UTITA, 126 consultas de psiquiatria (-5, que em 2010 e -25 que em 2011) por situações relacionadas com o consumo de álcool ou

²¹¹ Ver informação mais detalhada na *Parte A* – capítulo *Tratamento*, deste *Anexo*.

²¹² O PPCDAFA inscreve-se num programa global da DGPRM que abarca diferentes áreas de Missão e Transversais. Por razões de estrutura deste relatório aparece plasmado em diferentes capítulos. O encargo financeiro decorrente do PPCDAFA, por eixos de intervenção, bem como a evolução do investimento do mesmo, pode ser consultado no capítulo *Dissuasão*, deste relatório.

drogas, e o internamento de 23 militares (+ 3, que em 2010 e -35, que em 2009). De referir que estes valores não correspondem a indivíduos, uma vez que pode existir a repetição de ocorrências.

O Serviço de Utilização Comum das Forças Armadas para o tratamento e reabilitação psicossocial de alcoolismo e toxicodependência é a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA), da Marinha. Esta Unidade possui um protocolo de colaboração com o IDT, I.P., na área do tratamento.

Em 2011, o programa de internamento manteve a estrutura do ano anterior, tendo ocorrido, ao longo do ano, 7 programas de tratamento (-1 programa que em 2010), envolvendo 17 militares das Forças Armadas (igual a 2010) e 1 da GNR (-2, que em 2010).

Relativamente ao protocolo firmado com o IDT, I.P., a UTITA realizou, no nível ambulatorio, 947 consultas (540, em 2010) e, no nível internamento, recebeu 39 pacientes (37, em 2010), por problemas relacionados com álcool e outras drogas.



6. Reinserção²¹³

6.1. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.

Espelhando uma parte fundamental do trabalho desenvolvido pelos técnicos das equipas de reinserção dos CRI e uma componente essencial da intervenção nesta área, foram efetuadas ao longo do ano cerca de **81.750 consultas a utentes** (76.228, em 2010), que possibilitaram o desenvolvimento dos percursos de inserção.

De forma a *garantir a eficiência e a eficácia das respostas disponíveis* [objetivo operacional 58], e muito em particular, *a adoção de um modelo de intervenção para a área da reinserção, que contemple a figura do gestor de caso, a abordagem familiar e o acompanhamento integrado do utente* [ação 58.1], a percentagem de aplicação do **Modelo de Intervenção para a área de Reins erção** (MIR), em 2011, subiu para 95%²¹⁴ (72 serviços). Tal significa que em apenas 5% dos serviços (4 serviços), não foi utilizada a ficha do **Plano Individual de Inserção** (PII), condição estabelecida para aferir da implementação do referido modelo de Intervenção.

Fruto da implementação do MIR, estiveram em vigor **7.509 PII**. Considerando a relação entre o número de utentes com PII e o total de utentes ativos na reinserção, verifica-se que o rácio aumentou significativamente em 2011 (44%), tendo por referência os valores de 2010 (24%).

No sentido de *promover a implementação do processo de melhoria contínua da qualidade em reinserção, designadamente através do acompanhamento, monitorização e avaliação das intervenções regionais e locais no âmbito da reinserção* [objetivo operacional 60] foi dada continuidade ao **processo de monitorização das atividades e intervenções**, que permitiu realizar o acompanhamento da execução das ações planeadas. A recolha dos indicadores referentes às intervenções de reinserção, possibilitaram aferir as necessidades dos utentes ao longo dos percursos de reinserção e, simultaneamente, avaliar o grau de concretização das estratégias definidas e a capacidade do IDT I.P., e dos parceiros, para responder às necessidades identificadas. Neste âmbito foi, ainda, realizada uma avaliação onde se identificaram pontos fortes e fracos do referido processo de monitorização, na sequência dos quais foram feitos alguns ajustamentos.

Ao nível da **habitação**, foram identificadas **1.359** necessidades em utentes com consumos de Substância Ilícitas (1.323, em 2010), sendo a capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas de **32%** (37%, em

²¹³ Ver parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências*, capítulo *Reins erção*, disponível no sítio *web* do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>).

²¹⁴ Consideraram-se todos os serviços locais do IDT, I.P. com intervenção em reinserção, incluindo as Equipas de Tratamento, Consultas Descentralizadas, Extensões, Unidades de Alcoologia, Comunidades Terapêuticas, no total de 76.

2010). Mais uma vez se verifica que as **respostas habitacionais ou de acolhimento são manifestamente escassas e insuficientes**.

Na área da **educação** foram identificadas 1.766 necessidades em utentes com consumos de Substâncias Ilícitas (1.965, em 2010), sendo a capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas de 49% (44%, em 2010). O recurso aos centros de **Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências** (RVCC), foi a resposta mais frequente (à semelhança do verificado em 2010), configurando uma solução flexível e mais adaptada ao perfil dos utentes.

No âmbito da **formação profissional**, foram diagnosticadas 1.675 necessidades em utentes com problemas de consumo de substâncias ilícitas (2.280, em 2010), sendo a capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas de 36% (26%, em 2010). Comparativamente ao ano anterior, os valores registados em 2011 foram inferiores ao nível das necessidades identificadas, embora, ao nível do acesso à formação profissional, tenha aumentado a capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas. Apesar deste aumento, esses valores continuam a não ser satisfatórios, pois ficaram sem resposta 64% dos utentes com necessidade de qualificação profissional.

No âmbito do **emprego**, foram diagnosticadas 4.246 necessidades em utentes com consumos de substâncias ilícitas (4.719, em 2010), sendo a capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas de 44% (43%, em 2010). Verifica-se, em relação ao ano anterior, uma diminuição do número de necessidades diagnosticadas, assim como do número de integrações em respostas de emprego. À semelhança dos anos anteriores, o mercado normal de trabalho absorveu a maioria dos utentes que foram integrados em respostas de emprego (55%).

Contribuindo para *assegurar a existência de condições que promovam a autonomia e o exercício pleno da cidadania* [objetivo operacional 57], mais concretamente, permitindo a *facilitação do acesso a respostas de formação académica, profissional e emprego* [ação 57.1], o **programa Vida-Emprego**²¹⁵ (PVE) abrangeu 1.243 indivíduos em processo de reinserção, acompanhados pelas Equipas de Reinserção dos CRI e de outras unidades licenciadas ou financiadas pelo IDT, I.P..²¹⁶

Ainda no âmbito da dimensão emprego, e no sentido de facilitar o acesso dos utentes ao mercado de trabalho, importa destacar a aplicação informática **Bolsa de Empregadores**²¹⁷, ferramenta que permite partilhar entre todos os técnicos a informação relativa a entidades empregadoras parceiras do IDT, I.P.. Em 2011, foram inseridas 177 novas entidades que, em conjunto com as 751 entidades já existentes constituem uma rede de parceiros do IDT, I.P. bastante abrangente. Verifica-se que, a maioria das entidades empregadoras são empresas privadas (52%), e são micro empresas (50%), com menos de dez trabalhadores. No que respeita ao setor de atividade, 21% situam-se no setor das *Atividades de Saúde Humana e Apoio Social*, 15% no setor das *Atividades Administrativas e Serviços de Apoio* e 11% no *Setor do Comércio por Grosso e a Retalho*²¹⁸.

²¹⁵ Criado pela Resolução de Conselho Ministros n.º 136/98, de 4 de Dezembro. Coordenação conjunta do IIEFP, I.P./IDT, I.P..

²¹⁶ Mais informação sobre este programa no capítulo referente ao IIEFP, I.P.

²¹⁷ A utilização da Bolsa de Empregadores iniciou-se em 2009, tendo vindo a verificar-se uma adesão progressiva dos técnicos.

²¹⁸ Tipologia definida na Classificação Portuguesa das Atividades Económicas do INE (CAE Rev.3).

Verifica-se, ainda, que da totalidade de entidades, 792 receberam utentes no âmbito do PVE, o que representa 85%.

Importa ainda destacar, no domínio do Emprego e da empregabilidade, o **projeto experimental InPar**⁽²¹⁹⁾, implementado pela APDES – Agência Piaget para o Desenvolvimento, no período compreendido entre 03/08/2009 e 02/08/2011, na região do Grande Porto. Foi desenvolvido como projeto experimental para a pré-profissionalização e estabilização de toxicodependentes sem enquadramento sociofamiliar, ao abrigo do artigo 23.º da Portaria n.º 749/2007, de 25 de Junho, que teve como principal objetivo, testar o desenvolvimento de uma intervenção no âmbito da reinserção social, junto de utentes das estruturas de RRMD. A intervenção desenvolvida nas componentes do projeto, permitiu definir um desenho metodológico facilitador da integração de utilizadores de droga, suportado pelos conhecimentos adquiridos no processo de investigação-ação, que resultou na elaboração de um Manual de Boas Práticas, a divulgar em 2012, onde se apontam propostas para o futuro.

Tendo em vista, nomeadamente a *promoção da coordenação intrainstitucional e interinstitucional, com vista à integração das intervenções* [ação 58.4], o IDT, I.P. continuou a assegurar a participação a nível nacional no Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia (GIMAE), da **Estratégia Nacional para a Integração das pessoas Sem-Abrigo** (ENIPSA) e, a nível regional e local, a integrar (12 CRI) os Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA) ou estruturas equivalentes que prosseguem o objetivo de implementação da Estratégia a nível local. Contemplando uma dimensão de *prevenção* das situações de sem-abrigo, foram produzidas **recomendações/orientações** referentes à desinstitucionalização de consumidores de substâncias psicoativas em internamentos de curta e longa duração, em comunidades terapêuticas (CT) e unidades de desabilitação (UD). Estas orientações, disseminadas junto das CT e UD licenciadas, têm como objetivo garantir o acompanhamento adequado em tempo útil e prevenir a falta de alojamento condigno destas pessoas.

Em 2011 manteve-se em vigor o protocolo de **articulação interinstitucional entre o IDT, I.P. o ISS, I.P. e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa**, com o objetivo de promover uma maior eficácia na intervenção junto dos indivíduos que recorrem aos serviços do IDT, I.P. com insuficientes recursos socioeconómicos, bem como promover o apoio integrado e facilitar o acesso destes indivíduos à rede de recursos e às medidas de proteção social. A implementação desta metodologia, facilitou o encaminhamento para os serviços do ISS, I.P. e da SCML a cerca de **1.031 utentes** do IDT, I.P. (1.067, em 2010).

No que concerne ao **Meio Laboral**, em 2011, consolidaram-se as diferentes vertentes de intervenção através da dinamização e reforço das parcerias e da articulação com os serviços loco-regionais do IDT, I.P. Grande parte do investimento centrou-se na preparação e execução de ações formativas e de informação e sensibilização, que tiveram como público-alvo quer os colaboradores internos, quer os trabalhadores de

²¹⁹ Este projeto surge no âmbito do Objetivo 79.2 do Plano de Ação Horizonte 2008 “Criação de um Programa-Quadro na área da reinserção”, que deu origem à inscrição no Plano de Atividades 2008 do seguinte objetivo: “Apoio ao desenvolvimento de projetos-piloto de investigação-ação dirigidos à população toxicodependente sem enquadramento familiar.”

empresas e organizações externas. A intervenção formativa externa em meio laboral, nomeadamente no âmbito da articulação entre o IDT, I.P. e a CGTP IN, continuou a desenvolver-se tal como previsto na Câmara Municipal de Loures, Seixal, Águeda e de Vendas Novas, abrangendo 193 atores do meio laboral que incluíram quadros, chefias e trabalhadores. Para além do Projeto EURIDICE, as estruturas centrais e regionais do IDT, I.P. desenvolveram ainda intervenções em 25 empresas, abrangendo nas suas ações de sensibilização diretamente 896 trabalhadores. Refira-se, ainda, a assinatura de dois protocolos com o IDT, I.P., a Santa Casa de Misericórdia de Albufeira (onde se desenvolveram 8 ações de sensibilização, abrangendo 178 trabalhadores), e a Câmara Municipal de Albufeira (onde se desenvolveram 24 ações, totalizando 384 trabalhadores).

6.2. Instituto de Segurança Social, I.P.

O desenvolvimento de ações que concorrem para a Inserção Social dos indivíduos, com percursos de dependência de substâncias psicoativas traduz-se, cada vez mais, em abordagens sistémicas, que encaram o indivíduo como um todo e que procuram atuar ao nível das dimensões em carência, que constituem obstáculos a percursos de integração sustentados e duradouros.

O Instituto da Segurança Social, IP, (ISS, I.P.) tem por missão, desenvolver e executar políticas de promoção da inclusão social, cabendo-lhe implementar, acompanhar e avaliar programas de apoio à inserção e desenvolvimento social, com vista a dar resposta, entre outras, a problemáticas específicas como a toxicodependência.

No sentido de *garantir a eficiência e eficácia das respostas disponíveis* [objetivo operacional 58], foi dada continuidade ao Processo de Monitorização²²⁰ da Articulação Interinstitucional entre as 3 entidades envolvidas, IDT, I.P., ISS, I.P. e SCML²²¹. Tendo em vista a melhoria da qualidade de serviços prestados, a efetivação desta articulação tem permitido a otimização dos recursos e a prevenção da duplicação de respostas sociais ao mesmo indivíduo/família.

No ano de 2011 foram atribuídos **10.073** apoios económicos (**12.716** apoios, em 2010), envolvendo uma verba total de **2.200.150,27€**²²².

Os acordos de cooperação de apoio a pessoas toxicodependentes traduzem-se nas respostas sociais *Apartamentos de Reinserção Social* e *Equipas de Intervenção Direta*²²³. Existem alguns acordos de cooperação que resultam em respostas sociais inovadoras, que correspondem a necessidades diagnosticadas.

²²⁰ O relatório do processo de monitorização está na fase final de elaboração, sendo disponibilizado logo que concluído.

²²¹ Protocolo de colaboração interinstitucional assinado em 28 de Junho de 2007.

²²² Inclui dados da SCML (rubrica protocolada e financiada pelo ISS, IP).

²²³ Despacho Conjunto n.º 134/2008, 14 de julho, fixa o regime de convenções com unidades privadas de Saúde no âmbito do tratamento da toxicodependência, tal como expresso no Decreto-Lei n.º 72/99 de 15 de março, que regula o sistema de apoio ao tratamento e reinserção social de toxicodependentes.

De acordo com os dados fornecidos, estiveram em funcionamento, 54 acordos de cooperação, designadamente, **28 Apartamentos de Reinserção Social e 26 Equipas de Intervenção Direta.**

Os dados relativos à caracterização dos beneficiários e da tipologia dos apoios prestados pela Segurança Social, podem ser consultados no *Anexo – Parte B do Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, capítulo *Reinserção*.

Em termos de execução financeira, no ano de 2011, o total de verba despendido nas respostas sociais da área da toxicodependência foi de **2.810.694,24 €**, tendo o encargo anual total sido distribuído da seguinte forma: *Apartamentos de Reinserção Social -1.454.789,28 €* e *Equipas de Intervenção Direta - 1.355.904,96 €*

6.3. Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P.

A atuação desenvolvida pelo IEFP, I.P., no ano de 2011, centrou-se privilegiadamente na reinserção socioprofissional de pessoas com problemas de toxicodependência em processo de recuperação.

No sentido de *assegurar a existência de condições que promovam a autonomia e o exercício pleno da cidadania* [objetivo operacional 57], e muito em particular, *facilitar o acesso a respostas de formação académica, profissional e emprego* [ação 57.1], deu-se continuidade ao **Programa Vida-Emprego** (PVE), com o objetivo de potenciar a reinserção social e profissional de toxicodependentes, como parte integrante do processo de tratamento da toxicodependência. O PVE, destinado a toxicodependentes que se encontrem ou tenham terminado processos de tratamento, em comunidade terapêutica ou em regime ambulatorio, incluindo os toxicodependentes em processo de tratamento no quadro do sistema prisional, abrangeu, através das suas medidas específicas de apoio à integração socioprofissional, um total de 1.243 pessoas (1.220, em 2010 e 1.099, em 2009).

De entre as medidas específicas do PVE destaca-se a medida *Estágios de Integração Socioprofissional* como aquela que abrangeu um maior número de pessoas²²⁴, que em 2011 foram 676 (711, em 2010) e que, correspondendo a uma formação prática em mercado de trabalho, se constitui como um meio de aproximação ao mesmo, tendo em vista a posterior inserção. As medidas *Apoio ao Emprego* e *Prémio de Integração Socioprofissional* que se traduzem, respetivamente, em apoios financeiros a entidades empregadoras que integram toxicodependentes em recuperação, mediante contrato a termo certo, no primeiro caso, e sem termo no segundo caso, envolveram, em conjunto, a integração laboral de 566 pessoas (509, em 2010 e 512, em 2009, que corresponde a um aumento de 10,5% relativo a 2009), que merece igualmente destaque, num contexto de recessão do mercado de trabalho.

²²⁴ Em comparação com 2009 o número de pessoas que beneficiou desta medida aumentou 15,4% (586, em 2009).

Em termos financeiros, durante o ano de 2011, os encargos do IEFP, I.P. com o desenvolvimento de medidas específicas facilitadoras da integração, mediada ou direta, no mercado de trabalho de pessoas com problemas de toxicodependência em processo de recuperação corresponderam a um total de 3.819.086,57€

No sentido da promover a reinserção socioprofissional de pessoas com problemas de toxicodependência em recuperação ou recuperadas, o IEFP, I.P., através dos seus serviços locais, favoreceu também a sua inserção em *medidas ativas de emprego e formação* de carácter geral, algumas das quais contemplando entre os seus destinatários, especificamente, ex-toxicodependentes, distinguindo-se como particularmente adequadas para enquadrar pessoas com problemas de toxicodependências as seguintes:

Empresas de Inserção²²⁵ – medida destinada a combater a pobreza e a exclusão social, através da inserção ou reinserção profissional, promover a aquisição e desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais, adequadas ao exercício de uma atividade e favorecer a criação de postos de trabalho e a satisfação de necessidades não satisfeitas pelo normal funcionamento do mercado.

Contrato Emprego-Inserção + ²²⁶ – tem como objetivos, promover a melhoria das competências socioprofissionais dos desempregados beneficiários do Rendimento Social de Inserção e proporcionar uma aproximação ao mercado de trabalho, mantendo-os em contacto com outros trabalhadores e outras atividades.

Cursos de Educação e Formação de Adultos²²⁷ – direcionados para elevarem os níveis de habilitação escolar e profissional dos adultos.

Cursos de Educação e Formação para Jovens²²⁸ – visam a recuperação dos défices de qualificação, escolar e profissional, de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 23 anos.

A quantificação das pessoas com problemas de toxicodependência abrangidas por estas medidas de emprego e formação ou, eventualmente, por outras de carácter geral, assim como aquelas que foram colocadas no mercado de trabalho ou intervencionadas, no âmbito da orientação profissional, não é possível ser efetuada, uma vez que não é possível, ao IEFP, I.P. proceder ao registo, no seu sistema de informação, de elementos que potenciem a discriminação, como sejam, os referentes a problemas de toxicodependência.

6.4. Direção Geral de Reinserção Social

A intervenção da Direção Geral de Reinserção Social (DGRS), transversalmente à sua atuação e através das suas Equipas de Reinserção Social (ERS) e Centros Educativos (CE), apesar de não se encontrar direcionada apenas para tratar de questões sobre a temática das drogas e das toxicodependências, procura adequar as

²²⁵ Resolução do Conselho de Ministros n.º 104/96, de 09/07 e Portaria n.º 348-A/98, de 18/06.

²²⁶ Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2010, de 20/01 e Portarias n.º 294/2010 de 31/05; n.º 128/2009 de 30/01 e n.º 164/2011, de 18/04.

²²⁷ Despachos n.º 18227/2008, de 20/06 e n.º 15053/2009, de 03/07 e Portarias n.º 230/2008, de 07/03; n.º 711/2010, de 17/08 e n.º 1100/2010, de 22/10.

²²⁸ Despacho Conjunto n.º 453/2004, de 27/07, Retificação n.º 1673/2004, de 7/09 e Despacho n.º 12568/2010, de 04/08.

respostas também no domínio da saúde. Apesar da intervenção da DGRS ser individualizada, porque centrada no indivíduo é, afinal, coletiva, prosseguindo não só fins de prevenção especial como fins de prevenção geral.

As equipas de reinserção social desenvolvem a sua atividade através de ações de supervisão e apoio psicossocial ao agente de crime, integrando uma intervenção a nível individual, de modo a promover a mudança individual dos agentes de crime e a sua inserção na sociedade, maioritariamente, em articulação com outras instituições, públicas e privadas, no sentido da resposta a necessidades de reinserção social diagnosticadas, nomeadamente nas áreas do emprego e da formação profissional, da segurança social, da saúde, da habitação, da formação escolar. A intervenção abrange, ainda, jovens infratores ou indiciados²²⁹ desde a faixa etária dos 12 anos, prestando assessoria técnica aos tribunais, assegurando o cumprimento de medidas tutelares educativas, designadamente a de internamento em centro educativo.

No ano de 2011, a DGRS viu aumentado o número de pedidos de execução de medidas na comunidade, aplicadas pela prática de crimes relacionados com a droga, nas jurisdições penal e tutelar educativa.

Tendo em vista *assegurar a existência de condições que promovam a autonomia e o exercício pleno da cidadania* [objetivo operacional 57], nomeadamente, no que diz respeito à *facilitação do acesso a respostas de formação académica, profissional e emprego* [ação 57.1] as Equipas de Reinserção Social (ERS) em todo o país contactam o Instituto de Emprego e Formação Profissional, IP (IEFP,IP), respetivos Centros de Emprego, o Programa Escolhas, o Programa Novas Oportunidades e a rede escolar do ensino público, havendo, ainda, articulação regular com entidades específicas, a nível nacional²³⁰. Em 2011, a DGRS estabeleceu diversos protocolos (1.077) com entidades beneficiárias de trabalho comunitário, com vista a uma intervenção mais célere e eficaz da aplicação deste tipo de medida.

No sentido de *garantir a eficiência e a eficácia das respostas disponíveis* [objetivo operacional 58], no que diz respeito à *promoção da coordenação intrainstitucional e interinstitucional, com vista à integração das intervenções* [ação 58.4], foi desenvolvido um conjunto de respostas de reinserção social, dirigidas a problemáticas aditivas, sempre que se avalie que esta se revela um importante fator de risco de reincidência ou de desinserção social. Foram também criadas respostas de encaminhamento, em situações onde se verifica relevância na prevenção da reincidência criminal. É neste contexto que surge a *Adição.sem*, com objetivo de motivar e encaminhar para consultas ou tratamento e conseqüente abandono do consumo de drogas e o *Impulso.social*, que visa o encaminhamento para respostas da comunidade passíveis de proporcionar uma ocupação formativa ou laboral.

²²⁹ Da prática de factos qualificados pela lei penal como crime.

²³⁰ Estes procedimentos são inerentes à atividade operativa e, por isso, dificilmente contabilizáveis, sabendo-se que nem toda a articulação interinstitucional está suportada em parcerias formalmente estabelecidas.

6.5. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar

No âmbito do programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas (PPCDAFA)²³¹, a reinserção constitui-se pelo conjunto de ações integradas que visam a reintegração socio-laboral do militar, bem como a prevenção da recaída.

6.6. Direção Geral dos Serviços Prisionais

Na área do trabalho/atividade ocupacional, a Direção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP), em 2011, continuou a procurar reforçar as redes de cooperação com o exterior, procurando não só aumentar a taxa de ocupação laboral dos reclusos mas sobretudo criar condições para uma melhor preparação profissional e futura reintegração socioprofissional.

Refira-se, ainda, os diversos **Acordos de Colaboração** entre a DGSP e o IDT, I.P., que têm por objetivo a prestação de cuidados de saúde e psicossociais, designadamente, apoio terapêutico, medicamentoso e psicossocial aos doentes dependentes que se encontram detidos nos respetivos Estabelecimentos Prisionais.

²³¹ O PPCDAFA insere-se num programa global da DGPRM que abarca diferentes áreas de missão e transversais. Por razões de estrutura deste relatório aparece plasmado em diferentes capítulos.

VIII - Redução da Oferta²³²

1.1. Polícia Judiciária

A luta contra o tráfico de estupefacientes mantém-se como objetivo prioritário, na generalidade dos Estados Membros, continuando-se a assistir ao investimento de recursos significativos na sua prevenção e repressão, designadamente, no aperfeiçoamento das técnicas e metodologias de intervenção operacional, na melhoria dos sistemas de bases de dados, das técnicas de análise de informação e no aumento da cooperação internacional. A *geoestratégia* do narcotráfico global, continua a apresentar significativos e profundos sinais de mudança e de fácil adaptação a novos quadros situacionais, demonstrando uma grande capacidade de resistência à ação das instâncias de controlo formal e de desenvolvimento de respostas alternativas às ofensivas das forças policiais de muitos países, que intensificaram a repressão a esta atividade criminosa, entre os quais se inclui Portugal. Não obstante os esforços e os muitos êxitos alcançados na redução da procura e da oferta de estupefacientes, não foi possível, até à data, na União Europeia, reduzir global e significativamente o número de consumidores de estupefacientes, nem a capacidade de atuação e de abastecimento por parte de muitas organizações criminosas. O tráfico de estupefacientes em Portugal, em 2011, não registou alterações significativas nas tendências ou prevalências.

Tendo em vista *consolidar o modelo de prevenção e combate ao tráfico de estupefacientes em vigor, mantendo e reforçando os níveis de atuação complementar e coordenadas das diversas entidades com competências em matéria de fiscalização e investigação criminal* [objetivo operacional 62], e muito em particular, *reforçar o funcionamento, no seio das Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta (UCIC), dos mecanismos de racionalização e coordenação da atividade desenvolvida por todas as entidades com intervenção na luta contra o tráfico de estupefacientes* [ação 62.1], a PJ/UNCTE, tem mantido o reforço da centralização da informação e da atividade desenvolvida no âmbito das UCICs, com resultados no que respeita à coordenação de investigações.

Contribuindo para *reforçar as atividades de vigilância, controlo e fiscalização da fronteira externa da União Europeia de molde a eliminar as possibilidades de introdução de drogas em território nacional e no espaço europeu* [objetivo operacional 63], no âmbito da participação da PJ no MAOC-N, procedeu-se, em 2011, ao tratamento e monitorização de inúmeras embarcações, sob suspeita de estarem a ser utilizadas para tráfico transcontinental [ação 63.1]. No ano em análise, foram efetuadas diversas operações de controlo, recolha de informação, seguimento e vigilância de passageiros suspeitos de envolvimento no tráfico de droga [ação 63.4].

²³² Ver parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual • 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, capítulo *Redução da Oferta*, disponível no sítio web do IDT, I.P. (<http://www.idt.pt>). Para informação estatística mais detalhada, ver Parte A, capítulo *Apreensões Policiais*, deste relatório.

De referir, no âmbito do mesmo objetivo [ação 63.5] a estreita colaboração, entre a PJ, a Unidade de Controlo Costeiro da GNR, a DGAIEC e o SEF, pela qual, no seio das UCICs e de forma bilateral se têm desenvolvido ações que visam a prevenção e a repressão do fenómeno do tráfico de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas e seus precursores. Tais esforços encontram-se articulados de forma permanente com a estrutura internacional MAOC-N.

Com vista a *prevenir e combater o branqueamento de capitais gerados pela produção e tráfico ilícitos de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e de precursores* [objetivo operacional 68], no âmbito do branqueamento de capitais [ação 68.1], ao nível da cooperação internacional, respeitante à troca de informação com as congéneres, em 2011, verificaram-se **104 pedidos recebidos**, tendo sido **enviados 59**.

No ano de 2011, a atuação da PJ afetou importantes estruturas criminosas responsáveis pela introdução de haxixe e cocaína no espaço europeu e pelo abastecimento ao nível nacional e regional de diversos tipos de drogas. Em cooperação com outras congéneres, contribuiu ativamente para o desmantelamento de organizações criminosas noutros países, tendo-se registado um decréscimo de 10% relativamente ao número de detidos, em comparação com o ano de 2010.

1.2. Guarda Nacional Republicana

O combate ao tráfico e consumo de estupefacientes tem constituído um objetivo ao qual a GNR tem vindo a conferir especial cuidado, dentro da sua competência legal. A matéria da droga e da toxicodependência, é um dos pontos fulcrais da atuação e investigação da GNR, a nível preventivo e dissuasivo, nos locais habituais de consumo, bem como, nos locais de entrada de estupefacientes em território nacional – vias terrestres de ligação a Espanha e faixa costeira. Com vista ao *reforço das atividades de vigilância, controlo e fiscalização da fronteira externa da União Europeia de molde a eliminar as possibilidades de introdução de drogas em território nacional e no espaço europeu* [objetivo operacional 63], contribuindo para o *aumento do número de ações de vigilância, controlo e fiscalização em mar e na zona ribeirinha* [ação 63.1] a GNR, em 2011, efetuou, através da Unidade de Controlo Costeiro, **9.725 ações** de vigilância, controlo e fiscalização.

Com o objetivo de *aumentar a atividade de prevenção na área do consumo, do pequeno tráfico e da criminalidade associada à droga* [objetivo operacional 66], nomeadamente *reforçando e intensificando as políticas de prevenção do consumo de estupefacientes em locais públicos, habitualmente utilizados para esse fim, reafirmando, em articulação com as CDT, o desvalor legal do consumo e da posse de drogas* [ação 66.1], foram efetuadas **2.297 ações**, **3.328 relatórios TCD** e elaborados **2.130 autos**. No âmbito do mesmo objetivo mas com vista a *reforçar a prevenção do tráfico de distribuição direta a consumidores, do tráfico-consumo localizado e da criminalidade a estes associada, através da intensificação de políticas comunitárias de policiamento de proximidade, de policiamento orientado para o problema e do aumento da visibilidade das polícias*, [ação 66.2], foram desenvolvidas **7.263 ações**.

1.3. Polícia de Segurança Pública

Visando *aumentar a atividade de prevenção na área do consumo, do pequeno tráfico e da criminalidade associada à droga* [objetivo operacional 66], concretamente *reforçando a prevenção do tráfico de distribuição direta a consumidores, do tráfico-consumo localizado e da criminalidade a estes associada, através da intensificação de políticas comunitárias de policiamento de proximidade, de policiamento orientado para o problema e do aumento da visibilidade das polícias* [ação 66.2], no ano letivo de 2011/2012 a PSP continuou a garantir a segurança nos estabelecimentos de ensino, na sua área de responsabilidade. Especificamente direcionada para a prevenção de comportamentos de risco, prevenção e combate ao consumo de estupefacientes, foi realizada a operação “**Recreio Seguro II**”. Assim, entre 6 e 9 de junho, os Comandos da PSP, através do ajustado emprego dos meios humanos e materiais de que dispunham²³³, adequaram e concentraram a sua capacidade operacional, de forma a incrementar o sentimento de segurança nas imediações dos espaços escolares, prevenindo a violência e criminalidade²³⁴, promovendo um combate sistemático ao pequeno tráfico de droga e venda ilegal de álcool e tabaco. De referir, também, a deteção e sinalização do consumo de substâncias ilícitas e álcool, promovendo os correspondentes processos contraordenacionais e o encaminhamento para as Comissões de Dissuasão de Toxicodependência (CDT).

Estas Operações Policiais conjugaram uma vertente eminentemente preventiva e pedagógica, consubstanciada na execução de ações de sensibilização pela PSP, em parceria com as escolas e autarquias locais. Tiveram uma vertente fiscalizadora e dissuasora, nomeadamente, relacionada com o licenciamento e regulação da atividade de estabelecimentos de restauração e de bebidas alcoólicas, situados junto às áreas escolares, cujo principal objetivo foi garantir a consolidação de um sentimento de segurança nas escolas, na área de responsabilidade da PSP.

1.4. Direção Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo

No sentido de *reforçar as atividades de vigilância, controlo e fiscalização da fronteira externa da União Europeia de molde a eliminar as possibilidades de introdução de drogas em território nacional e no espaço europeu* [objetivo operacional 63], tendo em vista o *desenvolvimento do projeto das Alfândegas eletrónicas, designadamente através da aplicação de um sistema de seleção automática a todos os sistemas eletrónicos declarativos, tais como importação, exportação e declarações sumárias* [ação 63.3] entrou em funcionamento, em 2011, o sistema de seleção automática aplicado ao *Import Control System*. Contribuindo para *aumentar o número de ações de fiscalização em voos procedentes de países considerados de risco* [ação 63.4], foram efetuados controlos regulares de viajantes e respetivas bagagens, tendo esta ação, em 2011, sido alargada ao Aeroporto de Beja. Foram, também em 2011, controlados **2.305 contentores** por RX, contribuindo, desta forma, para *aumentar o número de contentores controlados por RX* [ação 63.6] e, visando *aumentar as*

²³³ Nomeadamente os elementos do Programa Integrado de Policiamento de Proximidade - Escola Segura, as Esquadras de Investigação Criminal e as Equipas de Intervenção Rápida.

²³⁴ Por exemplo de pequenos furtos (carteiras, telemóveis, mochilas, acessórios de roupa), junto às escolas, especialmente do 2.º e 3.º ciclo.

*capacidades de análise de risco visando uma maior eficácia na seleção e controlo aduaneiro de mercadorias que representem um risco potencialmente elevado de dissimularem drogas [ação 63.7], foi constituído um centro nacional de análise de risco no âmbito da segurança e proteção da EU. Ainda no âmbito deste objetivo e no sentido de *aumentar o número de ações de controlo e fiscalização em pequenos aeroportos e aeródromos [ação 63.8], refira-se que a DGAIEC efetua controlos regulares nestes locais, de acordo com o tráfego existente e respetivas origens de voos.**

*Para prevenir e combater o desvio e contrabando de precursores e outras substâncias utilizadas no fabrico de drogas ilícitas [objetivo operacional 67], e no sentido de *intensificar o controlo e a fiscalização do comércio de precursores, nomeadamente através do desenvolvimento e participação em atividades de cooperação e intercâmbio com outros países da UE e países terceiros ao nível do controlo da importação, trânsito e exportação [ação 67.3], a DGAIEC participou na 4.ª reunião do grupo de projeto sobre precursores de drogas, do Programa Alfandegas 2013.**

1.5. Direção Geral de Autoridade Marítima

No âmbito do combate ao tráfico de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, a Autoridade Marítima (AM), no ano de 2011, através da sua estrutura operacional, Polícia Marítima, distribuída por toda a faixa litoral do Continente e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, em 28 comandos locais, no desenvolvimento das suas atribuições, efetuou no espaço de jurisdição, **81.450 ações** de patrulhamento na vigilância/fiscalização (65.700 ações em 2010), em atividade preventiva e repressiva da qual resultou a apreensão de quantidades significativas de droga, contribuindo, desta forma, para a diminuição da oferta. Das ações desenvolvidas, **1.107 foram especificamente dirigidas ao combate ao narcotráfico** (1.085 ações específicas em 2010), resultando, grande parte das apreensões, do esforço das missões conjuntas com outras forças e serviços de segurança, em particular com a Polícia Judiciária.

No cumprimento da Diretiva de Política Naval para a AM e na persecução do carácter de complementaridade entre os órgãos do MDN e, ainda, da componente operacional do sistema de forças da Marinha/Comando Naval e os órgãos operativos da AM, desenvolveu-se estreita cooperação que se revelou profícua.

Destaca-se a participação de elementos e meios da AM no *SEABORDER 2011*, exercício conjunto entre Portugal e Espanha, no âmbito do fórum *5+5 Defesa*, em que um dos objetivos do exercício é o combate ao narcotráfico. Destaca-se, também, a participação do representante da Marinha de Guerra Portuguesa junto do (MAOC-N), na Operação *JUNCTION RAIN*, com o objetivo de contribuir para a deteção atividade ilícita transnacional em ambiente marítimo, nomeadamente o narcotráfico, e incrementar a parceria, no âmbito da aplicação da lei, entre as forças navais dos Estados Unidos e Cabo Verde nas águas territoriais e zona económica exclusiva.

No decurso de 2011 a Autoridade Marítima Nacional, suportou encargos financeiros estimados em cerca de **336.600,00 €** (330.000,00 € em 2010), relativamente a custos com pessoal, material, combustíveis e outros consumíveis. Constituindo a costa portuguesa um alvo apetecível para os narcotraficantes, em especial a costa sul de Portugal, estima-se um nível financeiro idêntico para 2012.

1.6. Serviço de Informações de Segurança

No sentido de *prevenir e reduzir a produção e o tráfico de cannabis, cocaína, heroína, drogas sintéticas e demais drogas ilícitas em território nacional* [objetivo operacional 65] e, mais concretamente, *intensificando a recolha de notícias e a produção de informações a montante da investigação criminal, que permita: a identificação de redes de narcotráfico, a identificação de novos modi operandi designadamente ao nível da ocultação, a identificação de novas linhas de tendência e de evolução e a caracterização da ameaça* [ação 65.8], o Serviço de Informações de Segurança (SIS) e o Serviço de Informações Estratégicas de Defesa (SIED), procederam à recolha, tratamento e avaliação da informação, relativa à identificação do estabelecimento de sinergias entre estruturas criminosas dedicadas ao tráfico e produção, bem como, avaliação e caracterização da ameaça decorrente da atividade das estruturas criminosas em território nacional.

No que respeita à *prevenção e combate ao branqueamento de capitais gerados pela produção e tráfico ilícitos de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e de precursores* [objetivo operacional 68], procedeu-se à recolha, tratamento e avaliação da informação para identificação e caracterização da promoção de situações de branqueamento de capitais e o risco subjacente a este tipo de atuação (resultante das atividades das estruturas criminosas ligadas ao tráfico ilícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores) garantindo-se, também, a monitorização contínua de situações passíveis de utilização, por parte daquelas estruturas, do território nacional como plataforma de branqueamento de capitais.

Contribuindo para *identificar possíveis ligações entre o produto e o tráfico de droga e o financiamento do terrorismo* [objetivo operacional 69], recolheu-se, tratou-se e avaliou-se informação com vista à identificação de estabelecimento de sinergias entre estruturas criminosas e organizações terroristas, bem como, deteção de possíveis ligações e avaliação da relação entre o tráfico de estupefacientes e o financiamento do terrorismo, de forma permanente.



Apêndice 1

Estudos em curso em 2011

Programa de Estudos sobre Droga - Meio Escolar:

Projeto INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar:

- Inquérito Nacional em Meio Escolar/2010/11 - 3.º Ciclo (INME 2010/11- 3C).
- Inquérito Nacional em Meio Escolar/2010/11 - Secundário (INME 2010/11- Sec).

Projeto ECATD / ESPAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool Tabaco e Drogas / European School Survey on Alcohol and other Drugs:

- Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, por grupos etários, em alunos do ensino público Portugal 2011 (ECATD 2011).
- European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD 2011) - Estudo Europeu.

Programa de Estudos sobre Perceções e Representações Sociais:

Projeto Perceções e Representações Sociais - Álcool (PRS-A):

- Perceções e Representações Sociais - Álcool no Público do Rock in Rio - Lisboa 2010.
- Perceções e Representações Sociais - Álcool entre os Técnicos que trabalham nesta área: Professores.

Programa de Estudos sobre *Culturas Juvenis e Consumo de Substâncias Psicoativas*:

- Projeto *Músicas e Culturas Juvenis*.

Programas de Investigação Europeus aprovados e financiados pela Comissão Europeia:

- *ALICE –RAP – Addictions and lifestyles in Contemporary Europe – Reframing Addictions.*
- *Study on the further analysis of the EU illicit drugs market and responses to it – responding to future challenges.*
- *New methodological tools for project and programme evaluation.*



Apêndice 2

Artigos Publicados em 2011

Barbosa, J. (2011). *Enfrentar “novos riscos” e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(1), pp. 71-84.

Carvalho, J.; Frango, P.; Martins, M. (2011). *Prevenção das toxicodependências em grupos vulneráveis: Os resultados do Programa de Intervenção Focalizada – PIF*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(2), pp. 53-66.

Chitas, V. et al (2011). *Plano Integrado de Prevenção das Toxicodependências do Concelho de Vila Franca de Xira: reflexões sobre um percurso de 10 anos*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(1), pp 61-70.

Costa, N. F.; Pombo, S. (2011). *Sobre a violência relacionada com o uso de drogas*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(2), pp 3-11.

Fernandes, L. (2011). *Do estereótipo à visão fenomenológica: análises sobre o “agarrado”*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(1), pp 17-31.

Israel-Pinto, A. (2011). *Comunidades terapêuticas para toxicodependentes no Brasil*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(2), pp 85-87.

Keating, J. P. (2011). *Psicoterapia Individual em Comunidade Terapêutica para Toxicodependentes: Clivagem, Difusão de Identidade e Integração*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(3), pp 3-11.

Ló, A. (2011). *Integração Social e Estratégias de Mediação*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(1), pp 53-60.

Lomba, L. et al (2011). *Contextos recreativos nocturnos e consumo de álcool e drogas: Determinantes de comportamentos rodoviários de risco*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(3),pp 13-24.

Lomba, L. et al (2011). *Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos. Quem são e comportamentos que adoptam*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(1), pp 3-15.

Lopes, P. et al (2011). *Análise das qualidades psicométricas da URICA utilizando o Modelo de Rasch*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(3), pp. 47-64.

Marques, M. E.; Lourenço P.; Costa, S. (2011). *Risco de recaída numa amostra de adictos portugueses; da compreensão à intervenção*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(2), pp 77-83.

Melo, R. A. S. (2011). *Contributos para um modelo de intervenção preventiva dos problemas ligados ao álcool*. In *Toxicodependências*, Vol. 17(3), pp 25-36.

Pereira, F. (2011). *Metanfetamina e o ciclo do glutamato no cérebro de murganho*. In Toxicodependências, Vol. 17(2), pp 67-76.

Pinto, E.; Moreira, C.; Lavinha, I. (2011). *Adequação nutricional em grávidas toxicodependentes assistidas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. In Toxicodependências, Vol. 17(2), pp 13-22.

Pombo, S.; Lesch, O. (2011). *Para um novo paradigma de intervenção clínica na dependência do álcool: a tipologia alcoólica de Lesch (TAL)*. In Toxicodependências, Vol. 17(3), pp 65-81.

Santos, A. et al (2011). *Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo*. In Toxicodependências, Vol. 17(1), pp 33 – 41.

Silva, A. R. et al (2011). *A eficácia da Entrevista Motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta – Revisão Sistemática da Literatura*. In Toxicodependências, Vol. 17(3), pp. 37-46.

Silva, A. N. (2011). *Terapia de Grupo focada nas emoções: Uma intervenção diferenciada com pacientes alcoólicos em recuperação*. In Toxicodependências, Vol. 17(2), pp 43-51.

Silva, C. G.; Duran, D. (2011). *Treino de Aptidões Sociais : projecto de reinserção socioprofissional de toxicodependentes seguidos no Centro das Taipas*. In Toxicodependências, Vol. 17(2), pp 31- 41.

Tomás, C. C. (2011). *Riscos Psicossociais e Clima Organizacional: Burnout nos Enfermeiros que cuidam de Toxicodependentes*. In Toxicodependências, Vol. 17(2), pp 23-30.

Vilela, L.; Macho, P.; Almeida, G. (2011). *Consumo de álcool em adolescentes e psicopatologia associada*. In Toxicodependências, Vol. 17(1), pp 43-52.

Monografias Publicadas em 2011

Balsa, C.;Vital, C.;Pascueiro, L. (2011).*Consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: prevalências e padrões de consumo 2001-2007*. Lisboa: IDT, I.P.

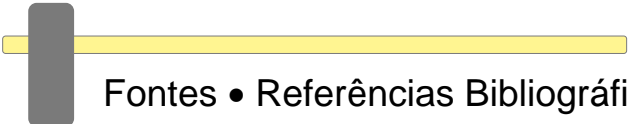
Domostawski, A. (2011). *Política da droga em Portugal: os benefícios da descriminalização do consumo de drogas*. (Nuno Portugal Capaz trad.). Poland: Open Society Foundations.

Oliveira, S. (2011). *Guia de recursos saúde e dependências*. Matosinhos: António Sérgio.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool: 2010-2012*. Lisboa: IDT,I.P.

Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). *Relatório anual 2010: a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: IDT, I.P.

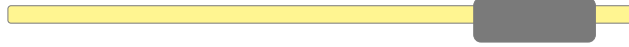
Matos, M. G. et al (2011). *Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior: relatório do estudo - dados nacionais 2010*. Lisboa: Aventura Social.



Fontes • Referências Bibliográficas

Sinais Convencionais • Lista de Siglas e Abreviaturas

Definição de Termos • Índice de Quadros • Índice de Figuras



FONTES

Parte A - Caracterização e Evolução da Situação

- Os dados respeitantes aos **utentes em tratamento da toxicod dependência** são provenientes do **Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM)** e das **Delegações Regionais do Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.**, das **Unidades Licenciadas** e da **Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP)**.
- Os dados sobre as **notificações do VIH** são provenientes do **Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.) / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas**.
- Os dados respeitantes às **mortes** são provenientes do **INE, I.P.** e das **Delegações do Norte, Centro e Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P. (INML, I.P.)**.
- Os dados relativos a **processos de contraordenação por consumo de drogas**, são provenientes do **Gabinete de Apoio à Dissuasão do Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P. (GAD/IDT, I.P.)** e fornecidos anualmente ao Núcleo de Estatística do IDT, I.P.
- Os dados respeitantes às **apreensões policiais** ao abrigo da Lei da Droga, são provenientes da **Unidade Nacional Combate ao Tráfico de Estupefacientes da Polícia Judiciária (UNCTE/PJ)**.
- Os dados relativos às **decisões judiciais** ao abrigo da Lei da Droga são extraídos de cópia das decisões enviadas pelos **Tribunais** ao IDT, I.P.
- Os dados referentes a **reclusos condenados** são provenientes da **Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP)**.

Parte B - Respostas e Intervenções

- Os dados relativos ao IDT, I.P. são extraídos do Relatório de Atividades de 2011 do IDT, I.P.;
- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida;
- Direcção Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo;
- Direcção Geral de Autoridade Marítima;
- Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular;
- Direcção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar;
- Direcção Geral de Política Externa;

- Direção Geral de Reinserção Social;
- Direção Geral dos Serviços Prisionais;
- Guarda Nacional Republicana;
- Instituto de Segurança Social, I.P.;
- Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.;
- Instituto Português da Juventude, I.P.;
- Polícia de Segurança Pública;
- Polícia Judiciária;
- Serviço de Informações Estratégicas de Defesa;
- Serviço de Informações de Segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Parte A - Caracterização e Evolução da Situação

- Balsa, C., Vital C., Urbano C., Pascueiro L. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral. Portugal 2007*. Lisboa: IDT, I.P..
- Dias, M., (2012a). *Relatório de Avaliação Final dos Resultados do Projecto DRUID, 2012*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- Dias, M., (2012b). *Seminário DRUID. Driving Under Influence of DRUGS, Alcohol and Medicines*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- Feijão, F. (2008a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2006. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. <http://www.idt.pt/PT/Investigacao>.
- Feijão, F. (2008b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2006. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. <http://www.idt.pt/PT/Investigacao>.
- Feijão, F. (2012a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. [http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_3ciclo%20\(2\).pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_3ciclo%20(2).pdf).
- Feijão, F. (2012b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_secundario.pdf.
- Feijão, F. (2009). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal - 2007. Relatório Preliminar*. <http://www.idt.pt/PT/Investigacao>.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2002a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2001. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. <http://www.idt.pt/PT/Investigacao>.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2002b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2001. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas*. <http://www.idt.pt/PT/Investigacao>.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2006). *Os Adolescentes e a Droga - Portugal 2003*. <http://www.idt.pt/PT/Investigacao>

- Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2012). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal 2011*. <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>
- Fernandes, L., Silva, M. (2009). *O que a Droga Fez à Prisão. Um Percorso a Partir das Terapias de Substituição Opiácea*. Lisboa: IDT, I.P..
- Hibell, B., Andersson B., Bjarnason T., Kokkevi A., Morgan M. & Narusk A. (1997). *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. & Morgan M. (2000). *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson B., Bjarnason T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A. & Morgan M. (2004). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hibell, B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. & Kraus L. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson B., Bjarnason T., Kokkevi A., Morgan M. & Narusk A. (2012). *The 2011 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Houwing, S., Bernhoft, 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 da Droga e da Toxicodependência, I. P. (2011). *Unidades de Desabilitação Públicas 2010. Grupo de Trabalho Harmonização da Recolha de Dados nas Unidades de Desabilitação Públicas*. http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Documents/ReducaoProcuraConsumos/Relatório_UD_2010.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: INE, IP.
- Isalberti, C.; Bernhoft, I.; Houwing, S., et al. (2011) – *Prevalence of alcohol and other psychoactive substance in injured and killed drivers*. Belgium: UGent.

- Matos, M., Simões C., Carvalhosa S., Reis C. (2000). *Aventura Social & Saúde. A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: FMH/PEPT - Saúde.
- Matos, M. & Equipa do Projecto 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 Projecto Aventura Social (2006). *Aventura Social & Saúde. Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses: Relatório Preliminar*. http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_Preliminar_IDT_2006.pdf
- Matos, M. & Equipa do Projecto 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..
- Polícia Judiciária (2012). *Combate ao Tráfico de Estupefacientes em Portugal: 2011. Relatório Anual Estatística - TCD*. Lisboa: PJ.
- Torres, A., Cruz, R., Maciel, D., Sousa, I. (2009). *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*. Lisboa: IDT, I.P..

SINAIS CONVENCIONAIS

..	Resultado nulo
...	Segredo estatístico
-	Dados não disponíveis
Δ	Variação
%	Percentagem
c/	Com

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

2C-B	• <i>4-Bromo-2,5-dimetoxifenetilamina</i>
AA	• Alcoólicos Anónimos
ADR	• Aconselhamento, Detecção e Referenciação
AM	• Autoridade Marítima
ANF	• Associação Nacional de Farmácias
APDES	• Agência <i>Piaget</i> para o Desenvolvimento
ASI	• <i>Attaché de Sécurité Intérieure</i>
AWF	• <i>Analysis Work Files</i>
CAD	• Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção de VIH-SIDA
CAT	• Centro de Atendimento a Toxicodependentes
CD	• Centro de Dia
CDT	• Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
CE	• Centros Educativos
CeCLAD-M	• Centre de Coordination pour la Lutte Anti-drogue en Méditerranée
CED	• Centros de Educação e Desenvolvimento
CEPOL	• Contributing to European Police Cooperation Through Learning – European Police College
CGTP-IN	• Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses - Intersindical Nacional
CID	• Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIES	• Centro de Investigação e Estudos de Sociologia
CND	• <i>Commission on Narcotics Drugs</i>
CNsida	• Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA
COPATD	• Cursos de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependência
COPOLAD	• Programa de Cooperação entre a América Latina e a UE sobre políticas de luta contra droga
CPLP	• Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CRI	• Centro de Respostas Integradas
CS	• Centro de Saúde
CT	• Comunidade Terapêutica
DEA	• <i>Drug Enforcement Agency</i>
DGAIEC	• Direção Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo
DGIDC	• Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
DGPRM	• Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar
DGRS	• Direção Geral de Reinserção Social
DGS	• Direção Geral de Saúde
DGSP	• Direcção-Geral dos Serviços Prisionais

DMFRI	• Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais
DMT	• <i>Dimetiltryptamina</i>
DMX	• <i>Dextrometorfano</i>
DR	• Delegação Regional
DREA	• Delegação Regional de Educação do Alentejo
DRLVT	• Direção Regional de Lisboa e vale do Tejo
ECATD	• Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga
EDDRA	• <i>Exchange on Drug Demand Reduction Action</i>
ENIPSA	• Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas sem-abrigo
EP	• Estabelecimento Prisional
EPR	• Estabelecimento Prisional Regional
ERS	• Equipas de Reinserção Social
ESPAD	• <i>European School Project on Alcohol and other Drugs</i>
ET	• Equipa de Tratamento
EUA	• Estados Unidos da América
EURÍDICE	• <i>European Research and Intervention on Dependency and Diversity in Companies and Employment</i>
EUROJUST	• <i>European Union's Judicial Cooperation Unit</i>
EUROPOL	• <i>European Law Enforcement Organisation</i>
FESAT	• <i>European Foundation of Drug Helplines</i>
FPCE/UP	• Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação/Universidade do Porto
GAD	• Gabinete de Apoio à Dissuasão
GCPCTFA	• Grupo Coordenador do Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo
GHB	• <i>Ácido gama-hidroxibutírico</i>
GHD	• Grupo Horizontal Drogas
GIMAE	• Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia
GITAD/AICEF	• Grupo Iberoamericano de Trabajo en Análisis de DNA / Academia Iberoamericana de Criminalística y Estudios Forenses
GNR	• Guarda Nacional Republicana
HBSC/OMS	• <i>Health Behaviour in School-age Children / Organização Mundial de Saúde</i>
HIV	• <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDT, I.P.	• Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
IEFP, I.P.	• Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P.
INCB	• <i>International Narcotics Control Board</i>
INE, I.P.	• Instituto Nacional de Estatística, I.P.
INFARMED, I. P.	• Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, I.P.
INML, I.P.	• Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

INME	• Inquérito Nacional em Meio Escolar
INPG	• Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na População Geral
INTERPOL	• <i>International Criminal Police Organization</i>
IPJ, I.P.	• Instituto Português da Juventude, I.P.
ISCTE/UL	• Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa/ Universidade de Lisboa
ISS, I.P.	• Instituto de Segurança Social, I.P.
JAI	• Justiça e Assuntos Internos
KLOTHO	• Programa de Identificação Precoce da Infecção VIH e Prevenção direcionado a Utilizadores de Drogas
LAFTM	• Laboratório de Análise Fármaco-Toxicológicas da Marinha
LSD	• Dietilamida do Ácido Lisérgico
MAOC-N	• <i>Maritime Analysis and Operations Centre - Narcotic</i>
mCPP	• <i>1-3-clorofenil-piperazina</i>
MDA	• Metilendioxianfetamina
MDMA	• Metilendioximetanfetamina
MDN	• Ministério da Defesa Nacional
MIR	• Modelo de Intervenção em Reinserção
NA	• Narcóticos Anónimos
NAT	• Núcleo de Atendimento a Toxicodependentes
NE	• Núcleo de Estatística
NEI	• Núcleo de Estudos e Investigação
NESASE	• Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar
NF	• Núcleo de Formação
NPISA	• Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo
NUTS	• Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas
OEDT	• Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OMA	• Organização Mundial das Alfândegas
OMS	• Organização Mundial da Saúde
ONG	• Organização Não Governamental
ONU	• Organização das Nações Unidas
PA	• Portador Assintomático
PALOP	• Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PETS	• Programa Nacional de Troca de Seringas
PIAC	• Projeto Integrado de Apoio á Comunidade
PIAM	• Projeto Integrado de Atendimento Materno
PIF	• Programa de Intervenção Focalizada
PII	• Plano Individual de Inserção

PJ	• Polícia Judiciária
PORI	• Plano Operacional de Respostas Integradas
PPCDAFA	• Programa Para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas
PRI	• Programa de Respostas Integradas
PSO-BLE	• Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência
PSP	• Polícia de Segurança Pública
PTAO	• Programa Terapêutico com Agonistas Opiáceos
PVE	• Programa Vida-Emprego
REPER	• Representação Permanente de Portugal junto da União Europeia
RIAD	• Rede de Investigadores sobre Álcool e Drogas
RRMD	• Redução de Riscos e Minimização de Danos
RVCC	• Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências
SCML	• Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SEF	• Serviços de Estrangeiros e Fronteiras
SIDA	• Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIED	• Serviço de Informações Estratégicas de Defesa
SIIC	• Sistema Integrado de Informação Criminal
SIM	• Sistema de Informação Multidisciplinar
SIS	• Serviço de Informações de Segurança
SNIDT	• Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodependências
TAS	• Taxa de Alcoolémia no Sangue
TCD	• Tráfico/Consumo de Droga
TIC	• Tecnologias da Informação e Comunicação
UA	• Unidade de Alcoologia
UCIC	• Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta
UD	• Unidade de Desabituação
UDIs	• Utilizadores de Drogas Injetáveis
UE	• União Europeia
UIF	• Unidade de Informação Financeira
ULD	• Unidade Livre de Droga
UNCTE	• Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes / PJ
UNL	• Universidade Nova de Lisboa
UP	• Universidade do Porto
UTITA	• Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo
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 sintomático não-SIDA**, entende-se a notificação do caso diagnosticado com a infeção do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), incluído no Grupo III (Linfoadenopatia Persistente Generalizada) e Grupo IV (IVa, IVc2, IVe) da classificação dos *Centers for Disease Control*, para fins de vigilância epidemiológica.

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 “fndos” 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 “fndos”, 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 (utente em primeira consulta)** entende-se o utente que tem pela primeira vez um ato terapêutico numa estrutura da rede pública de tratamento da toxicod dependência, e para o qual é preenchido um processo individual de utente.

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 que recorreu às unidades de consulta na rede pública, pelo menos uma vez no ano.

ÍNDICE DE QUADROS

Parte A - Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos	11
I - Alguns resultados de estudos	15
Quadro 1 Estimativas da prevalência de consumidores problemáticos de drogas em Portugal (2000 e 2005)	26
II - Indicadores indiretos relacionados com o consumo	27
1. Tratamento	29
1.1. Estruturas e movimento clínico	29
Quadro 2 Utentes em tratamento no ano e em primeiras consultas, por delegação regional (2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005)	30
Quadro 3 Utentes em unidades de desabitação, comunidades terapêuticas e centros de dia, na rede pública e licenciada (2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005)	33
Quadro 4 Utentes em programas de tratamento em estruturas dos estabelecimentos prisionais (2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005)	33
1.2. Programas terapêuticos com agonistas opiáceos	34
Quadro 5 Utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos, por delegação regional (2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005)	34
1.3. Utentes das estruturas de tratamento da toxicod dependência	36
Quadro 6 Consumos dos utentes em tratamento da toxicod dependência, por tipo de estrutura (2011)	36
Quadro 7 Socio demografia dos utentes em tratamento da toxicod dependência, por tipo de estrutura (2011)	37
2. Doenças Infecciosas	39
2.1. Notificações da infeção VIH / SIDA	39
Quadro 8 Notificações dos casos de infeção pelo VIH: total de casos e casos associados à toxicod dependência, segundo a classificação epidemiológica (SIDA, sintomático não-SIDA e portadores assintomáticos) (01/01/1983-31/12/2011)	39
2.2. Doenças infecciosas nos utentes em tratamento da toxicod dependência	43
Quadro 9 Doenças infecciosas nos utentes em tratamento da toxicod dependência, por tipo de estrutura (% positividade 2011)	43
3. Mortes	47
Quadro 10 Mortes por <i>overdose</i> , segundo o ano, por substância (2008-2011)	50
4. Contraordenações	53
4.1. Processos e decisões	53
Quadro 11 Distribuição dos processos de contraordenação, por distrito (2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005)	53
4.2. Indivíduos	58
Quadro 12 Socio demografia dos indivíduos em processos de contraordenação (2011)	59
Mercados	61
III - Indicadores indiretos relacionados com o tráfico	65
1. Apreensões policiais	65
1.1. Apreensões / quantidades / rotas / preços	65
Quadro 13 Droga apreendida, segundo o ano, por tipo de droga (2005-2011)	66
Quadro 14 Preço médio das drogas, segundo o ano, por tipo de droga (2005-2011)	67
1.2. Presumíveis infratores	68
Quadro 15 Presumíveis infratores, por situação face à droga e tipo de droga (2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005)	69
Quadro 16 Socio demografia dos presumíveis infratores (2011)	72
2. Decisões Judiciais	73
Quadro 17 Indivíduos condenados, por situação face à droga e tipo de droga (2011)	76
Quadro 18 Socio demografia dos indivíduos condenados (2011)	79

3. Reclusões	81
Quadro 19 Reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga, por tipo de crime (2011 e variações relativas a 2010 / 2008 / 2005)	81
Quadro 20 Socio demografia dos reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga (2011)	82
Tendências por Drogas	83
Cannabis	85
Quadro 21 Resultados de estudos: prevalências do consumo de cannabis ao longo da vida (2001-2003;2006-2011)	86
Quadro 22 Cannabis: alguns indicadores indiretos relativos aos consumos (2009-2011)	89
Quadro 23 Cannabis: alguns indicadores indiretos relativos aos mercados (2009-2011)	91
Heroína / Opiáceos	93
Quadro 24 Resultados de estudos: prevalências do consumo de heroína ao longo da vida (2001-2003;2006- 2011)	94
Quadro 25 Heroína: alguns indicadores indiretos relativos aos consumos (2009-2011)	97
Quadro 26 Heroína: alguns indicadores indiretos relativos aos mercados (2009-2011)	99
Cocaína	101
Quadro 27 Resultados de estudos: prevalências do consumo de cocaína ao longo da vida (2001-2003;2006- 2011)	102
Quadro 28 Cocaína: alguns indicadores indiretos relativos aos consumos (2009-2011)	105
Quadro 29 Cocaína: alguns indicadores indiretos relativos aos mercados (2009-2011)	107
Ecstasy	109
Quadro 30 Resultados de estudos: prevalências do consumo de ecstasy ao longo da vida (2001-2003;2006-2007, 2010- 2011)	110
Quadro 31 Ecstasy: alguns indicadores indiretos relativos aos consumos (2009-2011)	112
Quadro 32 Ecstasy: alguns indicadores indiretos relativos aos mercados (2009-2011)	114
Outras Drogas e Policonsumos	117
Parte B - Respostas e Intervenções	115
VI - Informação, Investigação, Formação e Avaliação	127
1. 1. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.	127
Quadro 33 Investimento Financeiro, por Tipologia de Formação e por Ano	137

ÍNDICE DE FIGURAS

Parte A - Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos	11
I - Alguns Resultados de Estudos	15
Figura 1 População geral, Portugal - total (15-64 anos) e jovem adulta (15-34 anos): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2001 e 2007)	15
Figura 2 População geral, Portugal - total (15-64 anos) e jovem adulta (15-34 anos): prevalências de consumo nos últimos 30 dias, por tipo de droga (2001 e 2007)	16
Figura 3 População geral, Portugal - total (15-64 anos) e jovem adulta (15-34 anos): taxa de continuidade do consumo, por tipo de droga (2001 e 2007)	16
Figura 4 População geral, Portugal: prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida e nos últimos 30 dias, por região (NUTS II) (2007)	17
Figura 5 População escolar - HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2006 e 2010)	19
Figura 6 População escolar - ESPAD (alunos 16 anos): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2007 e 2011)	20
Figura 7 População escolar - ECATD (alunos 13-18 anos): prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida (2007 e 2011)	21
Figura 8 População escolar - INME (3.º ciclo e secundário): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2006 e 2011)	22
Figura 9 População escolar - INME (3.º ciclo e secundário): prevalências de consumo nos últimos 30 dias, por tipo de droga (2006 e 2011)	22
Figura 10 População escolar – INME (3º Ciclo e Secundário): prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida e nos últimos 30 dias, por região (2011)	23
Figura 11 População reclusa nacional: prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2001 e 2007)	24
Figura 12 População reclusa nacional: prevalências de consumo, segundo o momento face à reclusão, por tipo de droga (2001 e 2007)	24
Figura 13 População reclusa nacional: consumo regular em reclusão, segundo o ano, por tipo de droga (2001 e 2007)	25
Figura 14 População de condutores em geral: prevalências de substâncias psicoativas (2008 e 2009)	27
Figura 15 População de condutores mortos em acidentes de viação: prevalências de substâncias psicoativas (2008 e 2009)	28
II - Indicadores indiretos relacionados com o consumo	29
1. Tratamento	29
1.1. Estruturas e movimento clínico	29
Figura 16 Utentes em ambulatório na rede pública (2005-2011)	29
Figura 17 Utentes em tratamento no ano, por distrito (rede pública 2011)	31
Figura 18 Utentes em primeiras consultas, por distrito (rede pública 2011)	31
Figura 19 Utentes na rede pública e convencionada por tipo de estrutura (2005-2011)	32
1.2. Programas terapêuticos com agonistas opiáceos	34
Figura 20 Utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos, por distrito (rede pública 2011)	34
Figura 21 Utentes em PTAO na rede pública, por substância [situação a 31/12 de cada ano (2005-2011)]	35
Figura 22 Utentes em PTAO na rede pública por substância e delegação regional [situação a 31/12 de cada ano (2005-2011)]	35
1.3. Utentes das estruturas de tratamento da toxicodependência	36
2. Doenças infecciosas	39
2.1. Notificações da infeção VIH/SIDA	39
Figura 23 Notificações de infeção pelo VIH associados ou não à toxicodependência, nos diferentes estadios da infeção (01/01/1983-31/12/2011)	39
Figura 24 Notificações VIH/SIDA: toxicodependentes e não toxicodependentes, por ano de diagnóstico (2005-2011)	40
Figura 25 Notificações VIH/SIDA: % toxicodependentes e não toxicodependentes, por ano de diagnóstico (2005-2011)	40

Figura 26	Casos de infecção pelo VIH diagnosticados em 2011, associados ou não à toxicodependência, por ano provável de infecção (2011)	41
Figura 27	Notificações de casos de infecção pelo VIH associados à toxicodependência, por zona geográfica de residência (01/01/1983-31/12/2011)	42
2.2. Doenças infecciosas nos utentes em tratamento da toxicodependência		43
Figura 28	Doenças infecciosas nos utentes em tratamento da toxicodependência - intervalos das percentagens de positividade nos vários tipos de estruturas, segundo o ano (2005-2011)	44
3. Mortes		47
Figura 29	Óbitos gerais relacionados com o consumo de drogas (2005-2011)	48
Figura 30	Autópsias, exames toxicológicos e resultados positivos <i>post-mortem</i> , segundo o ano (2005-2011)	49
Figura 31	Causas de morte dos casos com resultados toxicológicos positivos, segundo o ano (2008-2011)	49
Figura 32	Mortes por <i>overdose</i> , segundo o ano, por grupo etário (2008-2011)	51
4. Contraordenações		53
4.1. Processos e decisões		53
Figura 33	Distribuição dos processos de contraordenação, por distrito (2011)	54
Figura 34	Processos de contraordenação e decisões, segundo o ano (2005-2011)	54
Figura 35	Processos de contraordenação, segundo o ano, por tipo de decisão (2005-2011)	55
Figura 36	Processos de contraordenação, segundo o ano, por tipo de droga (2005-2011)	56
Figura 37	Distribuição dos processos de contraordenação, segundo a droga envolvida, por distrito (2011)	56
Figura 38	Percentagens intradistritais de processos de contraordenação por tipo de droga (2011)	57
Figura 39	Processos de contraordenação por tipo de droga - intervalos das percentagens intradistritais, segundo o ano (2005-2011)	58
Mercados		61
III - Indicadores indiretos relacionados com o tráfico		65
1. Apreensões policiais		65
1.1. Apreensões / quantidades / rotas / preços		65
Figura 40	Número de apreensões, segundo o ano, por tipo de droga (2005-2011)	65
Figura 41	Distribuição das quantidades de droga apreendidas, por distrito e região autónoma (%) (2011)	67
1.2. Presumíveis infratores		68
Figura 42	Presumíveis infratores, segundo o ano, por situação face à droga (2005-2011)	68
Figura 43	Total de presumíveis infratores, por zona geográfica de ocorrência da infração (2011)	68
Figura 44	Presumíveis infratores, segundo o ano, por tipo de droga (2005-2011)	70
Figura 45	Distribuição dos presumíveis infratores, segundo a droga envolvida, por distrito e região autónoma (2011)	70
Figura 46	Percentagens intradistritais de presumíveis infratores por tipo de droga (2011)	71
2. Decisões Judiciais		73
Figura 47	Processos, indivíduos acusados e condenados ao abrigo da Lei da Droga, segundo o ano (2005-2011)	73
Figura 48	Indivíduos condenados, segundo o ano, por situação face à droga (2005-2011)	74
Figura 49	Total de indivíduos condenados, por zona geográfica de ocorrência da condenação (2011)	74
Figura 50	Indivíduos condenados, segundo o ano, por tipo de pena (2005-2011)	75
Figura 51	Indivíduos condenados, segundo o ano, por tipo de droga (2005-2011)	76
Figura 52	Distribuição dos indivíduos condenados segundo a droga envolvida, por distrito e região autónoma (2011)	77
Figura 53	Percentagens intradistritais dos indivíduos condenados por tipo de droga (2011)	78
3. Reclusões		81
Figura 54	Total de reclusos condenados e reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga, segundo o ano (2005-2011)	81
Parte B - Respostas e Intervenções		123
VII - Redução da Procura		141
1. PORI		143

Figura 55	Esquema Operacional do PORI	143
Figura 56	Total de indivíduos abrangidos, por eixo de intervenção (N=112.502)	144
Figura 57	Tipologia de Entidades que constituem os Núcleos Territoriais (N=619)	145

