

Relatório Anual

2012

A Situação do País em Matéria de
Drogas e Toxicodependências

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS

Relatório Anual 2012

A Situação do País em Matéria de
Drogas e Toxicodependências

2013

Ficha Técnica

Título: **Relatório Anual • 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências**

Autor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências:
Divisão de Estatística e Investigação e Divisão de Informação e Comunicação.

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

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

Edição: 2013

Impressão: Editorial do Ministério da Educação e Ciência

Depósito Legal: 252 317/06

Tiragem: 500 exemplares

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

Preâmbulo

O ano de 2012 marcou o final de um ciclo estratégico; foi um ano de grandes 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, ano em que coexistiram o IDT, I.P. (articulando com as ARS uma transição paulatina das suas competências de intervenção “no terreno”) e com o SICAD, em processo de criação com o estatuto de Direção-Geral e um novo espaço de índole técnico-normativa neste quadro organizativo. O SICAD sentiu, para melhor se situar, a necessidade de elaborar o seu próprio Plano Estratégico 2013-2015, antes ainda de se abalançar à tarefa de promover a elaboração de um novo quadro conceptual estratégico, Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.

Nesta conjuntura de mudança e incerteza em final de ciclo estratégico, impõe-se uma palavra de apreço aos Profissionais que atuam nestas áreas, já que, como esperado, responderam com elevado espírito de missão na implementação das iniciativas e ações planeadas; as ARS, por seu lado, a quem foram cometidas novas competências, souberam recebê-las e absorver os novos Profissionais no respeito pela essência de um modelo de organização e de práticas desenvolvido e testado ao longo de décadas.

De acordo com o novo arranjo orgânico da atribuição de responsabilidades na área dos comportamentos aditivos e das dependências, compete ao SICAD apoiar o Coordenador Nacional na elaboração do *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências* a apresentar anualmente à Assembleia da República e ao Governo Português. Este relatório compila dados oriundos de numerosos organismos-fonte e 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 2005-2012*, constituindo-se assim como um instrumento imprescindível para a avaliação das políticas nesta matéria.

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 no próximo ciclo.

Lisboa, 11 de dezembro de 2013

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



João Castel-Branco Goulão

As Equipas da Divisão de Estatística e Investigação e da Divisão de Informação e Comunicação agradecem aos colegas de outras Divisões e Equipas do SICAD, 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.

Divisão de Estatística e Investigação do SICAD

Equipa Responsável

Coordenação e Redação: Carla Ribeiro

Estatístico: Catarina Guerreiro

Apoio Técnico: Adélia Salgado, Anabela Bento, Helena Neto, José Luis Costa,
Rosário Mendes

Divisão de Informação e Comunicação do SICAD

Equipa Responsável

Coordenação e Redação: Paula Graça

Apoio Técnico: Filipa Cunha, Liliana Ferreira

Índice

Parte A - Caracterização e Evolução da Situação	11
Consumos e Problemas relacionados	13
1. Alguns Resultados de Estudos	19
2. Tratamento	41
2.1. Tratamento em meio livre	41
2.2. Tratamento em meio prisional	51
3. Doenças Infecciosas	53
3.1. Notificações da infeção VIH/SIDA	53
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência	58
4. Mortalidade	63
5. Contraordenações	71
5.1. Processos e Decisões	71
5.2. Indivíduos	77
Oferta	79
1. Alguns Resultados de Estudos	83
2. Apreensões Policiais	87
2.1. Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços	87
2.2. Presumíveis Infratores	91
3. Decisões Judiciais	97
4. Reclusões	105
Tendências por Drogas	107
1. Cannabis	111
1.1. Consumos e Problemas relacionados	111
1.2. Oferta	117
2. Heroína / Opiáceos	121
2.1. Consumos e Problemas relacionados	121
2.2. Oferta	126
3. Cocaína	129
3.1. Consumos e Problemas relacionados	129
3.2. Oferta	134

4. Ecstasy	137
4.1. Consumos e Problemas relacionados	137
4.2. Oferta	141
5. Outras Drogas e Policonsumos	145
5.1. Consumos e Problemas relacionados	145
5.2. Oferta	150
Parte B - Respostas e Intervenções	153
Áreas Transversais	155
IV - Coordenação	157
1.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	157
V - Cooperação Internacional	159
1.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	159
1.2. Direção-Geral de Política Externa	161
1.3. Polícia Judiciária	162
1.4. Autoridade Tributária e Aduaneira (ex-DGAIEC)	164
1.5. Serviço de Informações Estratégicas de Defesa	165
VI - Informação, Investigação, Formação e Avaliação	167
1.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	167
1.2. Direção-Geral da Educação (ex-DGIDC)	170
1.3. Guarda Nacional Republicana	171
1.4. Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.	171
1.5. Polícia Judiciária	172
1.6. Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar	172
1.7. Polícia de Segurança Pública	173
1.8. Autoridade Tributária e Aduaneira (ex-DGAIEC)	173
Áreas de Missão	175
VII - Redução da Procura	
1. Plano Operacional de Respostas Integradas, PORI	177
2. Prevenção	181
2.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	181
2.2. Direção-Geral da Educação (ex-DGIDC)	184
2.3. Guarda Nacional Republicana	184
2.4. Polícia de Segurança Pública	185
2.5. Instituto Português do Desporto e Juventude, I. P.	185
3. Dissuasão	187
3.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	187
3.2. Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar	189
4. Redução de Riscos e Minimização de Danos	191
4.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	191
4.2. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA	192
4.3. Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (ex-DGSP e ex-DGRS)	193
5. Tratamento	195
5.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	195
5.2. Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (ex-DGSP e ex-DGRS)	196
5.3. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar	196

6. Reinserção	199
6.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	199
6.2. Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P.	202
6.3. Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (ex-DGSP e ex-DGRS)	203
6.4. Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar	204
6.5. Autoridade para as condições do Trabalho	205
VIII - Redução da Oferta	207
1.1. Polícia Judiciária	207
1.2. Guarda Nacional Republicana	208
1.3. Polícia de Segurança Pública	209
1.4. Autoridade Tributária e Aduaneira (ex-DGAIEC)	209
1.5. Direção-Geral de Autoridade Marítima	210
1.6. Serviço de Informações de Segurança	211
1.7. Autoridade de Segurança Alimentar e Económica	211
Apêndice 1	213
Estudos realizados ou promovidos pelo SICAD, em curso em 2012	213
Monografias Publicadas em 2012	214
Fontes	217
Referências Bibliográficas	219
Sinais Convencionais	223
Lista de Siglas e Abreviaturas	225
Definição de Termos	231
Índice de Quadros	233
Índice de Figuras	235

Parte A

Caracterização e Evolução da Situação

Consumos e Problemas relacionados

No ciclo estratégico 2005-2012, foram realizados diversos estudos epidemiológicos nacionais que permitem a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional, designadamente na população geral (2007 e 2012), na população reclusa (2007), 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 2012 na **população geral** residente em Portugal (15-64 anos), a cannabis, o ecstasy e a cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo) respetivamente de 9,4%, 1,3% e 1,2%. Entre 2007 e 2012, no conjunto da população portuguesa verificou-se, para quase todas as drogas, uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida (a de *qualquer droga* passou de 12% para 9,5%) e de consumo recente (a de *qualquer droga* passou de 3,7% para 2,7%), bem como uma diminuição das taxas de continuidade dos consumos (a de *qualquer droga* passou de 31% para 28%). De um modo geral, a população jovem adulta (15-34 anos) apresentou prevalências de consumo ao longo da vida, de consumos recentes e taxas de continuidade dos consumos mais elevadas do que a população total. Cerca de 0,7% da população de 15-64 anos e 1,2% da população jovem adulta residente em Portugal apresentavam sintomas de dependência do consumo de cannabis, correspondendo a cerca de um quarto dos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses. A análise por sexo evidenciou prevalências de consumo ao longo da vida e de consumo recente mais elevadas nos homens, para todas as drogas, apesar de alguns consumos no grupo feminino terem aumentado entre 2007 e 2012, contrariamente ao padrão geral de evolução. Lisboa, a Região Autónoma dos Açores e o Alentejo, foram as regiões (NUTS II) que apresentaram prevalências de consumo de *qualquer droga* ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima das médias nacionais, na população total e na jovem adulta. Em 2012, Portugal continuava a apresentar prevalências de consumo de substâncias ilícitas abaixo dos valores médios europeus.

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

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*, realizado em 2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, a cannabis é a droga ilícita que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde (24% para o consumo ocasional e 64% para o consumo regular de cannabis). De um modo geral, as perceções dos jovens portugueses acompanham as médias europeias.

Em 2005 foi também realizado em Portugal, um estudo periódico (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, 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.

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 de 2006/2007 para 2010/2011 - sobretudo de cannabis mas também de outras drogas particularmente de LSD -, as prevalências de consumo de *qualquer droga* entre os alunos mais novos (13-15 anos) mantêm-se aquém das registadas entre 2001 e 2003. Não obstante os acréscimos dos consumos neste final de ciclo estratégico, aumentou o risco percebido associado ao consumo regular de drogas entre os estudantes de 16 anos, considerando os alunos portugueses mais arriscado esse consumo do que a média europeia.

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.

Pela primeira vez em Portugal, foi realizado no ciclo estratégico 2005-2012 um estudo epidemiológico na **população condutora** sobre a prevalência de álcool, drogas e medicamentos, inserido num projeto europeu. Nos condutores em geral, em 2008/2009, a prevalência de consumo de *qualquer droga ilícita* foi de 1,6%, sendo a droga mais prevalente a cannabis (1,4%). A prevalência de opiáceos ilícitos foi de 0,2% e a de cocaína de 0,03%. Portugal apresentou uma prevalência de consumo de *qualquer droga ilícita* inferior à média europeia (1,9%), apesar da de cannabis ser muito idêntica e a de opiáceos ilícitos ser superior às correspondentes médias europeias. Portugal registou uma prevalência de associação de álcool com outras substâncias psicoativas (0,4%) semelhante à média europeia, e de associação de substâncias psicoativas sem álcool (0,2%) aquém dessa média. Nos condutores mortos em acidentes de viação, as drogas ilícitas mais prevalentes em Portugal foram a cannabis (4,2%) e a cocaína (1,4%), com valores superiores aos dos outros três países do estudo, exceto a Noruega que apresentou uma 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 do **tratamento da toxicodependência**, em 2012, no ambulatório da rede pública estiveram em tratamento 29 062 utentes. Dos que iniciaram tratamento em 2012, 4012 eram utentes readmitidos e 2001 novos utentes, ou seja, utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*). Em 2012, nas redes de tratamento da toxicodependência pública e licenciada, registaram-se 1571 internamentos em Unidades de Desabilitação, 1475 dos quais na rede pública e 96 na licenciada. O número de internamentos em Comunidades Terapêuticas foi de 3494, 122 dos quais na rede pública e 3372 na licenciada.

Relativamente à caracterização dos consumos dos utentes que recorreram em 2012 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência constata-se que, no ambulatório, a heroína continua a ser a substância principal mais referida pelos utentes em tratamento no ano, mas tal já não ocorre a nível dos novos utentes, em que já é a cannabis a substância principal mais referida (38%, face a 34% de referências à heroína), verificando-se, sobretudo nos últimos dois anos, aumentos nas proporções de novos utentes que referem a cannabis e a cocaína como substâncias principais. Entre os utentes das Unidades de Desabilitação a heroína foi também a droga principal mais referida, mas nas Comunidades Terapêuticas públicas a mais reportada foi a cocaína. Quanto ao consumo endovenoso e partilha de material de consumo, os indicadores apontam para reduções destes comportamentos. No entanto, persistem, designadamente entre os novos utentes, proporções relevantes de práticas de partilha de material de consumo não endovenoso, verificando-se também neste grupo de utentes aumentos, nos últimos três anos, das proporções de partilha de material de consumo endovenoso. Por outro lado, e sobretudo nos dois últimos anos, constata-se uma maior heterogeneidade nas idades dos utentes que iniciaram tratamento no ambulatório, com um grupo cada vez mais jovem de novos utentes e, outro, de utentes readmitidos, cada vez mais envelhecido.

Tendo em consideração esta heterogeneidade dos perfis demográficos e de consumo dos utentes em tratamento, torna-se essencial reforçar a diversificação das respostas e apostar nas intervenções preventivas de comportamentos de consumo de risco, designadamente as relacionadas com a partilha de material de consumo endovenoso e não endovenoso.

No contexto das estruturas de tratamento da toxicodependência da responsabilidade do sistema prisional, em 2012 estiveram integrados 215 reclusos nos Programas de Tratamento

Orientados para a Abstinência, valor próximo aos registados nos dois anos anteriores, mas representando o valor mais baixo no ciclo estratégico 2005-2012, ao longo do qual se verificou uma tendência de decréscimo no número de utentes integrados nestes programas. Em contrapartida, ao longo deste ciclo estratégico verificou-se um aumento no número de reclusos em Programas Farmacológicos, seja da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais, seja em articulação com outras estruturas de tratamento em meio livre, estando integrados a 31/12/2012, 501 reclusos nos programas da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais, 451 dos quais em programas com agonistas opiáceos e 50 em programas com antagonistas opiáceos.

Relativamente às **doenças infecciosas** entre as populações em tratamento da toxicodependência, em 2012, as prevalências de infeção pelo VIH (3% - 14%), Hepatite B (2% - 5%) e Hepatite C (28% - 61%), reforçam as tendências dos últimos anos. De um modo geral, as prevalências de infeção pelo VIH e as proporções de novas infeções (diagnósticos no ano) entre os utentes em tratamento têm vindo a diminuir à semelhança do verificado a nível das notificações, e, as prevalências novas infeções pelo VHC e de Hepatite B (AgHBs+) têm-se mantido estáveis nos últimos quatro anos, embora com valores aquém dos dos anos anteriores.

No âmbito das notificações da infeção VIH/SIDA, continua a registar-se um decréscimo no número total de casos de infeção VIH e de casos de SIDA diagnosticados anualmente, tendência que se mantém a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência. Considerando esta tendência de decréscimo de novos casos de infeção VIH associados à toxicodependência, bem como a tendência de uma maior proporção de infeções antigas em casos recentemente diagnosticados no grupo de risco associado à toxicodependência do que nos restantes casos, e considerando ainda as melhorias implementadas nos últimos anos a nível da cobertura do rastreio e do acesso a cuidados de saúde das populações toxicodependentes, parece estar-se perante uma efetiva diminuição de “infeções recentes” neste grupo de risco, refletindo os resultados das políticas implementadas, designadamente na mudança de comportamentos de risco no consumo endovenoso de drogas. 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 -, e dar continuidade aos programas de intervenção em curso, com vista a potenciar os ganhos em saúde entretanto obtidos.

No que respeita à **mortalidade relacionada com o consumo de drogas**, no contexto das estatísticas nacionais de mortalidade do INE, I.P., e após o aumento contínuo registado entre 2006 e 2009 que inverteu a tendência de decréscimo nos anos anteriores, verificaram-se inflexões em 2010 e 2011, voltando a registar-se em 2012 um aumento no número destas mortes. Segundo o critério da Lista Sucinta Europeia, em 2012 ocorreram 13 mortes causadas por dependência de drogas, e de acordo com o critério do OEDT, registaram-se 16 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas.

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2012, dos 187 óbitos com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito e com informação sobre a causa de morte, cerca de 16% (29 casos) foram considerados *overdoses* (12%, 27%, 28% e 36%, em 2011, 2010, 2009 e 2008), verificando-se um aumento em relação a 2011, mas com valores muito aquém dos registados entre 2008 e 2010. No que respeita às substâncias detetadas nestas *overdoses*, em 2012 é de destacar a presença de cocaína em 52% dos casos, seguindo-se-lhe os opiáceos, (48%) e a metadona (31%). Uma vez mais, na maioria (76%) 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 (38%) e

benzodiazepinas (28%). Em relação às outras causas das mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito em 2012 (158 casos), foram maioritariamente atribuídas a acidentes (45%) seguindo-se-lhes a morte natural (25%), suicídio (15%) e homicídio (11%).

No que se refere à mortalidade relacionada com o VIH/SIDA e de acordo com as notificações de óbitos recebidas no INSA, a distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia uma tendência decrescente no número de mortes ocorridas a partir de 2002, e a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência. No entanto, nos casos diagnosticados mais recentemente, a mortalidade observada continua a ser superior nas categorias de transmissão associadas à toxicodependência comparativamente aos restantes casos, o que poderá estar relacionado, entre outros, com a maior proporção de infeções antigas nos casos de infeção VIH associados à toxicodependência.

No contexto das **contraordenações por consumo de drogas**, foram instaurados 8573 processos relativos às ocorrências de 2012, representando o valor mais elevado desde 2001 e um aumento de 24% em relação a 2011. À data da recolha de informação cerca de 86% dos processos relativos às ocorrências de 2012 tinham decisão proferida (40% estavam suspensos e 46% arquivados), constatando-se um significativo aumento da capacidade decisória em relação aos anos anteriores, tanto mais relevante considerando que o número de processos em 2012 atingiu o valor mais elevado desde 2001. Entre as decisões proferidas uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (67%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (14%). Tal como nos anos anteriores, a maioria dos processos estavam relacionados com a posse de cannabis (78% só cannabis e 2% cannabis com outras drogas), o que é consistente com os resultados dos estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas em Portugal.

1. Alguns Resultados de Estudos¹

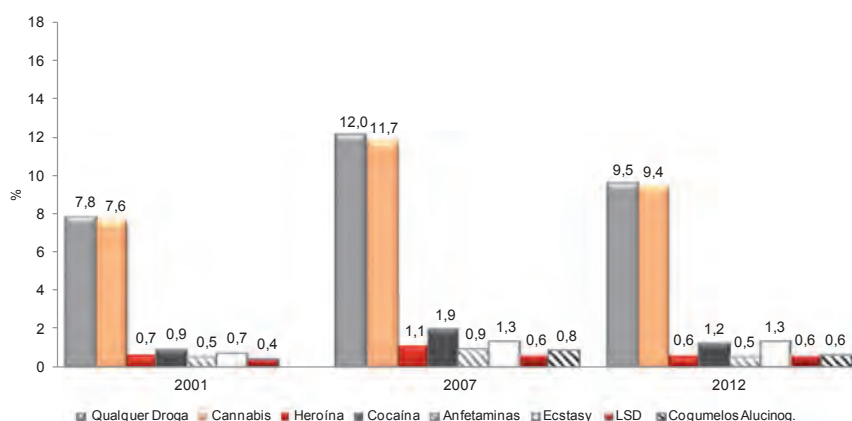
Entre os vários estudos realizados na área das drogas e toxicodependência, destacam-se neste capítulo os estudos epidemiológicos periódicos com representatividade nacional, que permitem a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional.

Contexto População Geral

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

Figura 1 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos)

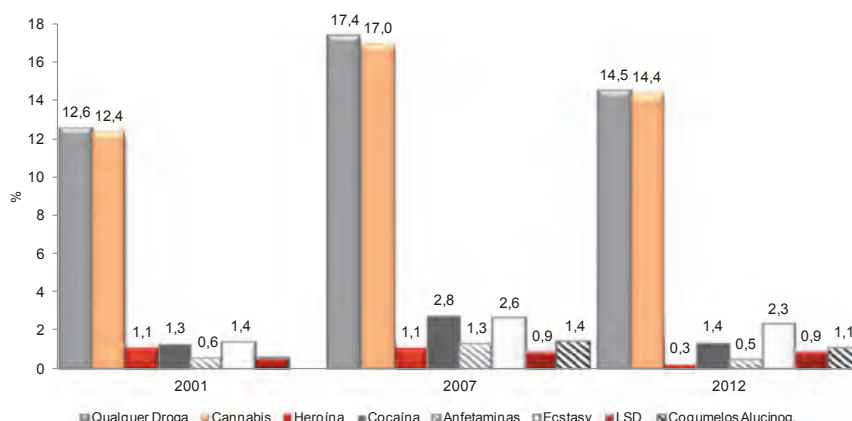
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)



Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Figura 2 - População Geral, Portugal – População Jovem Adulta (15-34 anos)

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



Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

¹ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 19 à pág. 34, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>).

² Balsa et al., 2013.

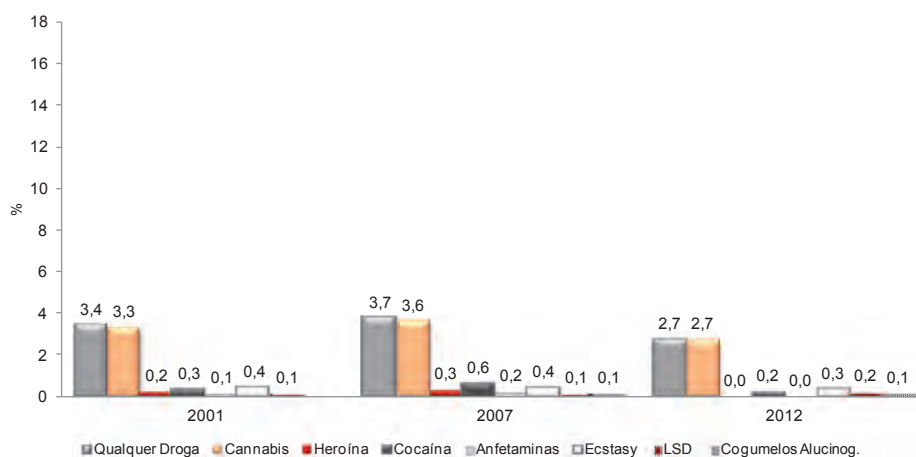
³ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

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

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

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

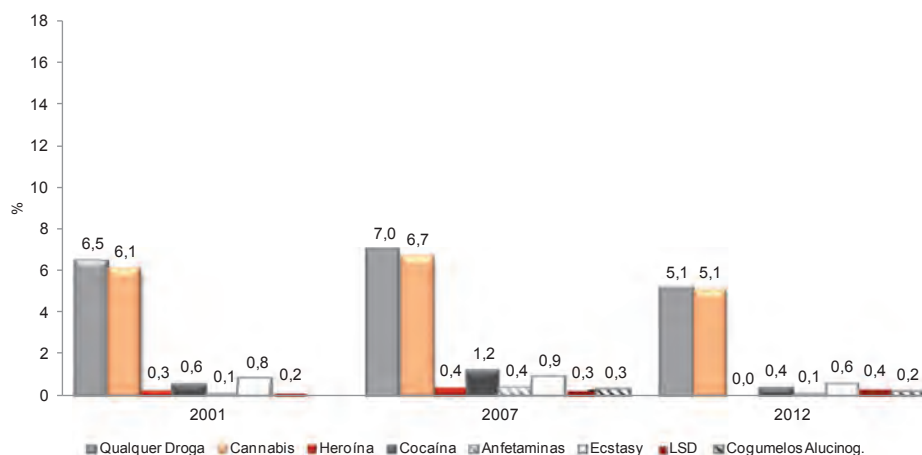
Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)



Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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



Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

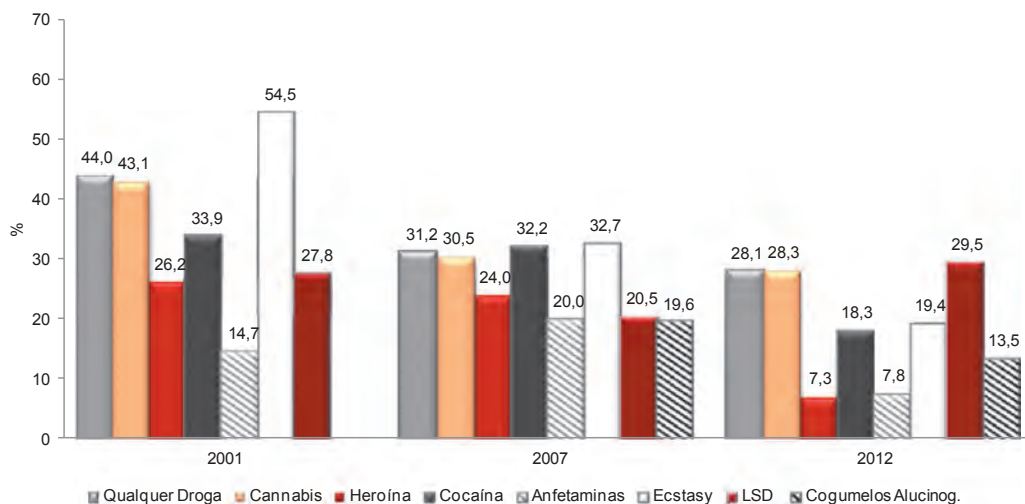
São de destacar, tanto na população total como na jovem adulta, para além das descidas das prevalências de consumo de cannabis, enquanto a substância mais consumida, também as de heroína, de cocaína e de anfetaminas.

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

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

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

Taxa de Continuidade* dos Consumos, por Tipo de Droga



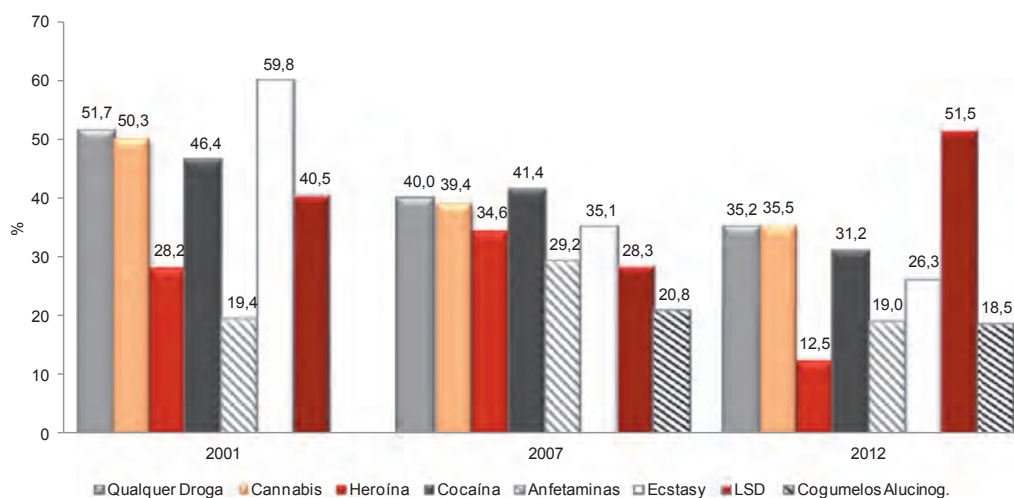
* A taxa de continuidade dos consumos indica a proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

⁴ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores nacionais responsáveis pelo estudo analisaram várias hipóteses explicativas, e avançam como uma das mais plausíveis a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração em curso.

Figura 6 - População Geral, Portugal – População Jovem Adulta (15-34 anos)

Taxas de Continuidade* dos Consumos, por Tipo de Droga



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

Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

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

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

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

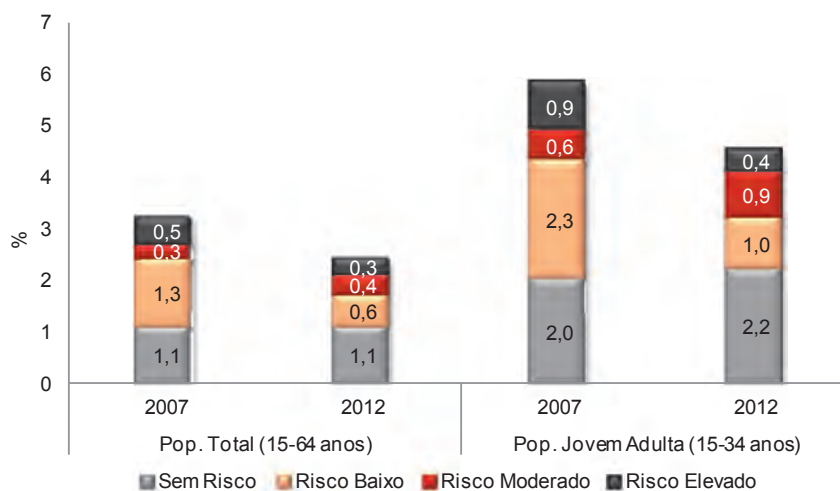
⁵ O Teste *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), desenvolvido pelo Observatório Francês da Droga e Toxicodependência, é um questionário com 6 questões que procuram identificar padrões e comportamentos de risco associados ao uso de cannabis no último ano (Balsa et al., 2013).

⁶ O *Severity of Dependence Scale* (SDS) foi concebido para fornecer um pequeno teste – com 5 questões –, facilmente administrado, que pode ser usado para medir o grau de dependência psicológica experimentada pelos utilizadores de diferentes tipos de drogas ilícitas. A formulação dos itens pode ser adaptada a diferentes tipos de drogas e inclui instruções para que as respostas se devam referir a comportamentos e experiências durante um período de tempo específico (geralmente os últimos 12 meses/último ano) (Balsa et al., 2013).

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

Avaliação da Dependência através Cannabis Abuse Screening Test (CAST)

% total de Inquiridos



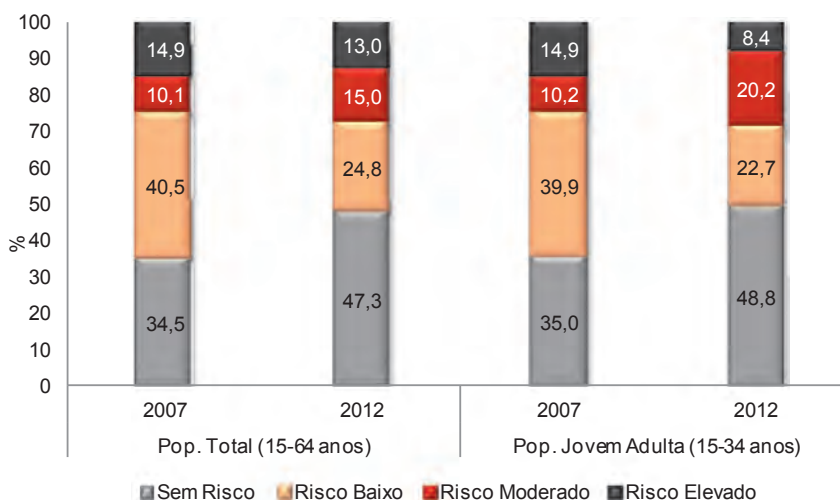
Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

Avaliação da Dependência através Cannabis Abuse Screening Test (CAST)

% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses



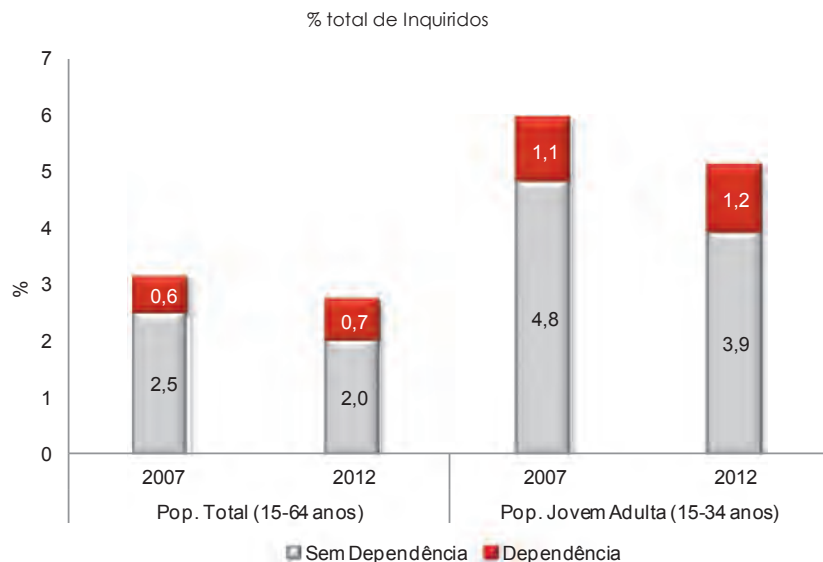
Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

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

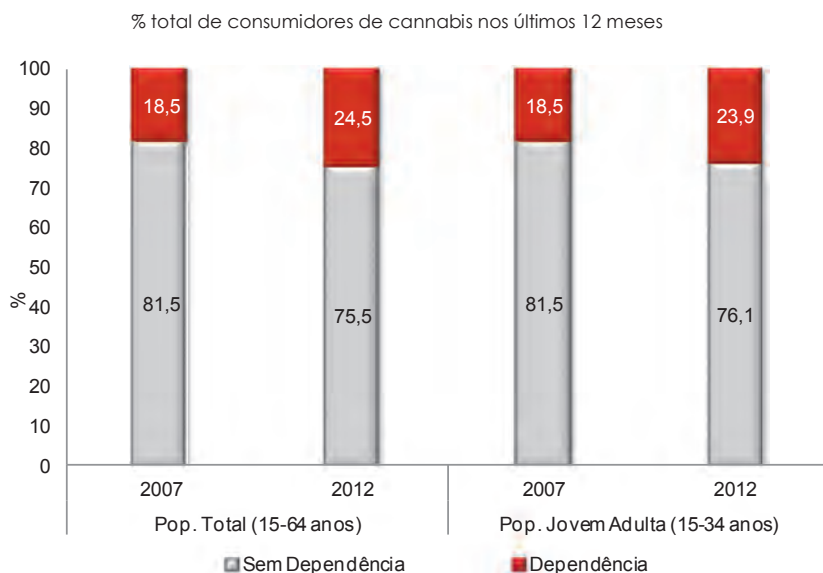
Avaliação da Dependência através do SDS (*Severity of Dependence Scales - Cannabis*)



Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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



Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

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

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

Idades de Início dos consumos

2001, 2007 e 2012

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

Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

E porque este grupo de 15-34 anos corresponde a duas etapas distintas do ciclo de vida, tal como definidas no PNRCAD 2013-20, e os 15-24 anos correspondem a um período crítico de início dos consumos e agravamento dos padrões de consumo, importa referir as principais diferenças e tendências dos consumos dos dois grupos decenais da população jovem adulta.

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

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

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

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

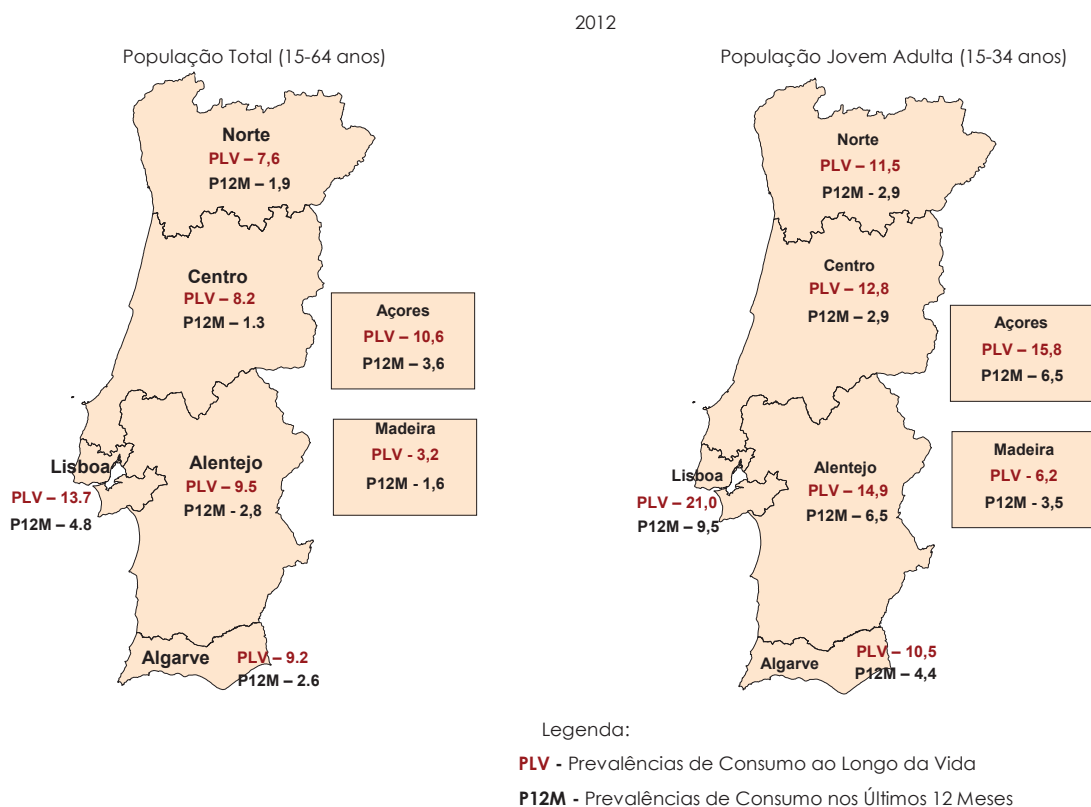
O padrão preferencial de consumo da população portuguesa – em primeiro lugar o consumo de cannabis, seguindo-se-lhe o de ecstasy e o de cocaína - manteve-se em ambos os sexos, na população total e na jovem adulta, salvo algumas variações nos consumos recentes da população jovem adulta, com as mulheres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

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

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

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

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



* Segundo a classificação por NUTS de 2002.

Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

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

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

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

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

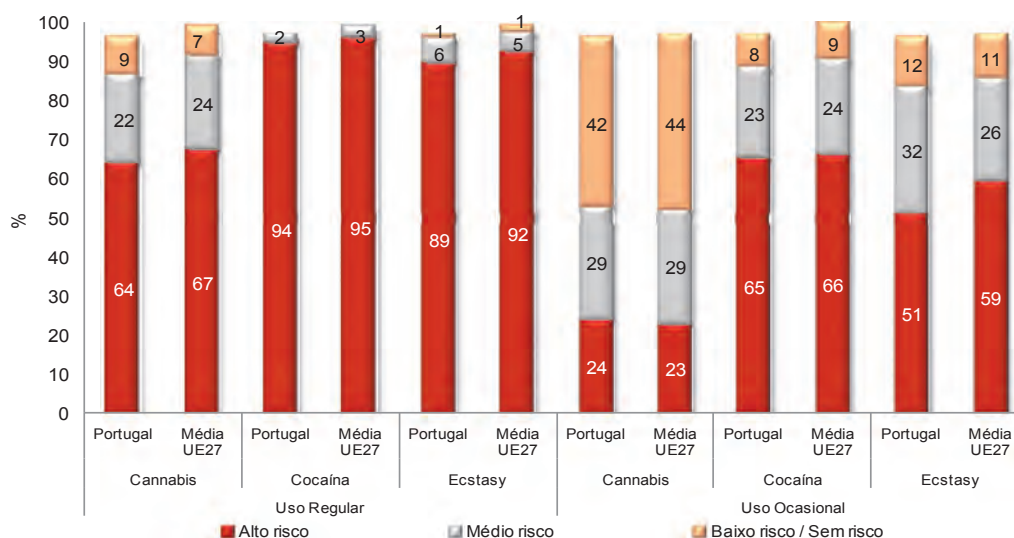
Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*⁷, realizado em 2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, as **percepções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas** variavam conforme as substâncias e a frequência do seu consumo.

Nos jovens portugueses, a percepção de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional (*uma ou duas vezes*) de substâncias ilícitas, era bastante superior em relação à cocaína (65%) e ao ecstasy (51%) do que à cannabis (24%). A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o *consumo regular* de cocaína (94%) e de ecstasy (89%), assim como, embora em proporção significativamente inferior, o *consumo regular* de cannabis (64%).

Comparando com as médias europeias, constata-se que as percepções dos jovens portugueses de 15-24 anos, de um modo geral acompanham as médias europeias, sendo de referir, embora com diferenças não relevantes, a menor atribuição de *risco elevado* para a saúde no consumo regular de cannabis e no consumo ocasional e regular de ecstasy.

Figura 12 - População Jovem (15-24 anos)

Percepção do Risco para a Saúde associado ao Consumo de Drogas, 2011
Portugal e Média Europeia (%)



Fonte: *Flash Eurobarometer Youth attitudes on drugs, 2011* / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Constataram-se diferenças entre as percepções dos não consumidores e consumidores de substâncias psicoativas, designadamente de cannabis e de novas substâncias psicoativas, no sentido dos consumidores percecionarem como menos gravoso o risco para a saúde associado a esse consumo, bem como diferenças entre as percepções dos consumidores, consoante tivessem ou não consumos recentes. Por exemplo, os jovens que nunca consumiram cannabis atribuíram mais *risco elevado* para a saúde ao consumo regular de cannabis e ao consumo ocasional de cocaína e de ecstasy do que os consumidores desistentes, e estes, por sua vez, atribuíram mais *risco elevado* para a saúde do que os jovens com consumos recentes.

⁷ The Gallup Organization, 2011. Estudo realizado em 27 países europeus. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à percepção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-20 por razões de comparabilidade europeia.

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

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*⁸. Em 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 do ciclo estratégico que terminou em 2012. 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 2000⁹, continuando no entanto a ser necessário ter algumas cautelas na leitura comparativa dos dados¹⁰.

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 2 - Estimativas da Prevalência de Consumidores Problemáticos de Drogas em Portugal

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

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

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.

⁸ Negreiros et al., 2009.

⁹ Nomeadamente o recálculo da estimativa de 2000 adaptada à primeira definição de caso.

¹⁰ 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.

Contexto Populações Escolares

Nas populações escolares, no ciclo estratégico 2005-2012 foram realizados vários estudos nacionais: em 2006, o HBSC/OMS¹¹ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹² (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹³ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁴ (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, 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, em ambos os grupos de alunos. 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** vieram 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, também a cannabis se destacou 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, 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.

¹¹ 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).

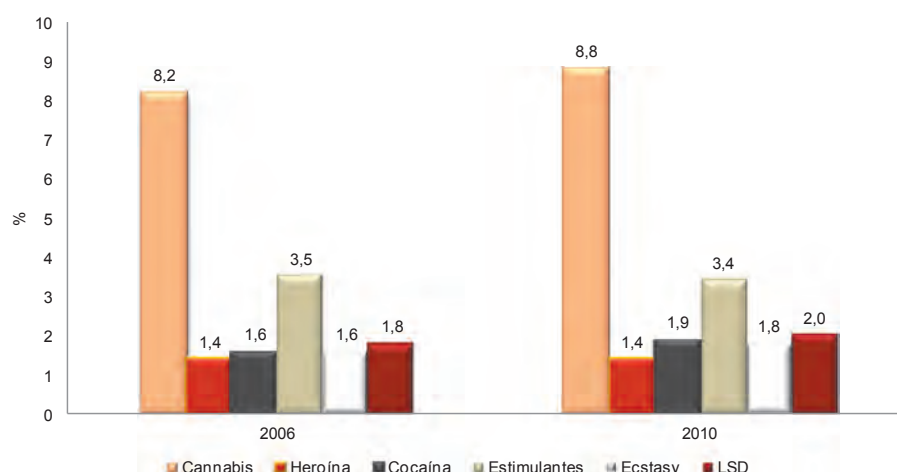
¹² O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

¹³ 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).

¹⁴ 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).

Figura 13 - 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 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

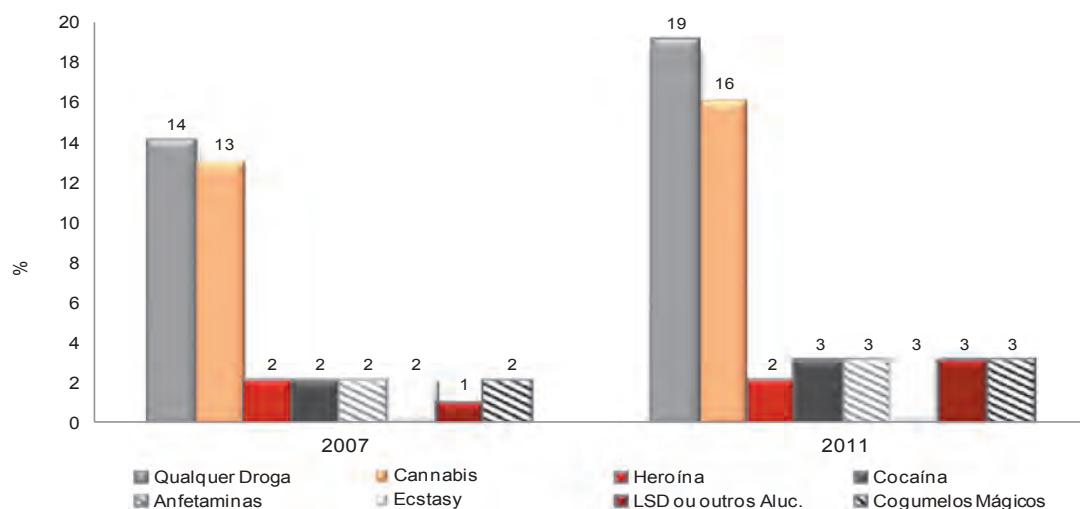
Após a diminuição dos consumos em 2006 e 2007, os resultados dos estudos nacionais realizados em 2010 e 2011 nas populações escolares evidenciaram aumentos dos consumos, em particular da cannabis, mas também de outras drogas como o LSD e as anfetaminas.

Em **2010**, os resultados do **HBSC/OMS** evidenciaram um aumento das prevalências dos consumos entre 2006 e 2010, após a diminuição ocorrida entre 2002-2006¹⁵. Uma vez mais a cannabis, os estimulantes e o LSD surgiram com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida (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 este aumento das prevalências dos consumos, entre 2007/2011 nos dois primeiros e entre 2006/2011 no último.

Figura 14 - População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos)

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



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

¹⁵ 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.

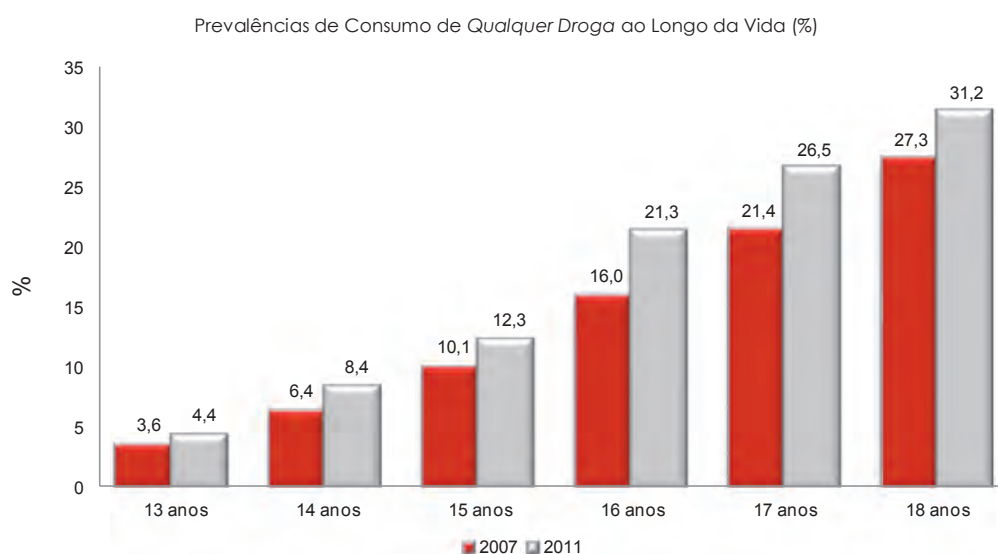
No **ESPAD 2011**, mais uma vez a cannabis foi a droga que apresentou a maior prevalência de consumo ao longo da vida (16%), com um valor próximo da prevalência de consumo de *qualquer droga* (19%). Entre 2007 e 2011, aumentou a prevalência de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* (de 14% para 19%), verificando-se acréscimos nas prevalências de consumo de todas as drogas, exceto da heroína.

As prevalências do consumo de cannabis nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias também aumentaram entre 2007 e 2011 (respetivamente de 10% para 16% e de 6% para 9%). Em 2011, Portugal registou prevalências de consumo muito próximas às médias europeias, sendo já nalguns casos superiores (nomeadamente as prevalências de consumo de cannabis nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias - médias europeias de 13% e 7% - e a de consumo de *outras drogas que não cannabis* ao longo da vida - 6% a média europeia e 8% em Portugal), contrariamente ao ocorrido em 2007, em que foram, na sua generalidade, inferiores.

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

Entre 2007 e 2011, após a tendência de decréscimo entre 2003 e 2007¹⁶, 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 15 - População Escolar – ECATD (alunos de 13-18 anos)



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

¹⁶ No ECATD 2007 já tinha sido evidenciado que entre os alunos mais novos (13 anos) não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis como nas restantes idades.

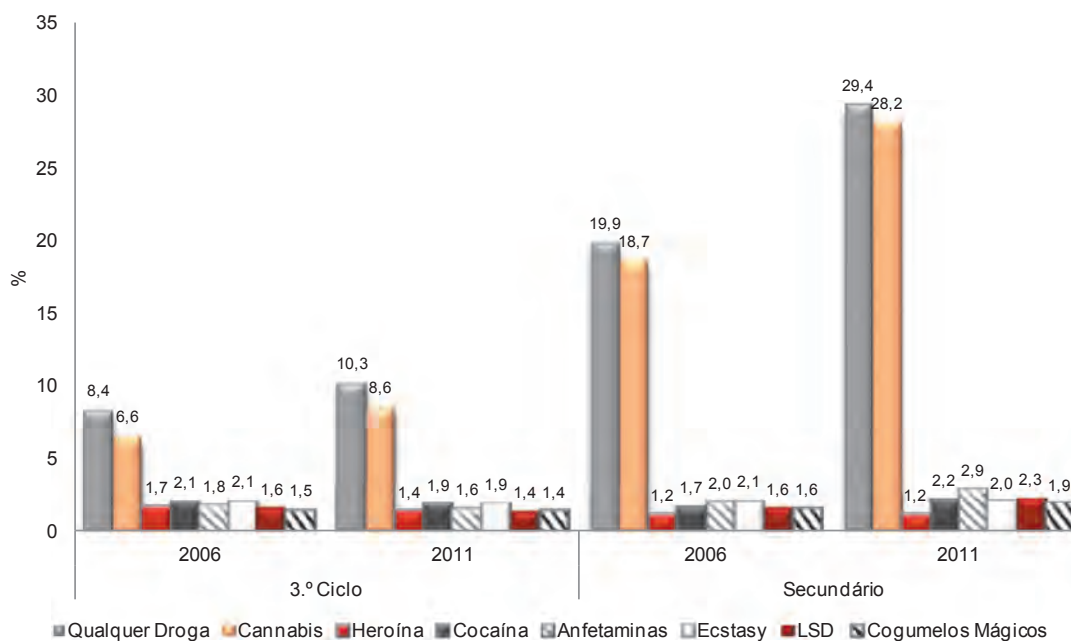
No **INME 2011**, as prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* foram de 10,3% no 3.º Ciclo e de 29,4% no Secundário. Uma vez mais a cannabis destacou-se com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida no 3.º Ciclo (8,6%) e no Secundário (28,2%). Seguiu-se-lhe a cocaína e o 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 considerados, e das prevalências de consumo da maioria das substâncias nos últimos 30 dias).

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

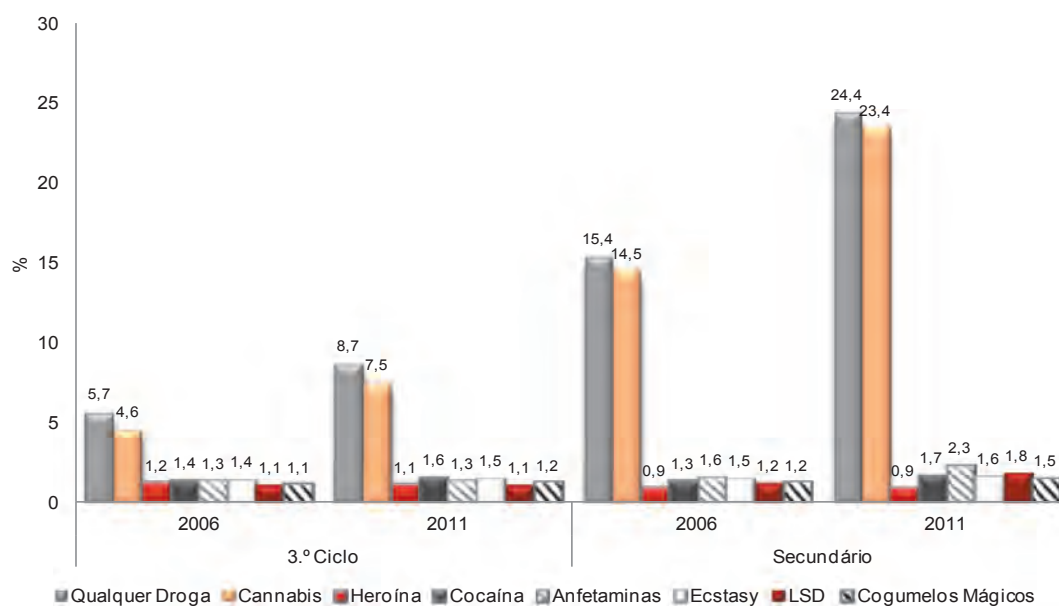
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)



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

Figura 17 - População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário)

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

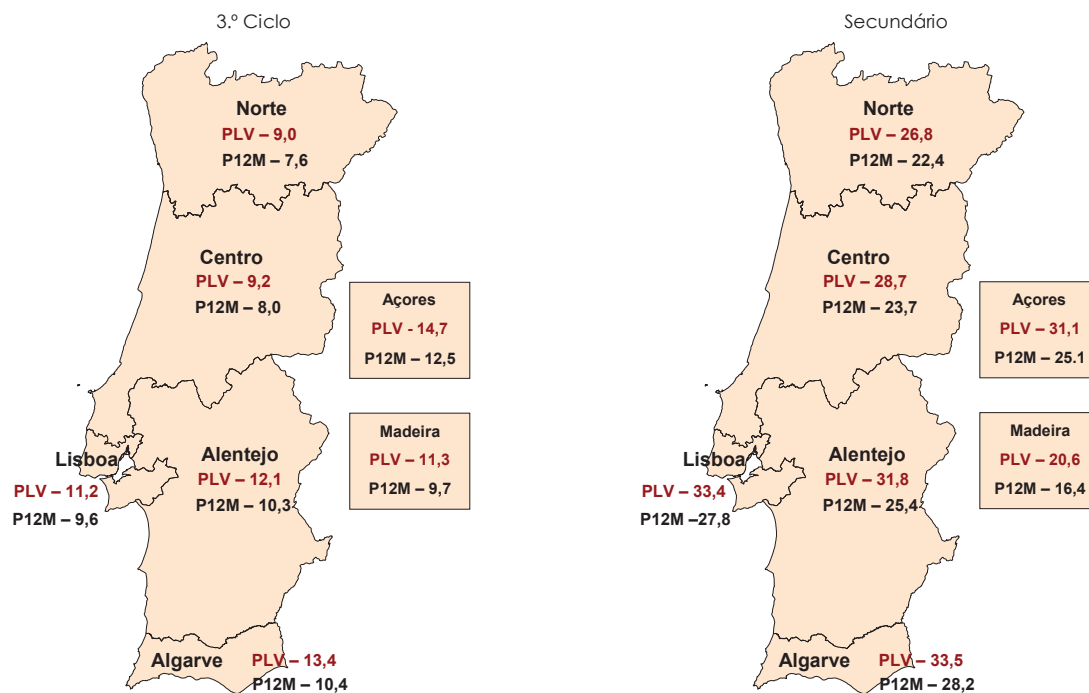


Fonte: Feijão, 2008a; Feijão, 2008b; Feijão, 2012a; Feijão, 2012b / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

Figura 18 - População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário): Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, por Região (NUTS II) (%)

2011



Legenda:

PLV - Prevalências de Consumo ao Longo da Vida

P12M - Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses

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

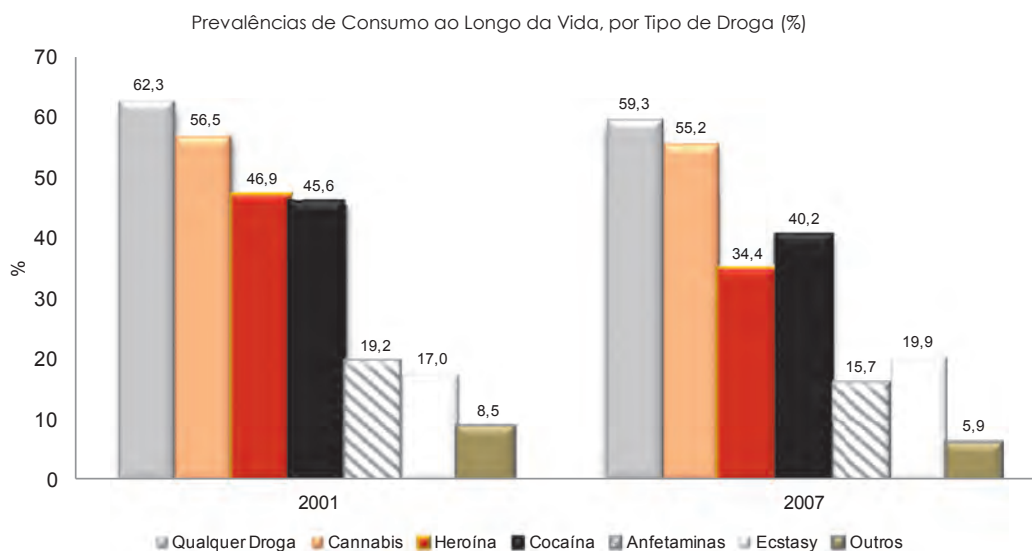
Os resultados do ESPAD evidenciaram um aumento do **risco percebido associado ao consumo regular de drogas** no ciclo estratégico 2005-2012. No que se refere à cannabis, a droga com maiores prevalências de consumo, respetivamente 79%, 82% e 71% dos alunos em 2011, 2007 e 2003 referiram ser de *grande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

Os estudos realizados em populações escolares apresentam resultados consistentes a nível da amplitude das prevalências e das tendências de consumo, constatando-se em 2010 e 2011 subidas das prevalências de consumo, o que aponta para a necessidade do reforço das medidas preventivas no futuro, com o expectável agravamento dos problemas relacionados com os comportamentos aditivos e dependências face à conjuntura de crise económica e social e ao crescente dinamismo dos mercados de substâncias ilícitas à escala global.

Contexto População Reclusa

No contexto da população reclusa, foi realizado um estudo em 2007 - *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*¹⁷-, que replicou o de 2001, não tendo sido possível assegurar a sua replicação prevista para o final do ciclo estratégico que terminou em 2012. Uma vez mais em 2007, a cannabis foi a substância ilícita que registou as 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 19 - População Reclusa Nacional



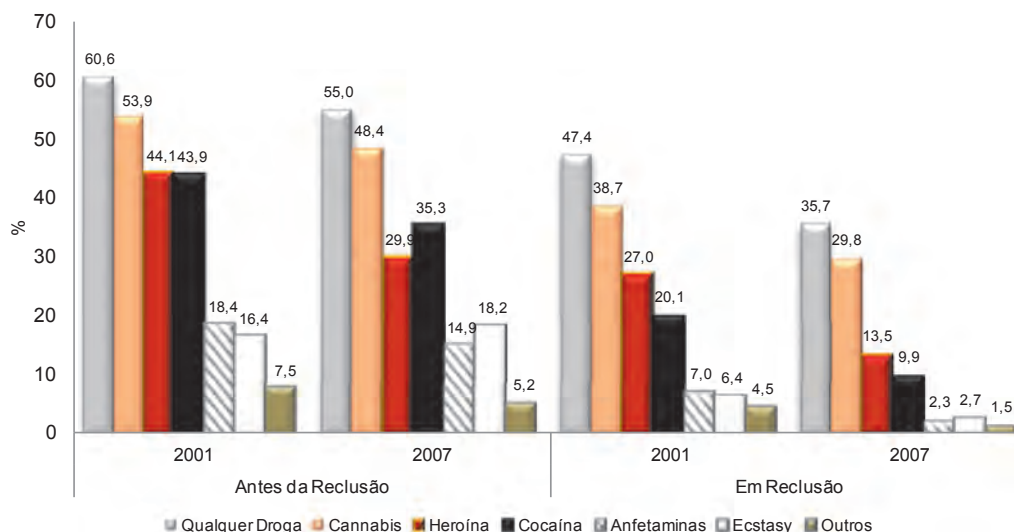
Entre 2001 e 2007, constatou-se uma descida generalizada das prevalências de consumo entre a população reclusa, a nível dos vários contextos e das várias drogas, sendo a única exceção o ligeiro aumento da prevalência do consumo de ecstasy ao longo da vida antes da

¹⁷ Torres et al., 2009.

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 20 - População Reclusa Nacional

Prevalências de Consumo segundo o Momento Face à Reclusão, por Tipo de Droga (%)



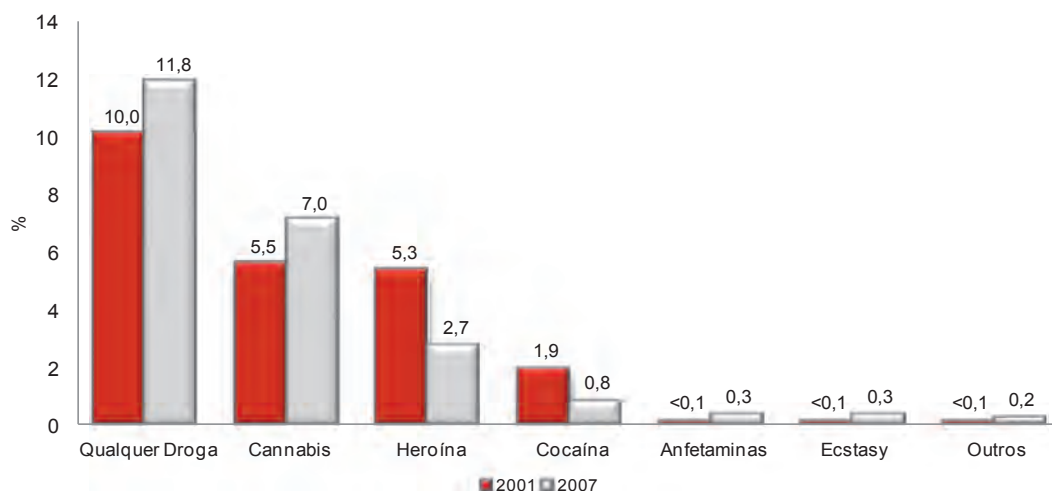
Fonte: Torres et al., 2009 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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 21 - 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 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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).

Neste contexto, é também de referir o estudo¹⁸ sobre o impacto dos tratamentos de substituição opiácea no sistema prisional português, integrado no projeto AGIS¹⁹, que decorreu em 2007 e 2008, e em que reclusos e técnicos consideravam, entre as várias vantagens destes tratamentos, a diminuição da frequência do consumo de drogas e dos consumos por via endovenosa.

Contexto População Condutora

No ciclo estratégico 2005-2012 foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a **prevalência de álcool, drogas e medicamentos** nos condutores em geral e nos condutores feridos ou mortos em acidentes de viação, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)²⁰. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011²¹.

No caso dos **condutores em geral**, constatou-se que o álcool (0,1 g/L) foi a substância que apresentou a 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.

Portugal apresentou a quarta maior prevalência de *qualquer substância psicoativa*²² (10,0%), superior à média dos 13 países europeus incluídos no estudo (7,4%), mas inferior à média da Europa do Sul (14,5%). Também apresentou, em relação às médias europeias, prevalências superiores para o álcool e os medicamentos, mas inferior para as drogas ilícitas. Em relação às

¹⁸ Fernandes & Silva, 2009.

¹⁹ O projeto AGIS - *Reduction of Drug-related Crime in Prison: the impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners* - foi coordenado pelo WIAD (Instituto Científico da Associação Médica Alemã) e pela Universidade de Bremen, teve o apoio da Comissão Europeia e contou com a parceria de instituições dos sete países europeus que integraram o estudo: Alemanha, Áustria, Eslovénia, Espanha, Inglaterra, Itália e Portugal.

²⁰ Na realidade tratam-se de 2 estudos em que Portugal participou no âmbito deste projeto coordenado pelo *Federal Highway Research Institute*: 1) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores em geral, em que participaram países da Europa do Norte (Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia), da Europa do Sul (Espanha, Itália e Portugal), da Europa de Leste (Hungria, Lituânia, Polónia e República Checa,) e da Europa Ocidental (Bélgica e Holanda); 2) um estudo epidemiológico sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas em condutores feridos (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Itália e Lituânia) ou mortos (Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia) em acidentes de viação. Competiu ao INMLFC, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

²¹ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti, et al., 2011.

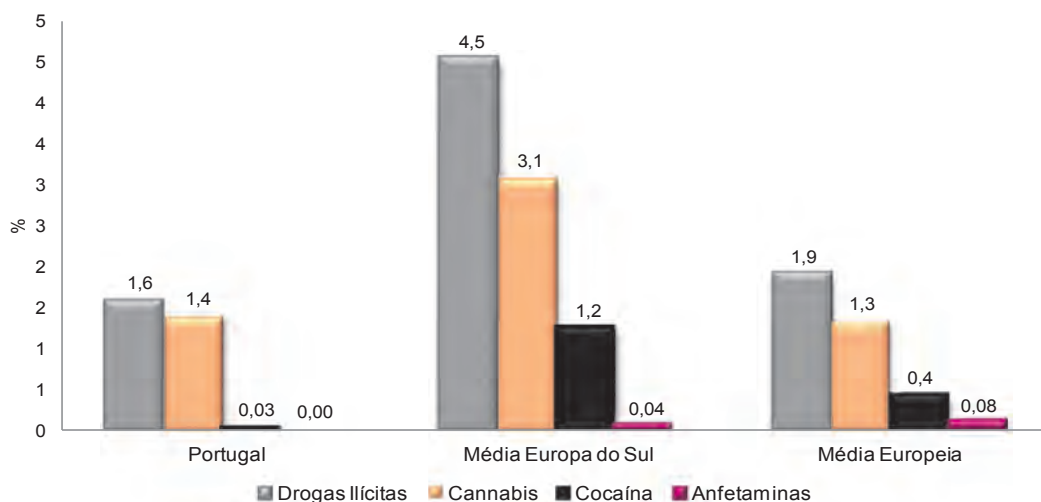
²² Álcool, drogas ilícitas (opiáceos, cocaína, cannabis, anfetaminas e derivados) e medicamentos, num total de 23 substâncias.

médias da Europa do Sul, registou prevalências inferiores de álcool e de drogas ilícitas e superior de medicamentos (a prevalência mais elevada da Europa, devido às benzodiazepinas).

Figura 22 - População de Condutores em Geral

Prevalências de Consumo de Substâncias Psicoativas (%)

2008/2009



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

Portugal apresentou a quarta maior prevalência de *qualquer substância psicoativa*²³ (10,0%), superior à média dos 13 países europeus incluídos no estudo (7,4%), mas inferior à média da Europa do Sul (14,5%). Em relação às médias europeias, Portugal apresentou prevalências superiores para o álcool e os medicamentos, mas inferior para as drogas ilícitas. Em relação às médias da Europa do Sul, registou prevalências inferiores de álcool e de drogas ilícitas e superior de medicamentos (a prevalência mais elevada da Europa, devido às benzodiazepinas).

Quanto às drogas ilícitas, apesar da prevalência portuguesa (1,6%) ser inferior à média europeia (1,9%) e à média da Europa do Sul (4,5%), é a quarta maior prevalência europeia. A cannabis foi a droga ilícita mais prevalente (1,4%), sendo a terceira maior prevalência europeia, próxima da média europeia (1,3%) mas inferior à média da Europa do Sul (3,1%). A prevalência de opiáceos ilícitos foi de 0,2% - superior à média europeia (0,1%), e semelhante à média da Europa do Sul (0,2%) - e a prevalência de cocaína de 0,03% - muito inferior à média europeia (0,4%) e à da Europa do Sul (1,2%). 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 (0,4%) – semelhante à média europeia (0,4%) e inferior à média da Europa do Sul (1,0%) -, e no caso das outras combinações de substâncias psicoativas sem álcool, apresentou a sexta maior prevalência (0,2%), aquém da média europeia (0,4%) e da Europa do Sul (0,9%).

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

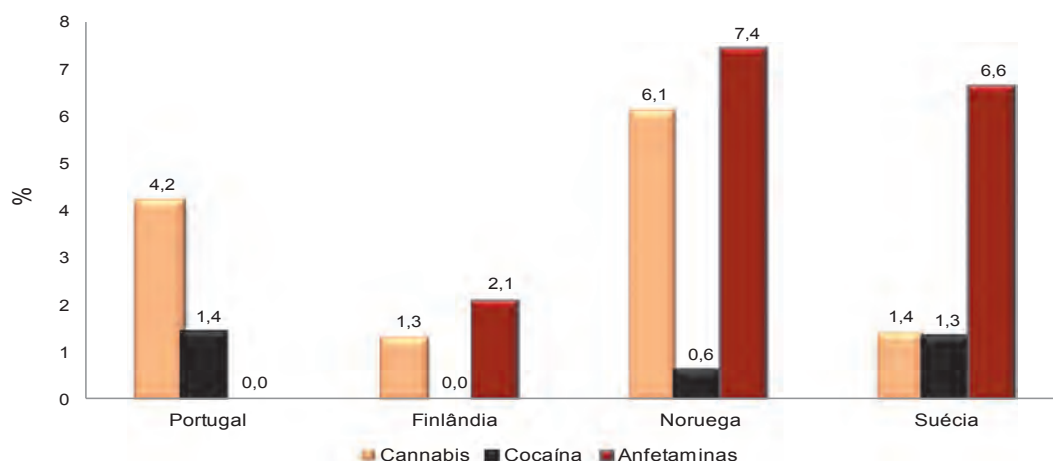
²³ Álcool, drogas ilícitas (opiáceos, cocaína, cannabis, anfetaminas e derivados) e medicamentos, num total de 23 substâncias.

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

Figura 23 - População de Condutores Mortos em Acidentes de Viação

Prevalências de Consumo de Substâncias Psicoativas (%)

2008/2009



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

Entre os quatro países com estudo realizado sobre os condutores mortos em acidentes de viação²⁴, 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 de 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.

²⁴ Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia.

2. Tratamento²⁵

2.1. Tratamento em meio livre²⁶

Em 2012 e apesar dos constrangimentos relacionados com a alteração profunda na orgânica das estruturas de tratamento em meio livre - a extinção do IDT, I.P. e a fusão da componente operacional da intervenção, designadamente terapêutica, nas ARS, I.P., - 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 psicoativas²⁷.

Antes de mais, importa fazer uma contextualização metodológica relativamente aos dados utilizados este ano a propósito destes indicadores e no âmbito deste capítulo do Relatório.

Sendo a elaboração deste Relatório uma resposta a um imperativo legal no contexto das drogas ilícitas, não estão aqui incluídos os dados das Unidades de Alcoologia nem os relativos aos utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool que recorreram às estruturas do ambulatório da rede pública de tratamento da toxicodependência, apesar de estarem ainda este ano incluídos nos dados das estruturas de internamento.

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

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

Em relação à informação sobre os utentes em camas convencionadas da rede privada licenciada, o SICAD não possui a informação completa relativa ao ano de 2012 devido à referida alteração na orgânica das estruturas de tratamento, não sendo por isso aqui disponibilizada de forma autónoma, embora esteja incluída na informação da rede licenciada.

Por último, quanto à apresentação da informação, é de referir que se privilegia a perspetiva epidemiológica nacional - sem prejuízo da apresentação de dados a nível regional, com o critério geográfico de residência dos utentes e não de local das estruturas de tratamento -, uma vez que a abordagem direcionada para as atividades dos serviços consta na parte B deste Relatório.

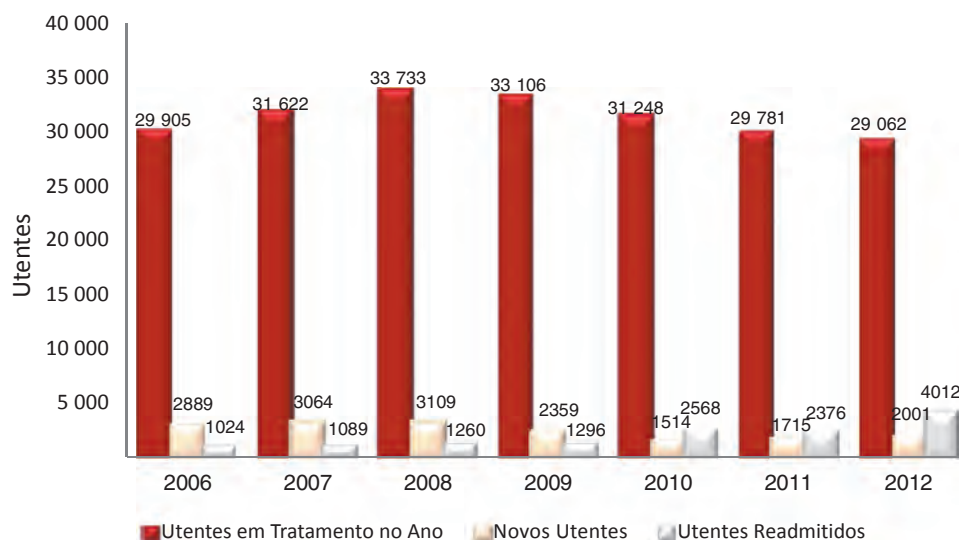
²⁵ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 35 a pág. 50, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>).

²⁶ As fontes dos dados apresentados são o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) e a informação enviada pelas estruturas de internamento públicas e licenciadas ao SICAD, no âmbito das suas competências de proceder à recolha e tratamento dos dados reunidos nos serviços públicos e organizações privadas com intervenção nestas áreas.

²⁷ Ver capítulo do Tratamento na Parte B - Respostas e Intervenções deste Relatório.

Na rede pública de tratamento da toxicodependência (ambulatório) estiveram em tratamento no ano, 29 062 utentes, com pelo menos um evento assistencial no ano. Dos que iniciaram tratamento em 2012, 4012 eram utentes readmitidos e 2001 eram novos utentes, ou seja, utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

Figura 24 – Utentes: em Tratamento no Ano*, Novos e Readmitidos**
Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)



*Utentes que tiveram pelo menos um evento assistencial no ano.

**Utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

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

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

Embora sejam de evitar as leituras evolutivas dos dados pelas razões já atrás referidas, é inevitável essa comparação. Como se pode observar na figura acima, em 2010 há uma inversão da tendência de maior número de novos utentes do que de readmitidos, registando-se em 2012 o dobro de readmitidos face aos novos utentes.

No entanto, importa referir que 2010 foi o ano em que o SIM entrou em funcionamento a nível nacional e que aquela inversão da tendência em 2010 poderá refletir os ajustamentos dos registos a nível nacional (por exemplo, as junções de processos). Por outro lado, também a grande superioridade numérica de readmitidos face aos novos utentes em 2012, poderá refletir ainda esses ajustamentos – a “rotina” de inativação de utentes foi executada pela última vez em Abril de 2012 -, bem como outros procedimentos de registo de utentes que entretanto têm vindo a ser otimizados (como por exemplo, utentes de PSoble registados no SIM para efeitos de receituário de exames complementares de diagnóstico).

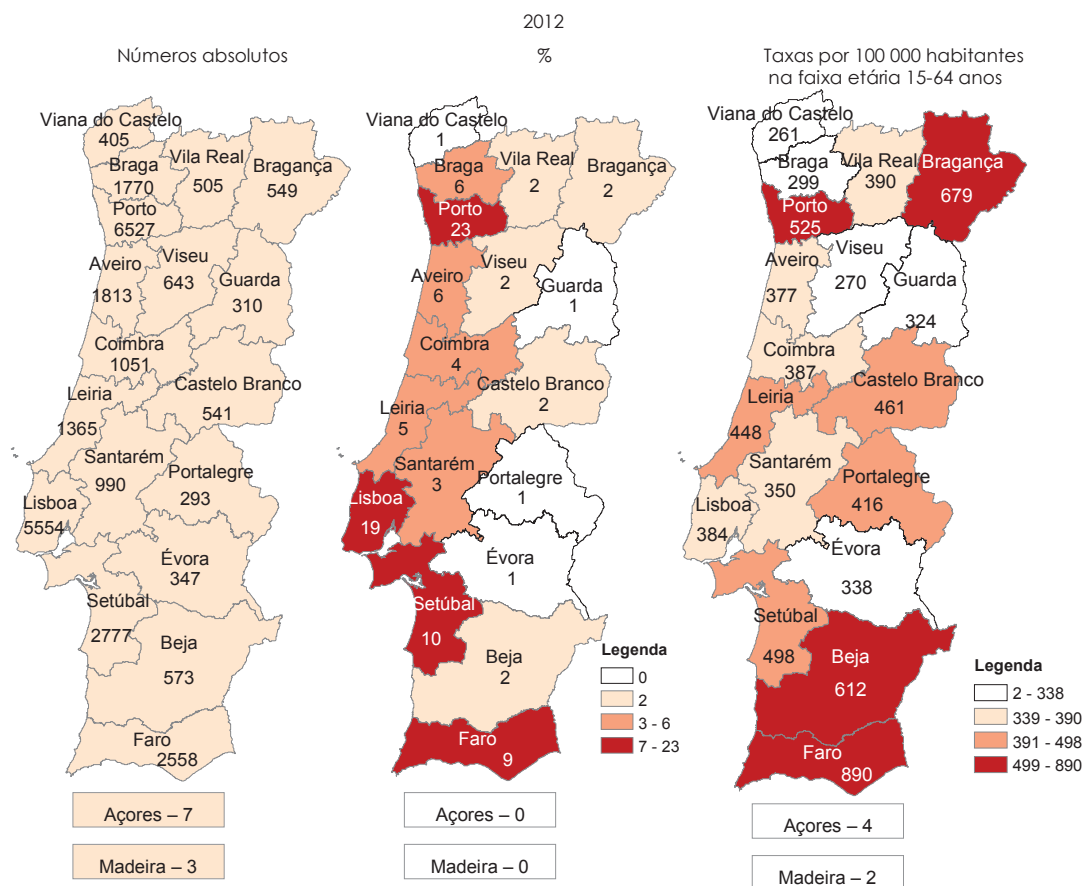
Em 2012, estiveram integrados 14 974 utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos²⁸, 9050 só em metadona, 5761 só em buprenorfina e 163 em metadona e buprenorfina.

²⁸ Com pelo menos uma toma de metadona ou uma receita de buprenorfina no ano. Os utentes em programa de metadona estão subregistados, devido a dificuldades no registo destes utentes no SIM por parte de algumas Equipas de Tratamento (33 das 80 ET sem qualquer registo destes utentes e outras com um elevado subregisto), algumas delas com um peso bastante importante em termos de número de utentes.

Em 2012, os utentes em tratamento no contexto desta rede pública eram, à data do início do tratamento, maioritariamente residentes nos distritos do Porto (23%), Lisboa (19%), Setúbal (10%) e Faro (9%), verificando-se também proporções relevantes na maioria dos distritos do norte litoral. As taxas mais elevadas de utentes por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Faro, Bragança, Beja e Porto.

Figura 25 - Utentes em Tratamento no Ano*, segundo a Residência**

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)



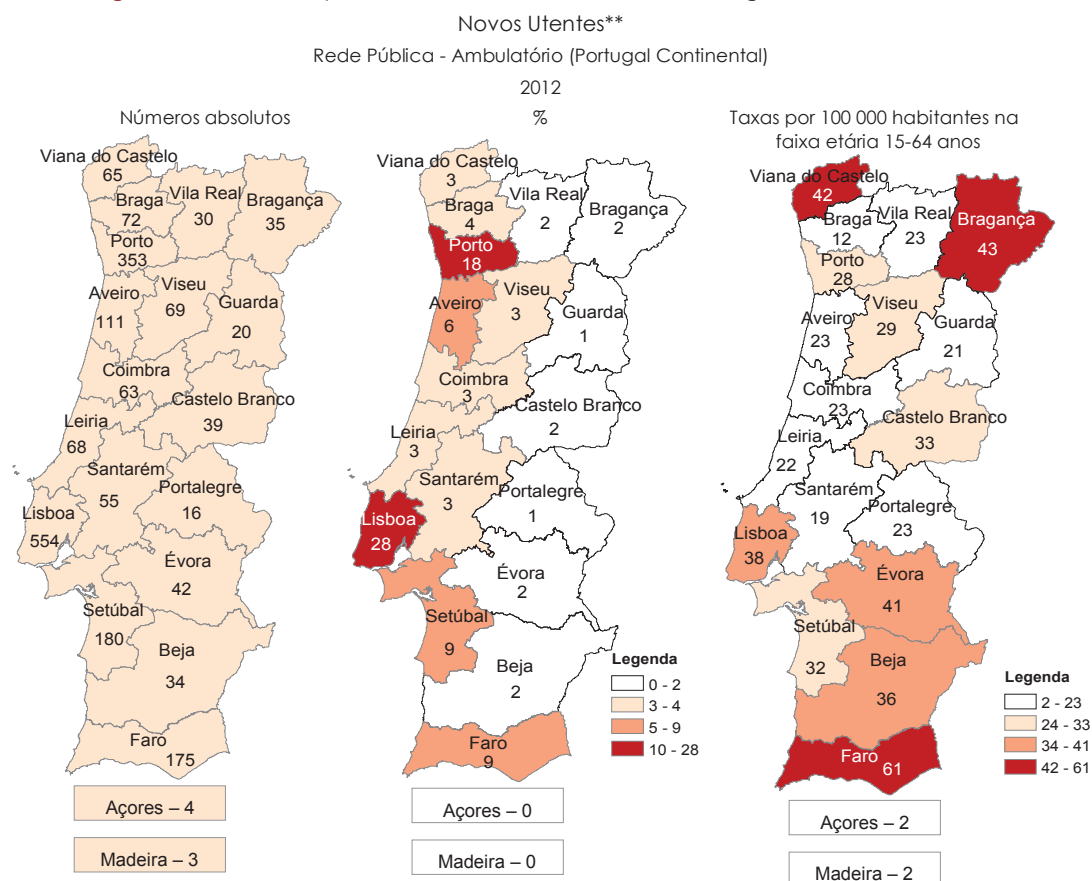
*Utentes que tiveram pelo menos um evento assistencial no ano.

**Desconhece-se o local de residência de 481 indivíduos.

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

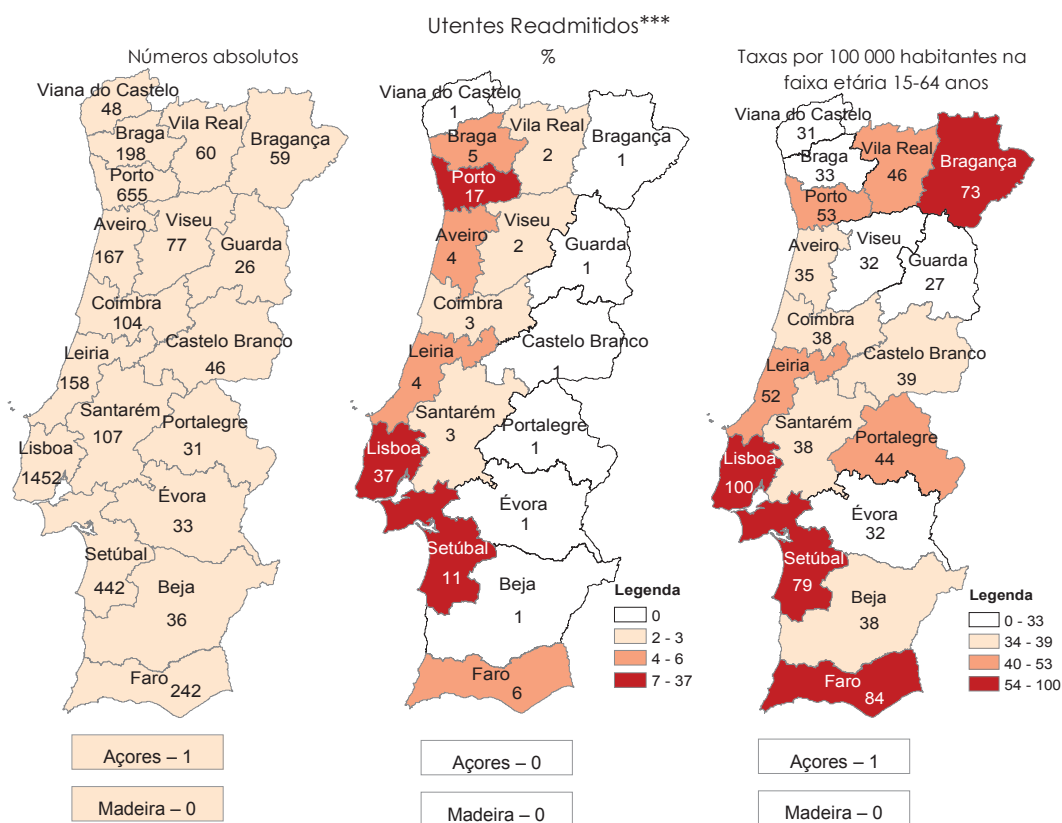
Em relação aos que iniciaram tratamento em 2012, os novos utentes eram predominantemente residentes nos distritos de Lisboa (28%) e do Porto (18%), seguindo-se-lhes os de Setúbal (9%) e Faro (9%). As taxas mais elevadas de novos utentes por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Faro, Bragança e Viana do Castelo.

Quanto aos utentes readmitidos, à data do início do tratamento eram maioritariamente residentes nos distritos de Lisboa (37%), Porto (17%) e Setúbal (11%). As taxas mais elevadas de utentes readmitidos em 2012 por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Lisboa, Faro, Setúbal e Bragança.

Figura 26 - Utentes que Iniciaram tratamento no Ano, segundo a Residência*

*Desconhece-se o local de residência de 13 indivíduos.

**Utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).



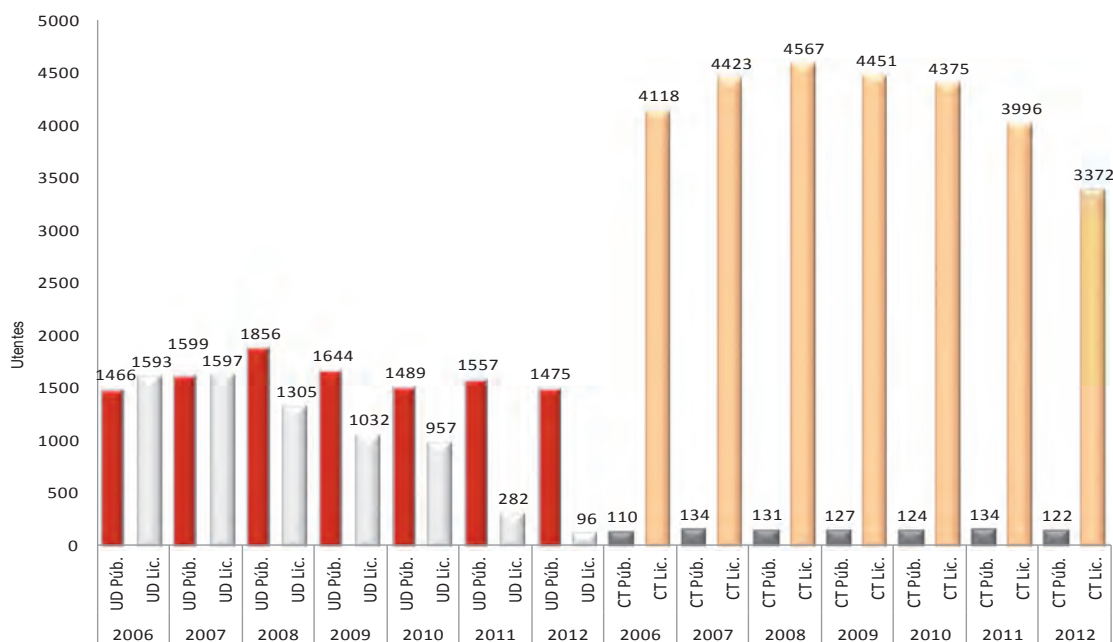
***Desconhece-se o local de residência de 70 indivíduos.

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

Em 2012, nas redes de tratamento da toxicodependência pública e licenciada²⁹, registaram-se 1571 internamentos em Unidades de Desabilitação, 1475 dos quais na rede pública e 96 na licenciada.

O número de internamentos em Comunidades Terapêuticas foi de 3494, 122 dos quais na rede pública e 3372 na licenciada.

Figura 27 - Utentes em Tratamento em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica, segundo o Ano
Rede Pública e Licenciada (Portugal Continental)



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

Os dados das estruturas licenciadas serão objeto de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2014. A 31/11/2013 não havia informação disponível relativa a 3 UD e 6 CT.

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

Para além da atualização posterior dos dados da rede licenciada, é de destacar que se tem verificado um aumento do tempo médio dos internamentos em algumas destas estruturas, devido ao acréscimo das proporções de altas clínicas e, sobretudo, ao aumento dos casos com comorbilidades. Tal, assim como eventuais alterações na capacidade destas estruturas³⁰, refletem-se necessariamente nas variações anuais do número de internamentos.

Relativamente à caracterização dos consumos dos utentes que recorreram em 2012 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência³¹ constata-se que, no ambulatório, a heroína continua a ser a substância principal mais referida pelos utentes em tratamento no ano (84%). A nível dos que iniciaram tratamento em 2012, tal ocorreu também no caso dos utentes readmitidos (83%), mas não no caso dos novos utentes, em que a cannabis surgiu como a substância principal mais referida (38%).

²⁹ Os dados das estruturas licenciadas serão objeto de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2014. A 31/11/2013 não havia informação disponível relativa a 3 UD e 6 CT.

³⁰ Entre 2011 e 2012 registou-se uma diminuição no número de camas a nível das CT licenciadas.

³¹ Estruturas de ambulatório da rede pública (em que se diferencia os utentes em tratamento no ano, os novos utentes e os utentes readmitidos), Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas das redes pública e licenciada.

Também entre os utentes das Unidades de Desabilitação a heroína foi a droga principal mais referida (38% nas públicas e 54% nas licenciadas), mas nas Comunidades Terapêuticas tal ocorreu a nível das licenciadas (39%) mas não das públicas, em que a droga principal mais referida foi a cocaína (37%). O álcool foi a substância principal predominante nos utentes destas estruturas, devido ao atrás referido sobre os utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool que têm recorrido a estas estruturas sobretudo desde 2008, e que este ano ainda estão incluídos nos dados relativos às estruturas de internamento.

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

Rede Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2012

Estrutura / Rede		Utentes em Ambulatório			Utentes		Utentes	
		na Rede Pública			Unidades Desab.		Comunidades Terap	
		Em Tratamento	Ano	Novos	Readmitidos	Públicas	Licenciadas	b) Públicas	Licenciadas
Consumos a)								
Substância Principal	Heroína	83,6%	33,8%	83,3%	38,3%	53,8%	18,9%	39,1%
	Cocaína	6,3%	17,5%	7,2%	10,0%	11,5%	36,9%	21,6%
	Cannabis	5,6%	38,3%	5,1%	1,2%	1,3%	2,5%	13,4%
	Álcool	2,0%	5,6%	2,2%	44,8%	26,9%	38,5%	20,5%
Consumo Endovenoso	Longo da Vida	40,3%	13,2%	43,0%	46,3%	45,5%	35,2%	37,8%
	Nos Últimos 12 Meses	22,6%	5,9%	22,8%	15,6%	20,8%	14,8%	22,1%
Partilha Material Consumo	Longo da Vida							
	Qualquer Mat. Cons. Endovenoso c)	14,2%	16,0%	40,2%	23,8%	18,4%	20,2%	22,4%
	Mat. Consumo não Endovenoso	21,0%	26,7%	18,7%	31,2%	41,6%	39,5%	39,6%
	Nos Últimos 12 Meses							
	Qualquer Mat. Cons. Endovenoso c)	6,2%	6,6%	5,3%	2,4%	3,9%	3,3%	8,4%
	Mat. Consumo não Endovenoso	8,4%	14,5%	7,3%	9,7%	18,2%	18,4%	24,2%

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

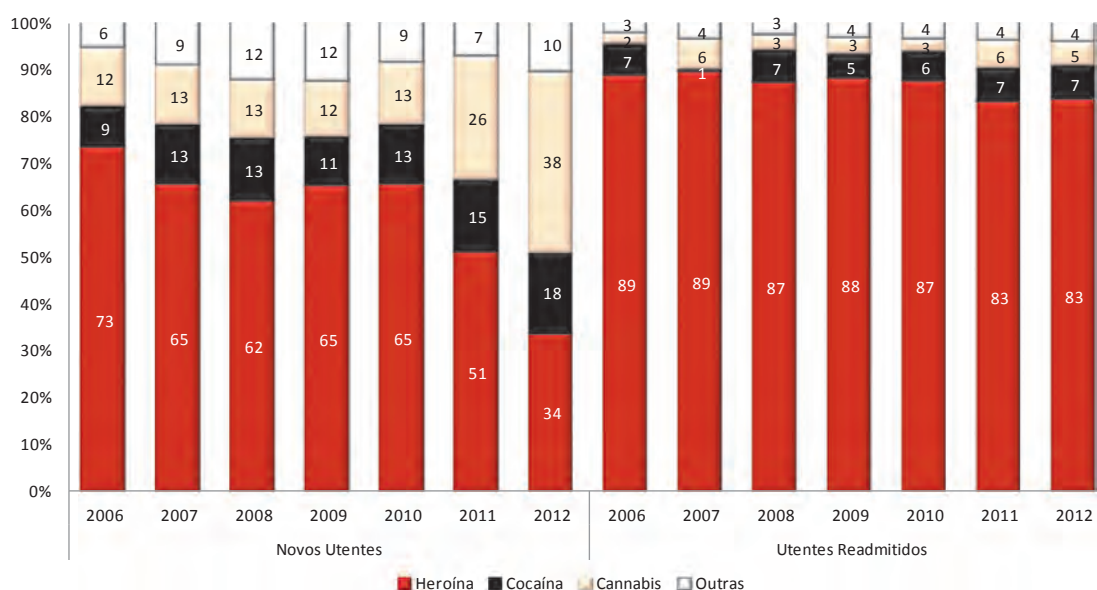
b) Os dados serão objeto de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2014. A 31/11/2013 não havia informação disponível relativa a 3 UD e 6 CT.

c) Para os utentes em ambulatório refere-se apenas à partilha de agulhas/seringas.

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

Figura 28 – Substância Principal dos Utes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo o Ano

Novos Utes* e Utes Readmitidos
Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)



*Utes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

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

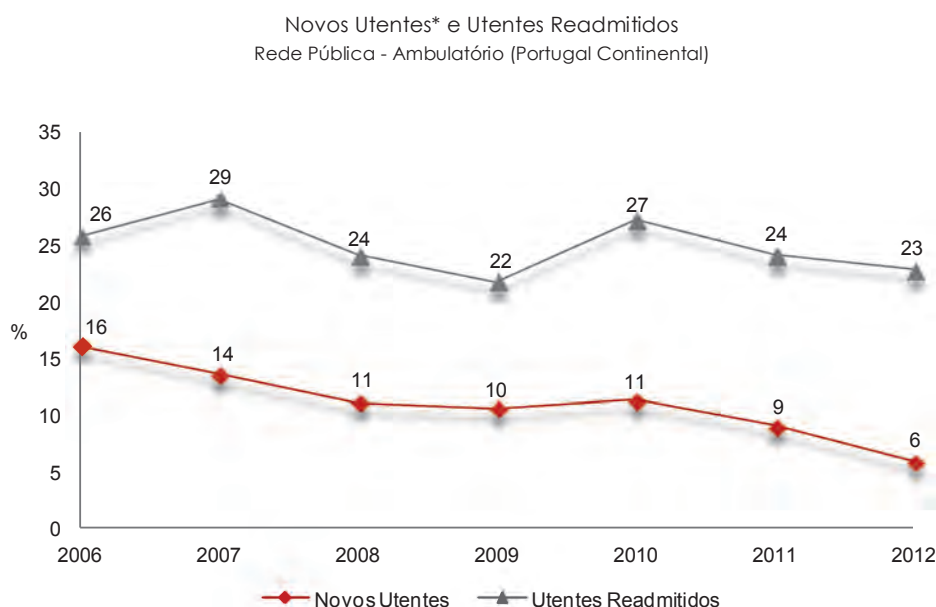
A análise da evolução das substâncias principais dos utentes que iniciaram tratamento no ano evidencia aumentos nas proporções de novos utentes que referem a cannabis e a cocaína como substâncias principais, sobretudo nos últimos dois anos. A nível dos utentes readmitidos a heroína mantém-se com proporções muito semelhantes ao longo dos anos, registando-se nos últimos dois anos um ligeiro decréscimo a favor da cocaína e da cannabis.

Quanto ao consumo endovenoso, com exceção dos novos utentes em ambulatório, nos restantes utentes das diferentes estruturas as prevalências ao longo da vida variaram entre os 35% e 46% e as prevalências nos últimos 12 meses entre os 15% e 23%. Entre os novos utentes em ambulatório, em que como se viu a substância predominante é a cannabis, as prevalências de consumo endovenoso foram bastante inferiores, na ordem dos 13% ao longo da vida e 6% nos últimos 12 meses.

Como se pode constatar, de um modo geral, as proporções de utentes com consumos endovenosos recentes (últimos 12 meses) diminuem para cerca de metade quando comparadas com as de utentes com consumos ao longo da vida, indiciando alterações relevantes nos comportamentos de consumo.

A análise da evolução ao longo dos últimos anos destes comportamentos de consumo evidenciam, descidas das prevalências dos consumos endovenosos recentes entre os novos utentes e, uma estabilidade, apesar das flutuações anuais, entre os utentes readmitidos no ambulatório da rede pública.

Figura 29 – Consumo Endovenoso nos Últimos 12 Meses, segundo o Ano



*Utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

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

No caso dos utentes em ambulatório que não iniciaram tratamento no ano, importa chamar a atenção para o facto dos comportamentos relativos aos consumos recentes (sejam consumos endovenosos ou partilha de material de consumo) não corresponderem necessariamente aos últimos 12 meses, uma vez que a informação é recolhida à data de início do tratamento.

Quanto à partilha de material de consumo endovenoso, importa referir que no caso dos utentes em ambulatório se reporta apenas à partilha de agulhas/seringas, contrariamente aos utentes das outras estruturas, cuja informação respeita a qualquer tipo de material de consumo endovenoso.

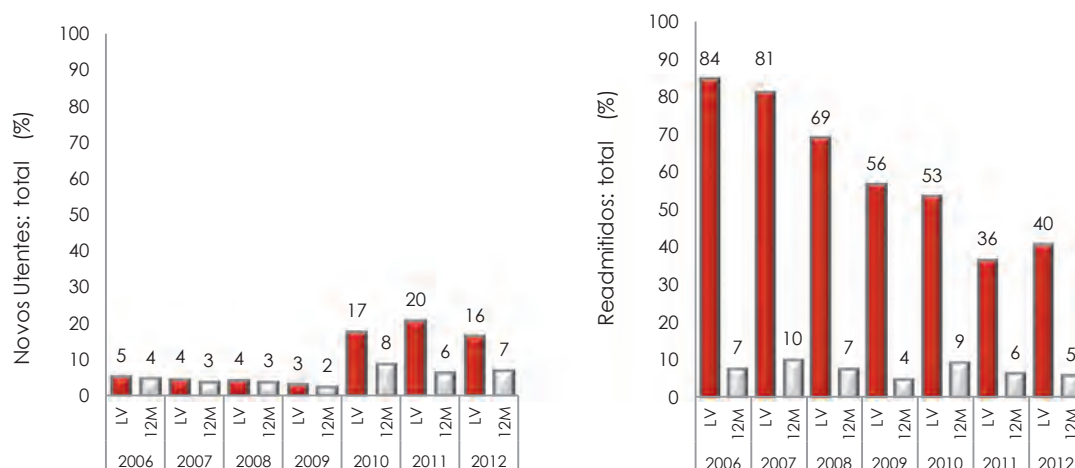
As proporções de partilha de material de consumo endovenoso ao longo da vida variaram entre os 14% e 24%, exceto nos utentes readmitidos em ambulatório que apresentaram proporções bastante superiores (40%). Nos últimos 12 meses, estas proporções variaram entre os 2% e 8%, surgindo as mais elevadas entre os novos utentes em ambulatório (7%) e nos utentes das CT licenciadas (8%). Tal como ocorrido a nível dos consumos endovenosos, também as proporções de utentes com comportamentos recentes de partilha de material de consumo endovenoso diminuem quando comparadas às de utentes com essas práticas ao longo da vida, indiciando alterações relevantes nestes comportamentos.

Como expectável, os valores destas proporções nos subgrupos com consumos endovenosos foram superiores, variando entre os 24% e 61% de injetores que partilharam material de consumo endovenoso ao longo da vida. Nos últimos 12 meses, estas proporções variaram entre os 16% e 40%, surgindo as proporções mais elevadas entre os novos utentes injetores em ambulatório (27%) e nos utentes injetores das Comunidades Terapêuticas licenciadas (40%).

Quanto à evolução das práticas de partilha de material de consumo endovenoso, são de destacar nos últimos três anos, os aumentos em relação aos anos anteriores nas proporções de novos utentes em ambulatório que partilharam agulhas/seringas ao longo da vida e nos últimos 12 meses, verificando-se a mesma tendência nos respetivos subgrupos de injetores.

Figura 30 – Partilha de Material de Consumo Endovenoso ao Longo da Vida e Últimos 12 Meses, segundo o Ano / Total de Utes

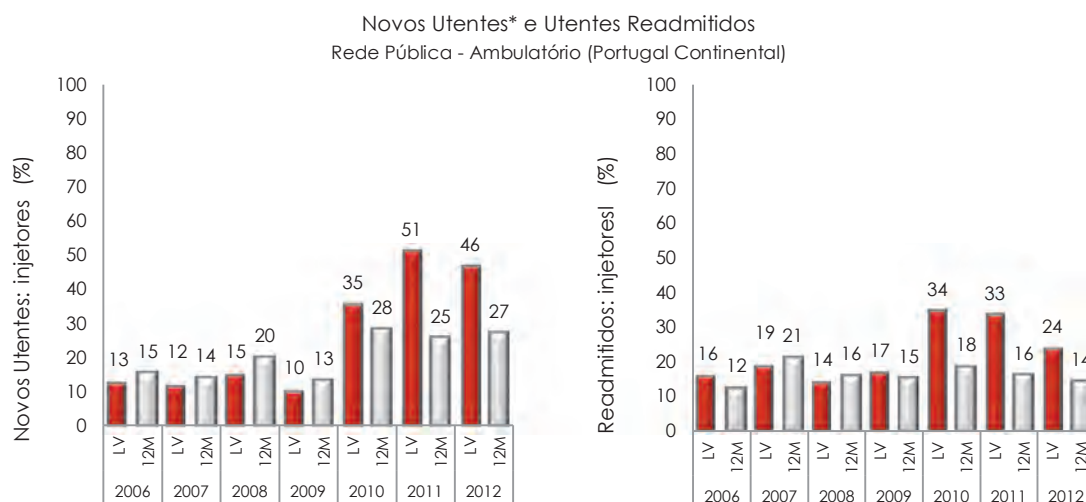
Novos Utes* e Utes Readmitidos
Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)



*Utes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

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

Figura 31 – Partilha de Material de Consumo Endovenoso ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, segundo o Ano / Injetores ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses



*Utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento).

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

Em relação à partilha de material de consumo não endovenoso, as proporções de utentes com essas práticas são sempre superiores às de partilha de material de consumo endovenoso, em todos os grupos de utentes e para qualquer das temporalidades consideradas, exceto nos utentes readmitidos e para a temporalidade ao longo da vida. Tal aponta para a necessidade de reforço das intervenções preventivas relacionadas com estes comportamentos de consumo.

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

Rede Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2012

Estrutura / Rede		Utentes em Ambulatório na Rede Pública			Utentes Unidades Desab.		Utentes Comunidades Terap.	
		Em Tratamento no Ano	Novos	Readmitidos	Pública: Licenciadas ^{b)}	Públicas	Licenciadas ^{b)}	
Caract. Sociodemográfica ^{a)}								
Sexo	Masculino	84,1%	84,7%	86,7%	83,7%	82,7%	73,0%	86,2%
Grupo Etário	25-34 anos	19,9%	32,1%	18,4%	18,1%	18,5%	18,0%	23,6%
	35-44 anos	46,2%	24,5%	48,8%	47,2%	54,3%	51,6%	34,1%
	Idade Média	40	32	40	41	40	39	37
Nacionalidade	Portuguesa	95,2%	92,3%	98,1%	96,6%	92,6%	96,7%	95,3%
Estado Civil	Solteiro	59,0%	66,4%	57,0%	44,7%	59,3%	50,8%	66,3%
	Casado / União de Facto	27,8%	23,5%	27,9%	31,6%	22,2%	13,9%	15,0%
Situação Coabitación	Só c/ família de origem	47,4%	51,9%	43,4%	34,4%	47,2%	50,4%	39,6%
	Sozinho	12,9%	12,4%	15,6%	22,2%	19,4%	22,3%	27,1%
	Só c/ companheiro	12,0%	10,0%	11,8%	11,1%	12,5%	5,0%	7,3%
	Só c/ companheiro e filhos	13,3%	10,4%	12,8%	14,9%	9,7%	8,3%	5,8%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	59,2%	46,3%	59,7%	45,5%	62,5%	26,4%	40,3%
	3.º Ciclo	25,6%	28,7%	25,1%	31,5%	41,7%	43,0%	35,1%
Situação Profissional	Empregado	41,3%	32,7%	35,5%	28,3%	11,3%	22,3%	20,7%
	Desempregado	48,4%	45,9%	55,7%	62,7%	77,5%	65,3%	61,7%
	Estudante / F. Profissional	4,0%	14,5%	2,3%	0,9%	..	0,8%	9,6%

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

b) Os dados serão objeto de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2014. A 31/11/2013 não havia informação disponível relativa a 3 UD e 6 CT.

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

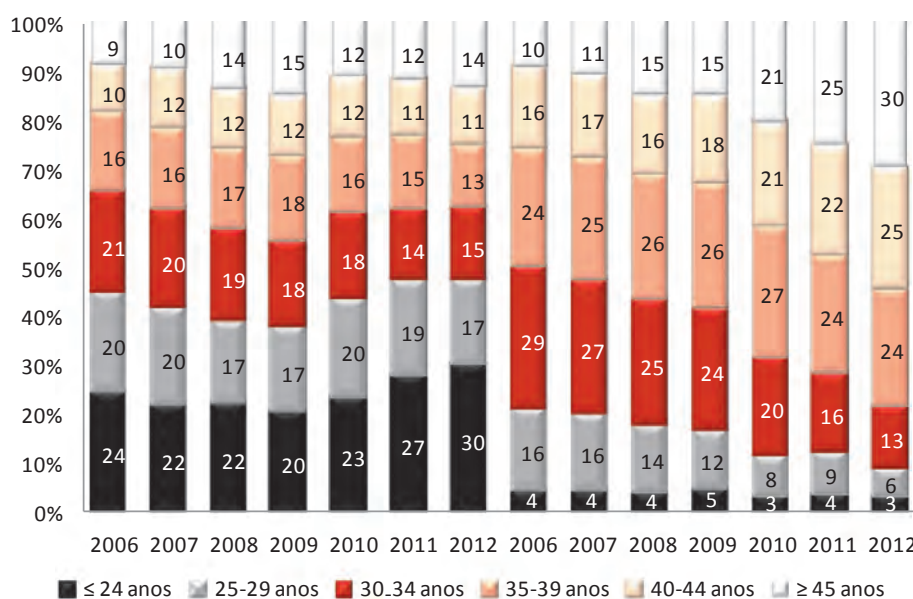
A análise das características sociodemográficas dos utentes que recorreram em 2012 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência evidencia que, continuam a ser na sua maioria do sexo masculino (73% a 87%), com idades entre os 35-44 anos (25% a 54%) e 25-34 anos (18% a 32%), variando as idades médias entre os 32 e 41 anos.

Continuam a ser predominantemente indivíduos de nacionalidade portuguesa (92% a 98%) e solteiros (45% a 66%). A maioria vive com familiares, predominando uma vez mais a coabitação só com a família de origem (34% a 52%) ou só com a família constituída (13% a 26%). De um modo geral, continuam a ser populações com baixas habilitações literárias (26% a 63% não completaram o 3.º ciclo do ensino básico) e situações laborais precárias (46% a 78% estavam desempregados).

A análise da evolução da distribuição por grupo etário dos utentes que iniciaram tratamento ao longo dos últimos anos evidencia, sobretudo nos dois últimos anos, aumentos nas proporções de novos utentes em idades jovens, e em contrapartida, aumentos nas proporções de utentes readmitidos com idades iguais ou superiores a 45 anos, verificando-se nos últimos um progressivo envelhecimento ao longo dos anos.

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

Novos Utentes* e Utentes Readmitidos
Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)



*Utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

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

2.2. Tratamento em meio prisional³²

Em 2012, no contexto das estruturas de tratamento da toxicodependência da responsabilidade do sistema prisional, manteve-se estável a capacidade dos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência (menos uma cama do que em 2011 nas Unidades Livres de Droga), após a diminuição verificada em 2011 (menos 11 camas nas ULD do que em 2010 e encerramento da Casa de Saída).

Em 2012 estiveram integrados 215 reclusos nos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência, valor próximo aos registados nos dois anos anteriores, mas representando o valor mais baixo no ciclo estratégico 2005-2012, ao longo do qual se verificou uma tendência de decréscimo no número de utentes integrados nestes programas.

Quadro 5 - Utes em Programas de Tratamento em Estruturas dos Estabelecimentos Prisionais*

2012 e variações relativas a 2011 / 2009 / 2006

Programas de Tratamento	2012	%	Δ 11-12	Δ 09-12	Δ 06-12
Programas de Tratamento Orientados para Abstinência	215	100,0	-3,6	-21,5	-39,6
Unidades Livres de Drogas	215	100,0	-3,6	-17,6	-36,2
Casa de Saída ^{a)}	-	..		-100,0	-100,0
	31 Dez.2012	%	Δ 31 Dez. 11-12	Δ 31 Dez. 09-12	Δ 31 Dez. 06-12
Programas Farmacológicos	501	100,0	1,4	6,1	54,6
Programas Terapêuticos c/ Agonistas Opiáceos	451	90,0	-0,7	10,8	63,4
Programas Terapêuticos c/ Antagonistas Opiáceos	50	10,0	25,0	-23,1	4,2

* Programas cuja coordenação é da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais. A 31/12/2012, para além dos dados do quadro, estavam em programas farmacológicos 647 reclusos em articulação com as estruturas da rede pública da toxicodependência (meio livre – prescrição e acompanhamento pelos técnicos das ET) e 120 noutras estruturas das Regiões Autónomas.

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

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

A 31/12/2012 estavam integrados 501 reclusos em Programas Farmacológicos da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais, 451 dos quais em programas com agonistas opiáceos e 50 em programas com antagonistas opiáceos, valores muito semelhantes aos registados em 2011.

Ao longo do ciclo estratégico 2005-2012 verificou-se um aumento no número de reclusos em Programas Farmacológicos, seja da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais, seja em articulação com outras estruturas de tratamento em meio livre.

O aumento de utentes em programas com agonistas opiáceos ocorreu sobretudo a partir de 2009, o que pode refletir uma tomada de decisão baseada na evidência científica, uma vez que neste ano foi publicado um estudo³³ sobre o impacto destes tratamentos na gestão e controle dos reclusos consumidores de opiáceos e no próprio ambiente prisional, e cujas conclusões apontavam para a importância do seu papel - enquanto recurso importante para a saúde e bem-estar dos reclusos e enquanto instrumento da gestão do conflito social e potenciador do ideal reinsersor -, e para a pertinência do seu alargamento no contexto prisional.

³² A fonte dos dados apresentados é a informação enviada pela Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais ao SICAD, no âmbito das suas competências de *proceder à recolha e tratamento dos dados reunidos nos serviços públicos e organizações privadas com intervenção nestas áreas*.

³³ Fernandes & Silva, 2009.

3. Doenças Infecciosas³⁴

3.1. Notificações da Infecção VIH/SIDA³⁵

De acordo com os dados do INSA, I.P., a 31/12/2012 encontravam-se notificados 42 580 casos de infeção pelo VIH em Portugal, nos diferentes estadios clínicos: 20 762 como Portadores Assintomáticos (49%), 4445 como Sintomáticos não-SIDA (10%) e 17 373 casos de SIDA (41%).

Quadro 6 - Notificações dos Casos de Infecção VIH: Total e Casos Associados à Toxicodependência, por Estadio Clínico

01/01/1983 - 31/12/2012

Est. Clínico Ano Diagnóstico	Casos de Infecção pelo VIH							
	Total de Casos				Casos Associados à Toxicodependência			
	Total-VIH	SIDA	Sint. Não-SIDA	PA	Total-VIH	SIDA	Sint. Não-SIDA	PA
Total	42 580	17 373	4 445	20 762	16 350	7 801	1 403	7 146
2012 ^{a)}	776	247	138	391	79	37	18	24

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

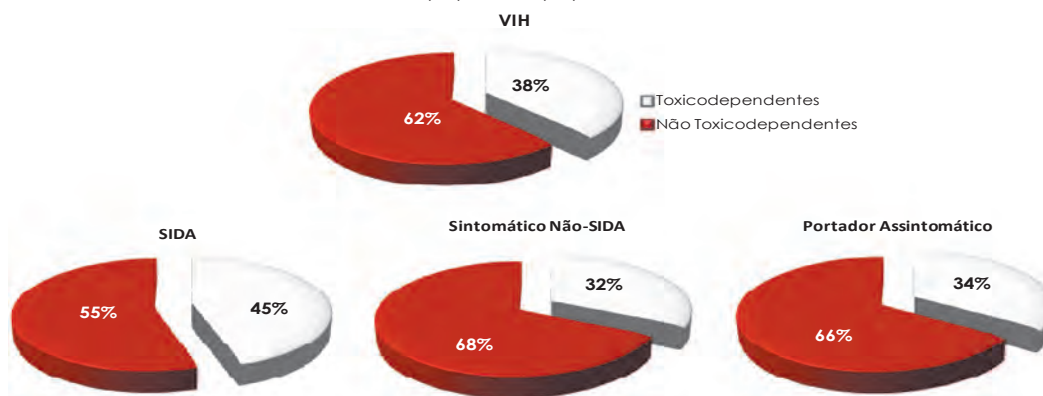
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Nas categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência encontravam-se notificados 16 350 casos de infeção VIH, nos diferentes estadios clínicos: 7146 como Portadores Assintomáticos (44%), 1403 como Sintomáticos não-SIDA (8%) e 7801 casos de SIDA (48%).

Os casos associados à toxicodependência representavam 38% do total das notificações de casos de infeção VIH, e 45%, 32% e 34% das notificações de casos de SIDA, de Sintomáticos não-SIDA e de Portadores Assintomáticos.

Figura 33 - Notificações de Infecção pelo VIH Associados ou não à Toxicodependência, nos diferentes Estadios Clínicos (%)

01/01/1983 - 31/12/2012



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

³⁴ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 51 à pág. 61, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>).

³⁵ Em 2012, foram atualizadas as definições europeias de casos para a notificação de doenças transmissíveis (J.O. L 262/1 de 27.9.2012), contribuindo para uma melhor uniformização da informação epidemiológica gerada pelos diferentes países do espaço comunitário.

Durante o ano de 2012 foram notificados 776 casos de infeção VIH cujos diagnósticos ocorreram no próprio ano, 50% no estadió de Portador Assintomático, 18% no estadió Sintomático não-SIDA e 32% casos de SIDA.

Nas categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência, foram notificados 79 casos de infeção VIH diagnosticados em 2012, 30% como Portadores Assintomáticos, 23% como Sintomáticos não-SIDA e 47% casos de SIDA. Os casos associados à toxicodependência representaram 10% do total de casos de infeção VIH, e 15%, 13% e 6% dos casos de SIDA, de Sintomáticos Não-SIDA e de Portadores Assintomáticos diagnosticados em 2012.

É de salientar que os novos casos de infeção VIH notificados não são uma medida real de incidência, uma vez que incluem quer casos com infeção adquirida recentemente como casos em que a infeção ocorreu há vários anos.

A este propósito, é de referir que continua a verificar-se nos novos casos de infeção VIH uma maior proporção de infeções antigas nos casos associados à toxicodependência, apesar das limitações dos dados devido à escassez de informação sobre a data provável de infeção.

Figura 34 - Casos de Infeção pelo VIH Diagnosticados em 2012, Associados ou não à Toxicodependência, por Ano Provável de Infeção (%)



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.); DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Esta proporção de infeções antigas nos casos de infeção VIH associados à toxicodependência e diagnosticados recentemente, evidencia a necessidade de se continuar a investir na melhoria da cobertura do rastreio junto da população toxicodependente, impulsionada em 2007 com o Programa KLOTHO³⁶. Por outro lado, reflete muito provavelmente os resultados das políticas de redução de riscos e minimização de danos, no sentido de virem a permitir às populações toxicodependentes mais vulneráveis e habitualmente não abrangidas pelos serviços convencionais, nomeadamente os de saúde, uma crescente aproximação a estes serviços.

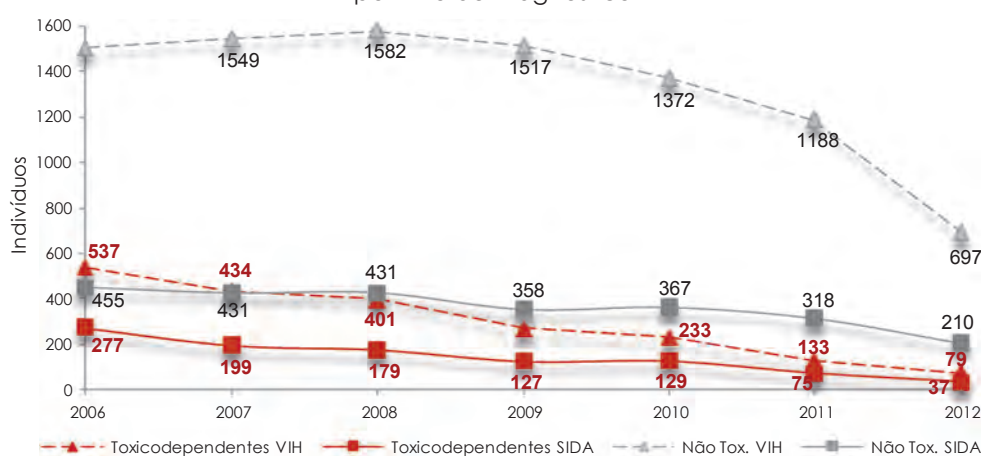
A análise da evolução das notificações em Portugal, ou seja, a distribuição dos casos notificados por ano de diagnóstico, evidencia uma tendência decrescente a partir de 2000 no número de casos diagnosticados com a infeção VIH, refletindo sobretudo a diminuição verificada nos casos associados à toxicodependência.

³⁶ 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 toxicodependência e dos utentes das equipas de rua, continuando a partir de 2009 a ser aplicada a metodologia ADR - Aconselhamento, Detecção e Referenciação - a nível destes utentes. A informação mais detalhada consta na Parte B - capítulo Tratamento e capítulo Redução de Riscos e Minimização de Danos deste Relatório.

Em Portugal, contrariamente ao sucedido noutros países europeus, a introdução no final dos anos 90 da terapia antirretroviral combinada não se refletiu numa diminuição acentuada no número de casos de SIDA, registando-se uma estabilidade no número de casos entre 2000 e 2002, ano a partir do qual se inicia então uma tendência decrescente. Esta tendência decrescente ocorre mais cedo nos casos associados à toxicodependência (início em 2000), e a um ritmo bastante mais acentuado do que nos casos das outras categorias de transmissão.

Nos anos mais recentes, continua a registar-se um decréscimo no número total de casos de infeção VIH e de casos de SIDA diagnosticados anualmente, tendência que se mantém a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência (79 casos diagnosticados com VIH em 2012, 233 em 2010, 401 em 2008 e 537 em 2006), salvaguardadas as atualizações futuras dos dados.

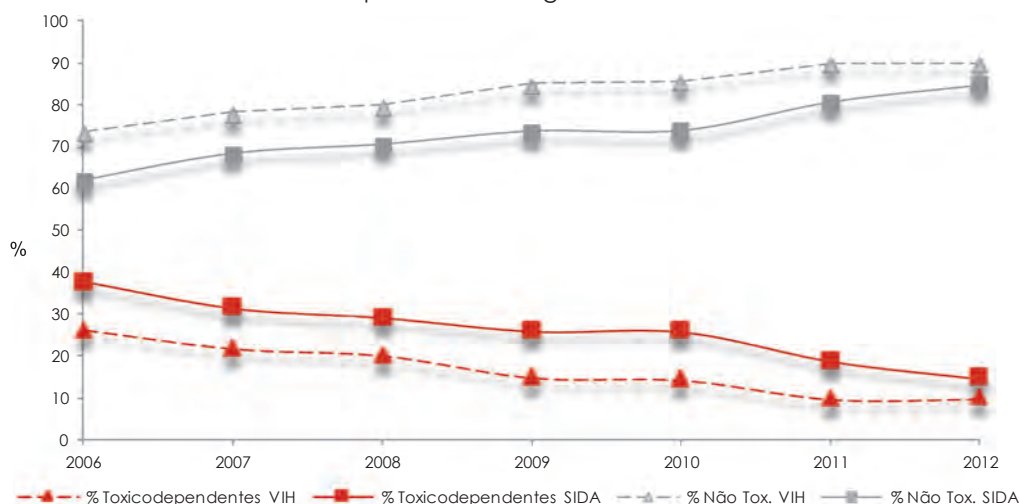
Figura 35 - Notificações de VIH e SIDA: Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Diagnóstico*



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

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Figura 36 - Notificações de VIH e SIDA: % Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Diagnóstico*



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

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

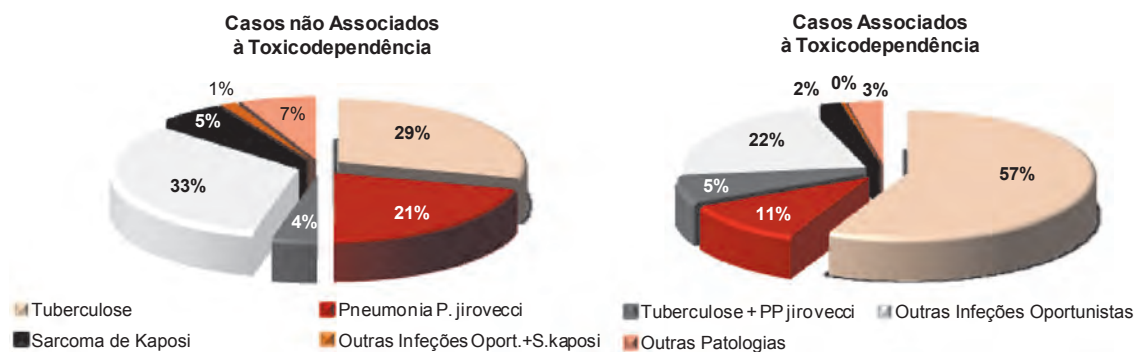
Como se pode verificar, mantém-se a tendência decrescente do peso das categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência, quer no total de casos diagnosticados com infeção VIH (10%, 10%, 15%, 15%, 20%, 22% e 26% dos casos diagnosticados em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006), quer nos diagnosticados com SIDA (15%, 19%, 26%, 26%, 29%, 32% e 38% dos casos diagnosticados em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006).

Esta tendência de decréscimo de novos casos de infeção VIH associados à toxicodependência, reforçada com o atrás referido sobre a proporção de infeções antigas em casos recentemente diagnosticados e sobre a melhoria da cobertura do rastreio e do acesso a cuidados de saúde, indiciam uma diminuição de “infeções recentes” no grupo de risco associado à toxicodependência, refletindo os resultados das políticas implementadas, designadamente na mudança de comportamentos no consumo de drogas, como é evidenciado pela diminuição do consumo endovenoso e da partilha de material de consumo³⁷.

Quanto às patologias indicadoras de SIDA observadas à data do diagnóstico, as infeções oportunistas constituíam o maior grupo de doenças associados aos casos de SIDA notificados até 31/12/2012, em todas as categorias de transmissão, representando cerca de 93% nos casos relacionados com a toxicodependência. A tuberculose é a patologia predominante nesta categoria de transmissão (57%), sendo bastante menos expressiva nos restantes casos (29%). Em contrapartida, a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e outras infeções oportunistas têm menor relevância nos casos associados à toxicodependência (11% e 22% respetivamente) comparativamente aos restantes casos de SIDA (21% e 33% respetivamente).

Figura 37 – Notificações de SIDA: % das patologias indicadoras de SIDA*, em Casos Associados ou não à Toxicodependência

01/01/1983 - 31/12/2012



* Patologia observada à data do diagnóstico.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

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

³⁷ Ver capítulos *Alguns Resultados de Estudos e Tratamento da Parte A* deste Relatório.

A análise das características demográficas dos casos de infeção pelo VIH notificados até 31/12/2012 evidencia que, em relação à residência à data da notificação, continuam a ser Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, os distritos com maior número de casos acumulados de infeção pelo VIH associados à toxicodependência (34%, 30%, 14% e 5% destes casos respetivamente) e não associados à toxicodependência (respetivamente 44%, 15%, 12% e 6% destes casos).

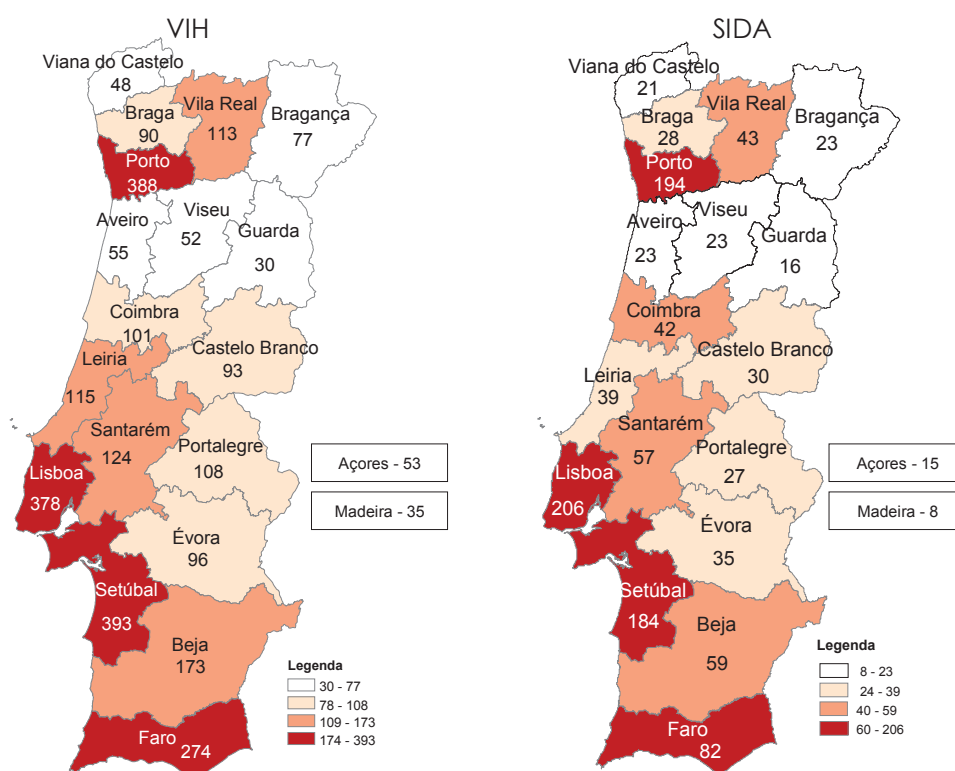
Nos casos associados à toxicodependência, a análise da distribuição geográfica dos casos por ano de diagnóstico evidencia, sobretudo nos últimos três anos, uma diminuição relevante da proporção de notificações no distrito do Porto, constatando-se em contrapartida, um acréscimo da proporção de notificações no distrito de Faro, sendo nos últimos três anos já superior à do distrito de Setúbal.

São também estes distritos que apresentam as maiores taxas de casos acumulados de infeção pelo VIH associados à toxicodependência por habitantes da faixa etária 15-64 anos.

Figura 38 - Notificações de Casos de Infeção pelo VIH e Casos de SIDA Associados à Toxicodependência, por Zona Geográfica de Residência

01/01/1983 - 31/12/2012

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, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Relativamente à distribuição por sexo e idade, a maioria dos casos de infeção pelo VIH associados à toxicodependência notificados até 31/12/2012 pertenciam ao grupo masculino (83%) e tinham idades compreendidas entre os 25-39 anos (71%).

3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência³⁸

As alterações metodológicas atrás referidas a propósito dos indicadores do tratamento da toxicodependência são extensivas aos relacionados com as doenças infecciosas dos utentes em tratamento. Para além das já mencionadas, no âmbito das doenças infecciosas é de destacar a otimização dos procedimentos de apuramento dos dados na perspetiva de normalização com os critérios europeus, apesar de ainda serem necessárias algumas melhorias sobretudo a nível do registo, designadamente das confirmações laboratoriais para que o diagnóstico deixe de ser presuntivo, e possa ser notificado³⁹.

As taxas de cobertura dos rastreios a seguir apresentadas foram calculadas sobre o total dos utentes em tratamento nas diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência⁴⁰, apesar de alguns não serem considerados elegíveis para efetuar esses rastreios, designadamente os que nunca tiveram comportamentos de risco a nível do consumo de drogas ou das relações sexuais. Por isso, apresentam-se também, para algumas das estruturas⁴¹, as taxas dos subgrupos de utentes que tiveram consumos endovenosos alguma vez ao longo da vida.

De acordo com a informação registada no Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), no que respeita à cobertura dos rastreios de VIH nos utentes em ambulatório, em 2012, eram conhecidos os resultados dos rastreios para 77% dos utentes em tratamento no ano, 31% dos novos utentes e 64% dos utentes readmitidos, sendo estas taxas superiores nos respetivos subgrupos de injetores (respetivamente de 84%, 45% e 72%). De um modo geral, as taxas de cobertura dos rastreios de VIH foram superiores nas Unidades de Desabitação (88% dos utentes das públicas e 59% dos utentes das licenciadas) e nas Comunidades Terapêuticas (88% dos utentes das públicas e 88% dos utentes das licenciadas), sendo também estas taxas superiores nos respetivos subgrupos de injetores.

Em 2012, as prevalências de infeção pelo VIH variaram entre os 3% e os 14% consoante o grupo de utentes, correspondendo o valor mínimo aos novos utentes e o valor máximo aos utentes readmitidos em ambulatório. Como expectável, os valores destas prevalências foram superiores nos subgrupos com consumos endovenosos, variando entre os 8% e os 23%.

As proporções de novas infeções (diagnósticos no ano) a nível dos grupos de utentes do ambulatório variaram entre os 3% (novos utentes) e os 7% (utentes readmitidos), e nos subgrupos de injetores entre os 5% e os 11%.

Em 2012, as proporções de seropositivos que se encontravam com terapêutica antirretroviral variaram entre os 15% e os 63% consoante o grupo de utentes, correspondendo o valor mínimo aos novos utentes (pela primeira vez nas estruturas do ambulatório) e utentes readmitidos, e, o valor máximo aos utentes das Comunidades Terapêuticas licenciadas. Estes valores estão aquém do desejável, sendo indispensável promover e assegurar a estas populações o acesso à terapêutica antirretroviral.

³⁸ Ver contextualização metodológica relativamente aos dados utilizados este ano no contexto dos indicadores do tratamento no capítulo anterior 2. *Tratamento*.

³⁹ Decisão de execução da Comissão de 8 de agosto de 2012 que altera a Decisão 2002/253/CE que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da decisão n.º 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho.

⁴⁰ Estruturas de ambulatório da rede pública (em que se diferencia os utentes em tratamento no ano, os novos utentes e os utentes readmitidos), Unidades de Desabitação e Comunidades Terapêuticas das redes pública e licenciada.

⁴¹ Este ano ainda não foi possível disponibilizar este tipo de informação para as estruturas licenciadas.

**Quadro 7 - Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência,
por Tipo de Estrutura**

Rede Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2012

Doenças Infecciosas Estrutura / Rede	VIH				Hepatite B			Hepatite C		
	Cobertura	Prev.	Novas Infeções	Tratamento	Cobertura	Prev.	Novas Infeções	Cobertura	Prev.	Novas Infeções
Ambulatório/Rede Pública										
Utentes Tratamento no Ano	77%	14%	4%	57%	63%	5%	2%	67%	61%	50%
Novos Utentes	31%	3%	3%	15%	11%	3%	3%	11%	28%	27%
Utentes Readmitidos	64%	14%	7%	15%	52%	4%	2%	53%	58%	53%
Unidades de Desabilitação										
Públicas	88%	8%	—	31%	90%	2%	—	93%	44%	—
Licenciadas	59%	13%	—	17%	70%	..	—	75%	48%	—
Comunidades Terapêuticas										
Públicas	88%	12%	—	54%	81%	5%	—	88%	41%	—
Licenciadas	88%	10%	—	63%	86%	2%	—	87%	34%	—

*Utentes que tiveram pelo menos um evento assistencial no ano.

**Utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

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

**Quadro 8 - Doenças Infecciosas nos Utentes com Consumos Endovenosos
ao Longo da Vida, por Tipo de Estrutura**

Rede Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2012

Doenças Infecciosas Estrutura / Rede	VIH			Hepatite B			Hepatite C		
	Cobertura	Prev.	Novas Infeções	Cobertura	Prev.	Novas Infeções	Cobertura	Prev.	Novas Infeções
Ambulatório/Rede Pública									
Utentes Tratamento no Ano	84%	23%	7%	72%	6%	3%	75%	88%	86%
Novos Utentes	45%	8%	5%	19%	3%	3%	20%	97%	90%
Utentes Readmitidos	72%	22%	11%	59%	5%	3%	60%	84%	83%
Unidades de Desabilitação									
Públicas	91%	15%	—	90%	2%	—	97%	82%	—
Licenciadas	63%	23%	—	74%	..	—	83%	62%	—
Comunidades Terapêuticas									
Públicas	95%	22%	—	81%	6%	—	88%	76%	—
Licenciadas	89%	23%	—	86%	4%	—	87%	69%	—

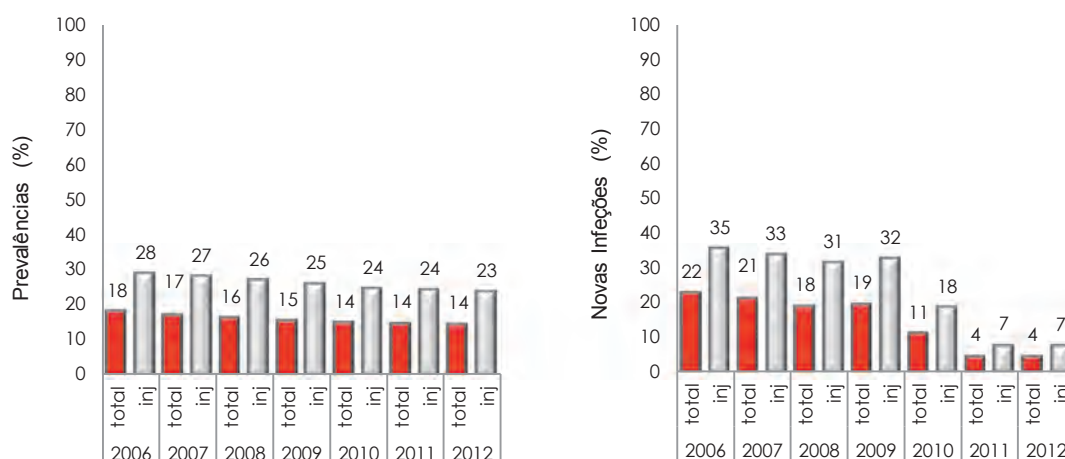
*Utentes que tiveram pelo menos um evento assistencial no ano.

**Utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

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

De um modo geral, as prevalências de infeção pelo VIH e as proporções de novas infeções (diagnósticos no ano) entre os utentes em tratamento da toxicodependência têm vindo a diminuir ao longo dos anos, à semelhança da tendência verificada a nível das notificações.

Figura 39 – Prevalências e Novas Infecções de VIH nos Utentes em Tratamento no Ano:
Total de Utentes e Injetores, segundo o Ano
Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)



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

A hepatite viral e, em particular, a infeção pelo vírus da Hepatite C (VHC), apresenta prevalências elevadas nestes grupos de utentes e sobretudo nos subgrupos de injetores.

Em 2012, as taxas de cobertura dos rastreios do vírus da Hepatite C variaram entre os 11% e os 93%, e as da Hepatite B entre os 11% e os 90%, consoante o grupo de utentes, sendo estas taxas superiores nos respetivos subgrupos de injetores.

As prevalências de infeção pelo VHC variaram entre os 28% e os 61% nos diferentes grupos de utentes, sendo bastante superiores nos subgrupos com consumos endovenosos (entre os 62% e os 97%). As proporções de novas infeções (diagnósticos no ano) a nível dos grupos de utentes do ambulatório variaram entre os 27% (novos utentes) e os 53% (utentes readmitidos), e nos subgrupos de injetores entre os 83% e os 90%.

Em relação à Hepatite B (AgHBs+), as prevalências são bastante inferiores, variando entre os 2% e os 5%, consoante os grupos de utentes, sendo de um modo geral ligeiramente superiores nos subgrupos de injetores. As proporções de novas infeções (diagnósticos no ano) a nível dos grupos de utentes do ambulatório variaram entre os 2% (utentes readmitidos) e os 3% (novos utentes), sendo semelhantes ou ligeiramente superiores nos subgrupos de injetores.

Constata-se uma elevada comorbilidade VIH+ e VHC+ nos grupos de injetores, sendo que a grande maioria dos infetados pelo VIH são também positivos para o VHC (por exemplo, 14% dos utentes das UD públicas que tiveram consumos endovenosos na vida tinham esta comorbilidade infecciosa, sendo que 79% dos injetores com VIH+ também eram positivos para o VHC).

De um modo geral, as prevalências de infeção pelo VHC e de Hepatite B (AgHBs+) e as proporções de novas infeções (diagnósticos no ano) têm-se mantido estáveis nos últimos quatro anos, embora com valores aquém dos dos anos anteriores.

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 dos utentes em tratamento da toxicodependência, 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.

O consumo de drogas, e não apenas o endovenoso, é um comportamento de risco para outras doenças, designadamente as sexualmente transmissíveis e a tuberculose, que importa também monitorizar de forma mais sistemática e normalizada.

4. Mortalidade⁴²

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

Até 2007, os dados apresentados respeitavam aos resultados toxicológicos (substâncias ilícitas) positivos *post-mortem* efetuados no INMLCF, I.P., os quais, 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 tendências⁴³.

Na sequência de uma das recomendações estratégicas para o ciclo 2009-2012⁴⁴, assim como da implementação na última década de vários procedimentos com vista à melhoria da qualidade das estatísticas nacionais da mortalidade⁴⁵, optou-se, desde 2009, por apresentar os dados das estatísticas nacionais da mortalidade disponibilizados pelo INE, I.P., e, reflexo dos trabalhos de otimização da informação do INMLCF, I.P., foi possível passar a obter informação sobre as causas de morte direta e etiologia médico-legal dos casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas e, assim, distinguir entre estes, os casos de *overdose*.

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

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

No que respeita às mortes relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., e após o aumento contínuo registado entre 2006 e 2009 que inverteu a tendência de decréscimo nos anos anteriores, verificaram-se inflexões em 2010 e 2011, voltando a registar-se em 2012 um aumento no número destas mortes, para ambos os critérios considerados - Lista Sucinta Europeia e Protocolo do OEDT.

Segundo o critério da Lista Sucinta Europeia, em 2012 ocorreram 13 mortes causadas por dependência de drogas, representando um acréscimo de +117% em relação a 2011, ano em que se tinha registado o valor mais baixo desde 2006. De acordo com o critério do OEDT, em

⁴² Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 63 à pág. 71, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>).

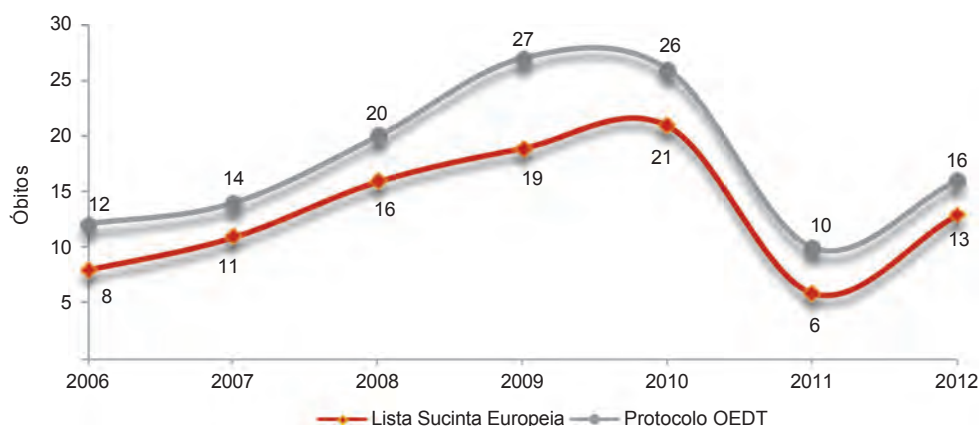
⁴³ Portugal possui dados sobre os resultados toxicológicos *post-mortem* efetuados no INMLCF, I.P. há mais de 25 anos.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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*.

2012 registaram-se 16 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas, representando um acréscimo de +60% em relação a 2011.

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



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

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

Em 2012, e apesar dos constrangimentos na disponibilização de informação desagregada ⁴⁶ verificou-se que à semelhança do sucedido em 2009, o último ano em que foi possível disponibilizar informação mais específica sobre a causa da morte, uma vez mais a causa de morte predominante foi *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (código F19.2 CID10), causa que inclui os policonsumos (85% no caso do critério da Lista Sucinta Europeia e 69% no do OEDT). Pelos mesmos constrangimentos na disponibilização de informação desagregada, em relação às características demográficas dos casos só é possível apurar que continuam a ser maioritariamente do sexo masculino (em 2010 a totalidade dos casos eram homens, e, em 2009, o sexo masculino apresentou percentagens acima dos 84% para ambos os critérios considerados), e com idades compreendidas entre os 40-49 anos (62% do total de casos segundo o critério da Lista Sucinta Europeia e 56% segundo o do OEDT).

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

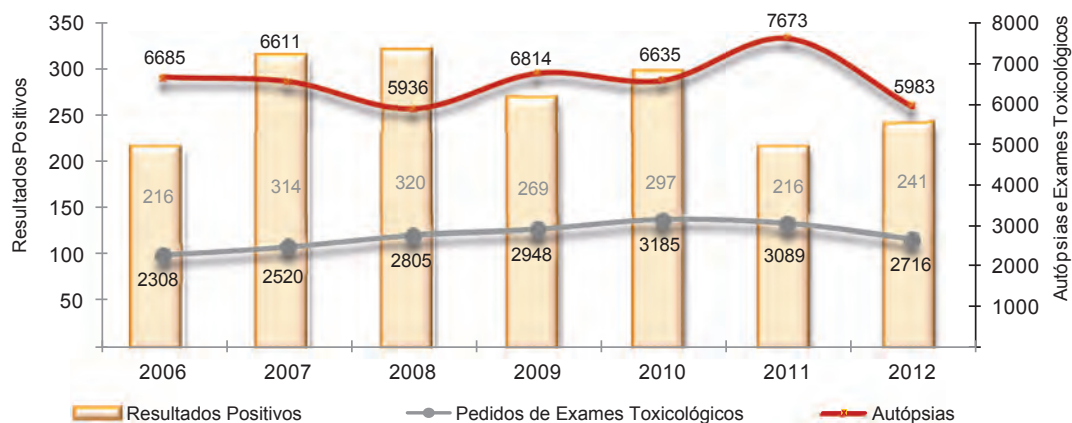
Em 2012, foram realizadas no INMLCF, I.P. 5983 autópsias sendo que em 2716 dos casos (45%) foram solicitados exames toxicológicos, uma percentagem superior à registada em 2011 (40%).

O número de casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas (241) cresceu 12% em relação a 2011 (216), mantendo-se a proporção de positividade no conjunto dos exames efetuados dentro dos valores registados nos últimos anos (9%, 7%, 9%, 9%, 11%, 12% e 9%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006).

⁴⁶ 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

Como já referido, só a partir de 2009 foi possível obter informação sobre as causas de morte direta e etiologia médico-legal dos casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas e, assim, distinguir entre estes, os casos de overdose. Dado tratar-se de óbitos que exigem investigação médico-legal e verificando-se ainda dificuldades na celeridade da recolha dessa informação⁴⁷, optou-se pela atualização posterior (a dois anos) dos dados de determinado ano. Assim, os dados relativos a 2012 serão alvo de atualizações no próximo ano, o que impõe algumas cautelas na leitura comparativa dos dados.

Figura 41 – Autópsias, Exames Toxicológicos e Resultados Positivos *Post-mortem*, segundo o Ano

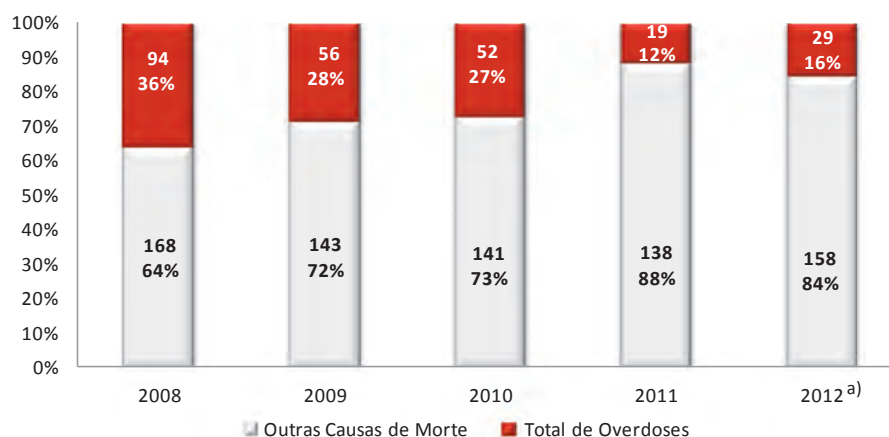


Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em 2012, dos 187 óbitos com informação sobre a causa de morte (78% dos casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas)⁴⁸, cerca de 16% foram considerados overdoses com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

Apesar das limitações comparativas referidas, constata-se em relação a 2011 um aumento de overdoses em valores absolutos (29 casos em 2012 e 19 em 2011) e proporcionais (a proporção de overdoses nestes óbitos com causa de morte conhecida foi de 16% em 2012 e de 12% em 2011), mas os valores mantêm-se muito aquém dos registados entre 2008 e 2010.

Figura 42 – Causas de Morte* dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano



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

a) Data da recolha de informação julho 2013; os dados de 2012 poderão sofrer atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

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

⁴⁷ Seja pelo atraso na conclusão do relatório final, seja por dificuldades de acesso a este.

⁴⁸ Em 2011, 2010, 2009 e 2008 estas percentagens foram respetivamente de 73%, 65%, 74% e de 82%.

Em relação às substâncias detetadas nestas overdoses, contrariamente ao sucedido nos anos anteriores em que sempre predominaram os opiáceos⁴⁹ - com exceção de 2011 em que predominou a metadona seguida dos opiáceos -, é de destacar a presença de cocaína em 52% dos casos (26% em 2011, 50% em 2010, 43% em 2009 e 54% em 2008). Seguiram-se-lhe os opiáceos, presentes em 48% dos casos (42%, 73%, 88% e 82%, respetivamente em 2011, 2010, 2009 e 2008), e a metadona, detetada em 31% dos casos (53%, 15%, 4% e 9%, respetivamente em 2011, 2010, 2009 e 2008).

Tal como ocorrido nos anos anteriores, na maioria destas overdoses (76%) foram detetadas mais do que uma substância (79% em 2011, 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 2012 as overdoses com a presença simultânea de opiáceos com outras substâncias ilícitas (38% do total de overdoses), designadamente com cocaína (21%) e/ou com metadona (14%). Importa referir também, em combinação com as substâncias ilícitas, os casos de overdose com a presença de álcool (38%, 37%, 44%, 57% e 47% das overdoses de 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008), bem como com a presença de benzodiazepinas (28%, 42%, 35%, 38% e 39% das overdoses de 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008).

Quadro 9 – Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Substância
2008 – 2012

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

a) Data da recolha de informação julho 2013; os dados de 2012 poderão sofrer atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

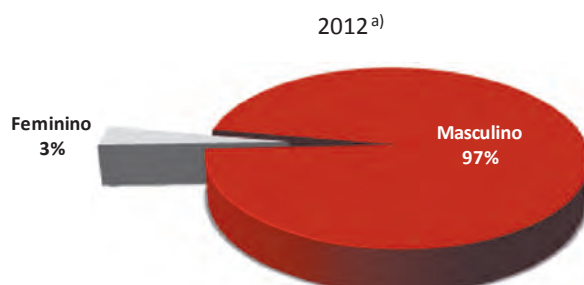
b) Inclui heroína, morfina e codeína.

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

⁴⁹ Inclui heroína, morfina e codeína.

Em 2012, a quase totalidade dos casos de overdose (97%) pertenciam ao sexo masculino, distribuição semelhante à verificada nos anos anteriores (84%, 88%, 89% e 92%, respetivamente em 2011, 2010, 2009 e 2008). A idade média foi de 37 anos, valor que igualmente se enquadra nos registados em anos anteriores (38 anos em 2011, 39 anos em 2010, 38 anos em 2009 e 36 anos em 2008).

Figura 43 – Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Sexo

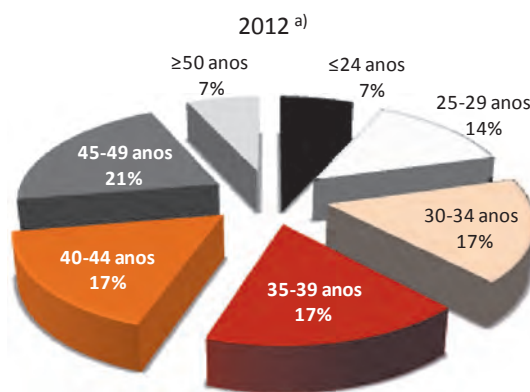


a) Data da recolha de informação julho 2013; os dados de 2012 poderão sofrer atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

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

Estas overdoses ocorreram na sua grande maioria em indivíduos entre os 25 e 49 anos (86%), com uma distribuição idêntica nos grupos quinquenais intermédios (17%) e com uma maior expressão no grupo superior (21% nos 45-49 anos) do que no inferior (14% nos 25-29 anos). Fora desta faixa dos 25-49 anos, ocorreram 2 casos de overdose entre os 20 e 24 anos e 2 casos entre os 50-54 anos.

Figura 44 – Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Grupo Etário



a) Data da recolha de informação julho 2013; os dados de 2012 poderão sofrer atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

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

Em relação às outras causas das mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito em 2012 (158 casos), é de referir que foram maioritariamente atribuídas⁵⁰ a acidentes (45%) tal como nos anos anteriores, seguindo-se-lhes em 2012 a morte natural (25%), suicídio (15%) e homicídio (11%).

⁵⁰ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

Quadro 10 – Outras Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos*, segundo o Ano, por Causa de Morte

2008 – 2012

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

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

a) Data da recolha de informação julho 2013; os dados de 2012 poderão sofrer atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

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

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

Nestas mortes, a substância ilícita mais presente foi a cannabis (41%), seguida dos opiáceos (36%), da cocaína (25%) e da metadona (13%). Na maioria destas mortes (60%) foram detetadas mais do que uma substância, considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. É de destacar também em associação com as substâncias ilícitas, a presença de álcool (32%) e/ou de benzodiazepinas (23%).

No que se refere à mortalidade relacionada com o VIH/SIDA, os dados aqui apresentados referem-se às notificações de óbitos recebidas no INSA, uma vez que nas estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., não existe informação desagregada sobre os óbitos por doença pelo VIH (CID10) por categorias de transmissão, e como tal, não é possível saber quantos desses óbitos estão relacionados com a toxicodependência.

É importante referir que a nível do total dos óbitos se verifica uma elevada sub-notificação nos registos do INSA face ao número de óbitos por doença pelo VIH (CID10) disponibilizados pelo INE⁵¹, pelo que a informação deve ser interpretada com algumas cautelas. No entanto, como as tendências observadas são similares nas duas fontes de registos, é muito provável que os dados do INSA a seguir apresentados reflitam também as tendências por categorias de transmissão, apesar da referida sub-notificação.

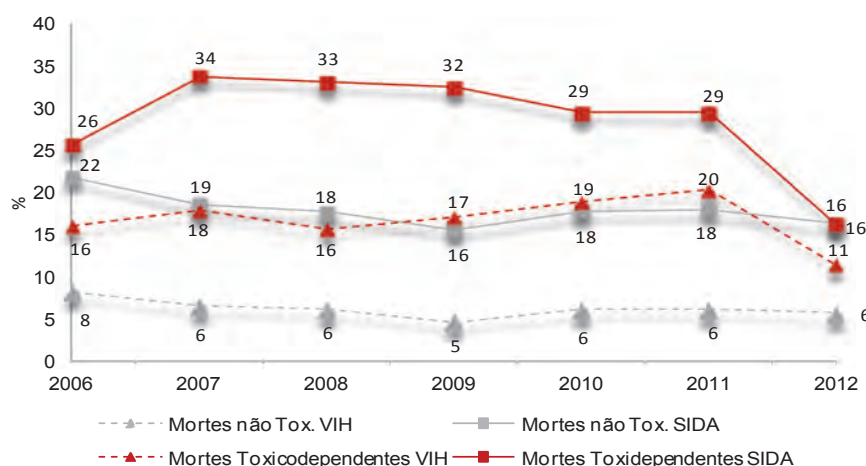
Até 31/12/2012 tinham sido notificados 9509 óbitos em casos de infeção pelo VIH, 4864 (51%) dos quais relacionados com a toxicodependência. Dos óbitos notificados, 7987 ocorreram em casos classificados como SIDA, 4075 (51%) dos quais associados à toxicodependência. A mortalidade observada nos casos de VIH associados à toxicodependência era de 30% (sobrevida 70%) e nos restantes casos de 18% (sobrevida 82%), e, nos casos de SIDA associados à toxicodependência era de 52% (sobrevida 48%) e nos restantes casos de SIDA de 41% (sobrevida 59%).

Os dados relativos à distribuição das mortes segundo o ano do diagnóstico dos casos evidenciam, tanto para os casos com infeção VIH como para os casos de SIDA diagnosticados nos últimos sete anos, que a mortalidade observada continua a ser superior nas categorias de

⁵¹ Estão a ser realizados esforços no sentido da melhoria da informação relativa às notificações de óbitos. Devido à atual subnotificação, a informação sobre a mortalidade não reflete totalmente a sobrevida dos casos. (Departamento de Doenças Infecciosas et al., 2013).

transmissão associadas à toxicodependência comparativamente aos restantes casos. Tal poderá estar relacionado, entre outros, com o referido no capítulo anterior, sobre a maior proporção de infeções antigas nos casos de infeção VIH associados à toxicodependência diagnosticados recentemente, comparativamente aos restantes casos.

Figura 45 – Notificações de Óbitos VIH e SIDA: % de Casos Mortos segundo o Ano do Diagnóstico, em Casos Associados ou não à Toxicodependência*



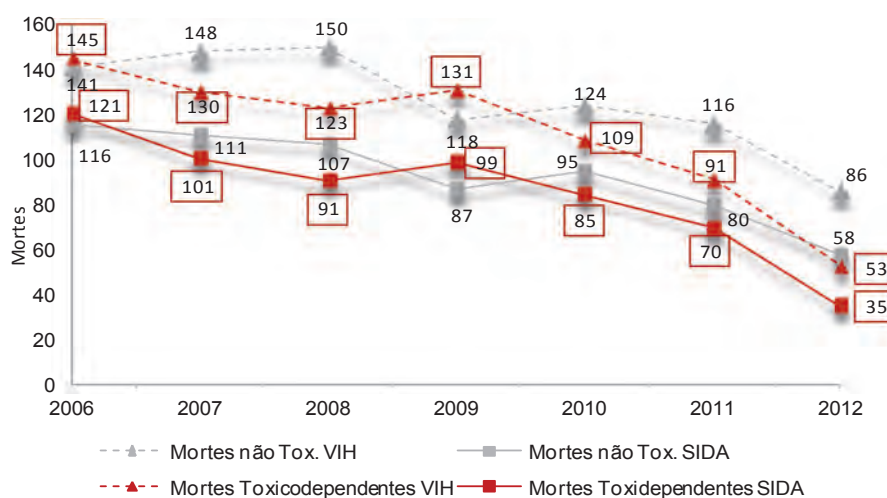
* A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em 2012 foram notificados 139 óbitos ocorridos no ano em casos de infeção pelo VIH, 53 (38%) dos quais associados à toxicodependência. Dos óbitos notificados em 2012, 93 ocorreram em casos classificados como SIDA, sendo 35 (38%) associados à toxicodependência.

A distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia, tanto para os casos com infeção VIH como para os de SIDA, uma tendência decrescente no número de mortes ocorridas a partir de 2002, quer nas categorias de transmissão associadas à toxicodependência quer nos restantes casos, embora a um ritmo mais acentuado nos associados à toxicodependência.

Figura 46 - Notificações de Óbitos VIH e SIDA: Mortes segundo o Ano do Óbito, em Casos Associados ou não à Toxicodependência*

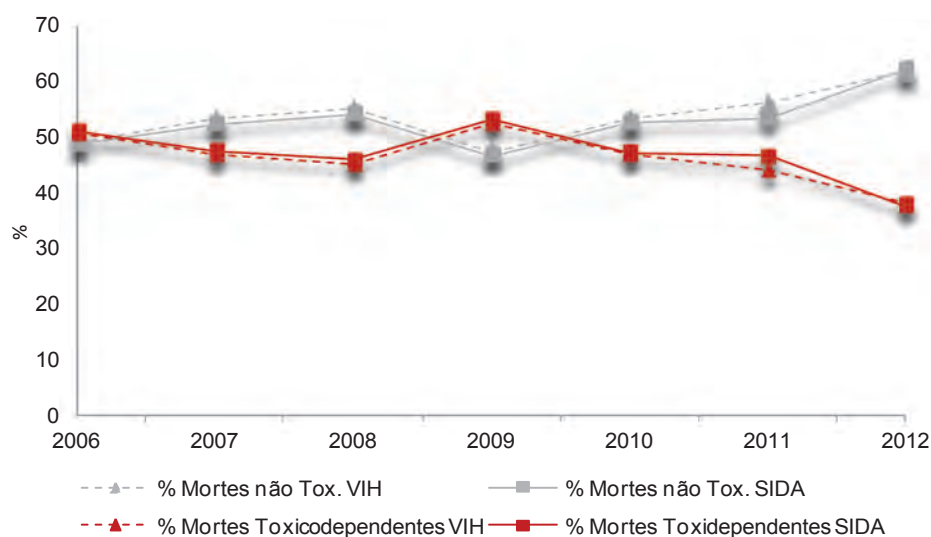


* A atualização posterior das notificações, de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Com efeito, desde 2007 e contrariamente ao ocorrido entre 1995 e 2006, que se observa, com exceção em 2009, uma menor proporção de casos associados à toxicodependência do que dos restantes casos nos óbitos ocorridos anualmente e notificados ao INSA.

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



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

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2012 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

A maioria dos óbitos notificados até 31/12/2012 em casos associados à toxicodependência – seja em casos de infeção pelo VIH, seja nos classificados como SIDA –, correspondiam a residentes nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, ou seja, naqueles que apresentavam o maior número de notificações de casos de infeção pelo VIH e SIDA associados à toxicodependência.

5. Contraordenações⁵²

5.1. Processos e Decisões

No âmbito das contraordenações por consumo de drogas⁵³, nas 18 Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência com sede em cada capital de distrito de Portugal Continental, foram instaurados 8573 processos⁵⁴ relativos às ocorrências de 2012, representando o valor mais elevado desde 2001 e um aumento de 24% em relação a 2011.

Quadro 11 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito
2012 e variações relativas a 2011 / 2009 / 2006

Distrito	2012	%	Δ 11-12	Δ 09-12	Δ 06-12
Total	8 573	100,0	24,3	13,6	37,9
Aveiro	597	7,0	20,1	14,1	41,8
Beja	189	2,2	19,6	40,0	68,8
Braga	742	8,7	22,4	10,4	21,0
Bragança	47	0,5	-45,3	2,2	-46,0
Castelo Branco	94	1,1	49,2	6,8	135,0
Coimbra	235	2,7	2,2	-10,3	40,7
Évora	87	1,0	7,4	-28,1	20,8
Faro	700	8,2	40,8	44,6	44,0
Guarda	154	1,8	133,3	250,0	97,4
Leiria	302	3,5	26,4	6,7	196,1
Lisboa	1 315	15,3	17,4	-21,0	-17,6
Portalegre	62	0,7	-31,9	-58,7	-25,3
Porto	2 362	27,6	21,4	31,5	64,5
Santarém	229	2,7	-8,0	136,1	53,7
Setúbal	829	9,7	48,6	35,9	95,5
Viana do Castelo	209	2,4	40,3	21,5	117,7
Vila Real	158	1,8	81,6	10,5	49,1
Viseu	262	3,1	48,9	1,6	77,0

Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI - DE

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

Relativamente a 2011, os acréscimos mais elevados em valores absolutos registaram-se nos distritos do Porto, Setúbal, Faro e Lisboa, e em valores percentuais nos distritos de Guarda e Vila Real. Bragança, Portalegre e Santarém foram os únicos distritos em que se verificaram decréscimos no número de processos em relação ao ano anterior, embora no caso de Santarém o número registado em 2012 represente o segundo valor mais elevado desde 2001.

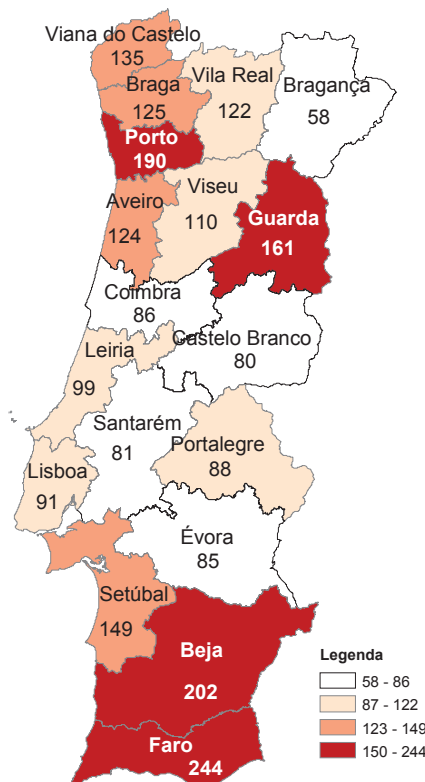
⁵² Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 73 a pág. 96, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>). A fonte dos dados apresentados neste capítulo é o Registo Central dos processos de contraordenação (Portaria n.º 604/2001, de 12 de Junho), com informação recolhida a 31 de Março do ano seguinte a que se reportam os dados.

⁵³ 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.

⁵⁴ Cada processo corresponde a uma ocorrência e a um indivíduo.

Figura 48 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito

2012
Taxas por 100 000 habitantes na faixa etária 15-64 anos



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

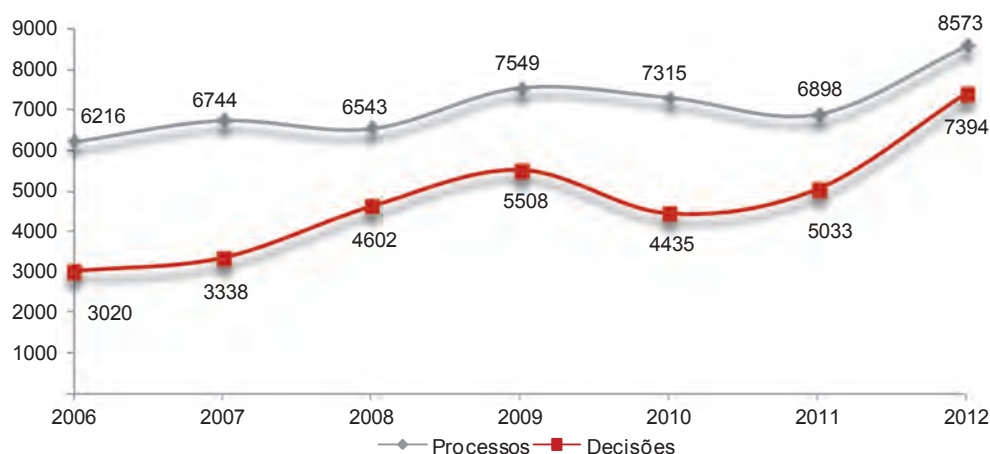
Cerca de 47% das ocorrências de 2012 foram remetidas às CDT pela PSP, 38% pela GNR, 14% pelos Tribunais. Em relação ao ano anterior registou-se um aumento de ocorrências remetidas pela PSP (+28%) e pela GNR (+28%) e uma estabilidade das enviadas pelos Tribunais (-1%). É de referir que nos quatro últimos anos 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 Tribunais⁵⁵.

À data da recolha de informação cerca de 86% dos processos relativos às ocorrências de 2012 tinham decisão proferida (40% estavam suspensos e 46% arquivados), constatando-se um significativo aumento da capacidade decisória em relação aos anos anteriores⁵⁶, tanto mais relevante considerando que o número de processos em 2012 atingiu o valor mais elevado desde 2001.

⁵⁵ 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.

⁵⁶ A diminuição da pendência esteve relacionada com o investimento feito na eficácia e eficiência processual, cuja informação mais detalhada consta na *Parte B* - capítulo *Dissuasão* deste Relatório.

Figura 49 - Processos de Contraordenação e Decisões*, segundo o Ano**



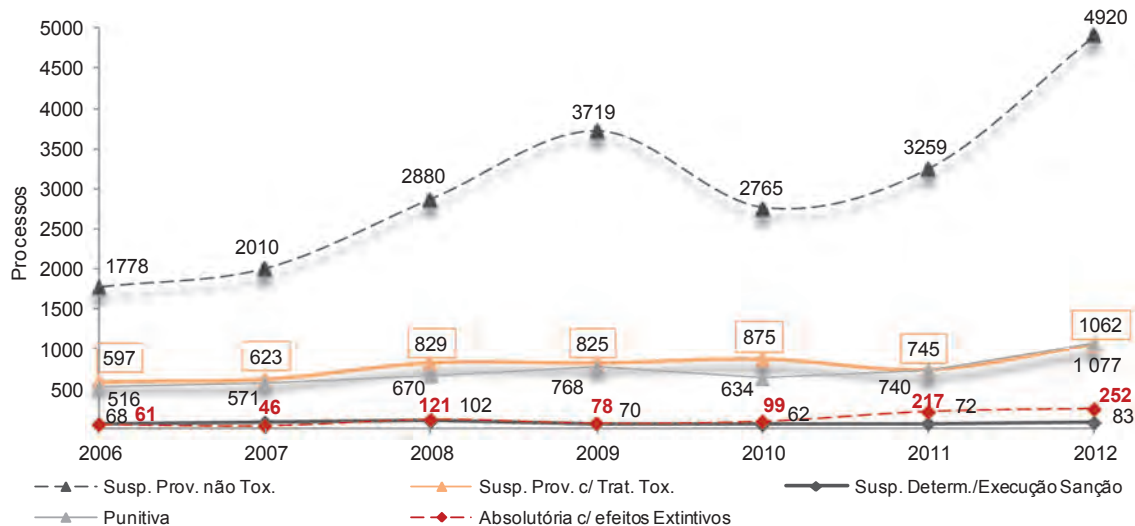
* Na leitura dos dados relativos às decisões proferidas deve ser tomada em consideração que algumas CDT estiveram em determinados períodos a funcionar sem *quórum*, o que condicionou a capacidade decisória na aplicação da Lei n.º 30/2000 e as consequentes diligências processuais. Entre 2003 e 2009: desde 2003 as CDT de Viseu e da Guarda; desde o último trimestre de 2004 as CDT de Faro e Bragança; desde 2005 a CDT de Lisboa; desde 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. Entre 2010 e 2011: as CDT do Porto e Faro ficaram sem *quórum* a partir de setembro de 2010, tendo sido repostas em agosto e novembro de 2011, respetivamente. A partir de novembro de 2012, a CDT de Leiria ficou sem *quórum*, tendo sido repostas em abril de 2013. 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: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

Das 7394 decisões proferidas⁵⁷ sobre estas ocorrências, cerca de 82% foram suspensivas, 15% punitivas e 3% absolutórias.

Figura 50 - Processos de Contraordenação, segundo o Ano*, por Tipo de Decisão**



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

** Na leitura dos dados 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. Entre 2003 e 2009: desde 2003 as CDT de Viseu e da Guarda; desde o último trimestre de 2004 as CDT de Faro e Bragança; desde 2005 a CDT de Lisboa; desde 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. Entre 2010 e 2011: as CDT do Porto e Faro ficaram sem *quórum* a partir de setembro de 2010, tendo sido repostas em agosto e novembro de 2011, respetivamente. A partir de novembro de 2012, a CDT de Leiria ficou sem *quórum*, tendo sido repostas em abril de 2013. Por outro lado, continuam a persistir lacunas nas equipas técnicas de algumas CDT, relacionadas com o número insuficiente de profissionais.

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

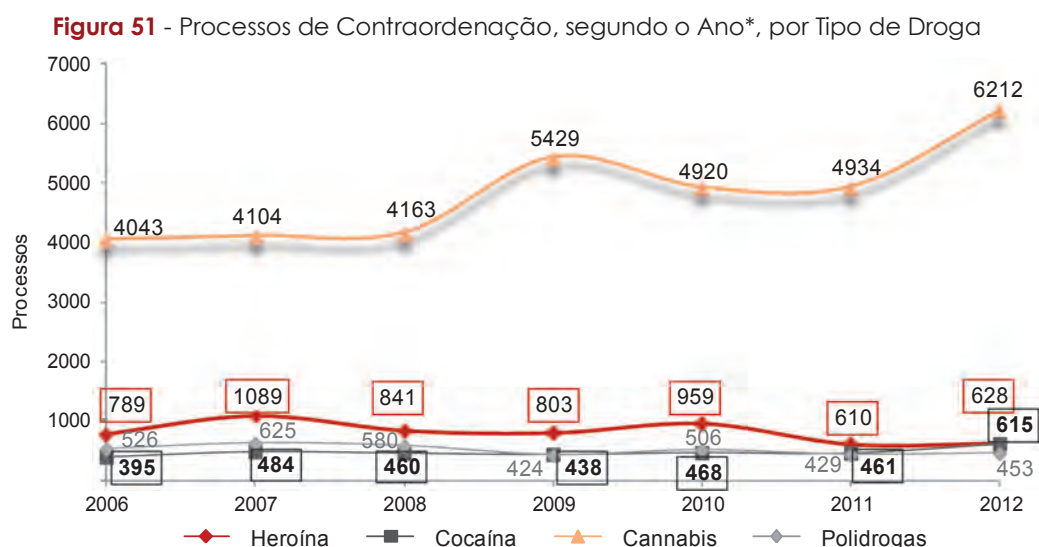
⁵⁷ A informação sobre as diligências e encaminhamentos realizados para as respostas preventivas, de tratamento ou outras, consta na Parte B - capítulo Dissuasão deste Relatório.

Uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (67%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (14%).

Em 2012, a proporção das sanções punitivas foi semelhante ao verificado nos últimos anos, continuando a predominar as sanções não pecuniárias (12%), particularmente as relacionadas com a apresentação periódica em local designado pela CDT. É de referir o aumento da aplicação de medidas sancionatórias que apelam à responsabilização do indiciado, como a prestação de serviços gratuitos a favor da comunidade e a determinação de entrega de contribuições monetárias a IPSS.

Cerca de 94% das ocorrências de 2012 envolveram apenas uma droga: 78% só cannabis, 8% apenas heroína e 8% só cocaína. À semelhança do ano anterior, o predomínio de ocorrências relacionadas só com cannabis verificou-se em todas as CDT.

Nos processos relacionados com a posse de várias drogas (6%), uma vez mais se destacou a posse de heroína com cocaína. Tal como já sucedido nos últimos oito anos, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis, e pela primeira vez a associação de ecstasy com cannabis foi preponderante à de heroína com cannabis.



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

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

Comparativamente a 2011, constataram-se aumentos no número de processos a nível de todas as drogas.

Os maiores acréscimos verificaram-se nos processos relacionados só com cocaína (+33%), só com cannabis (+26%) e só com ecstasy (+25%), sendo mais residuais os acréscimos dos processos relacionados só com heroína (+3%) e dos relacionados com várias drogas (+6%).

É também de referir o aumento no número de processos relacionados com outras drogas (+48%). Estes, bem como os processos envolvendo só cocaína e dos relacionados só com cannabis, registaram em 2012 os valores mais elevados de sempre.

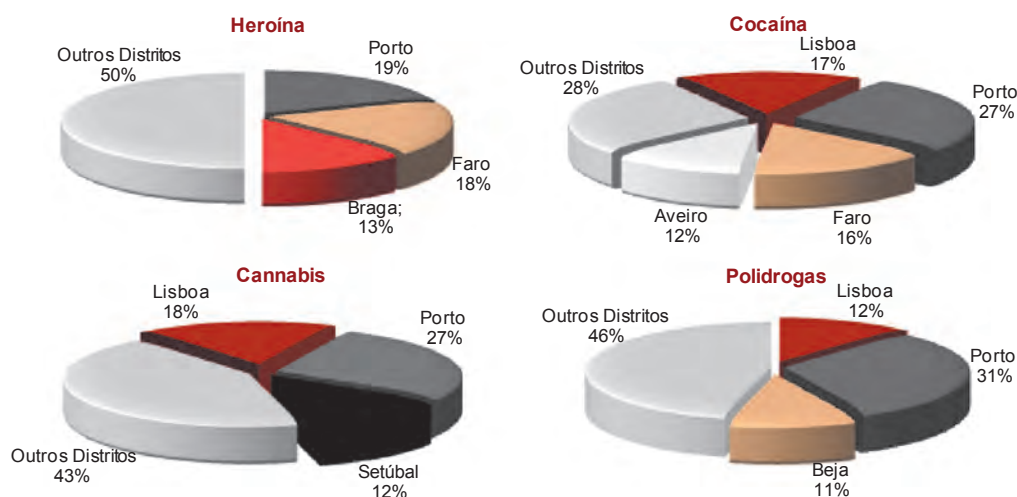
De um modo geral, a distribuição geográfica dos processos segundo o tipo de droga evidencia serem os distritos com o maior número total de processos (Porto, Lisboa, Setúbal, Braga, Faro e Aveiro), aqueles onde se concentram também o maior número de processos de cada uma das drogas consideradas (exceto Beja que regista 11% dos processos relacionados com várias drogas).

Verifica-se no entanto uma distribuição diferenciada dos processos entre aqueles distritos consoante o tipo de droga, sendo de destacar o facto do distrito do Porto apresentar as maiores proporções de processos de cada uma das drogas consideradas e de Lisboa não surgir entre os distritos com maior concentração de processos relacionados só com heroína.

Figura 52 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, segundo a Droga Envolvida, por Distrito (%)

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

2012

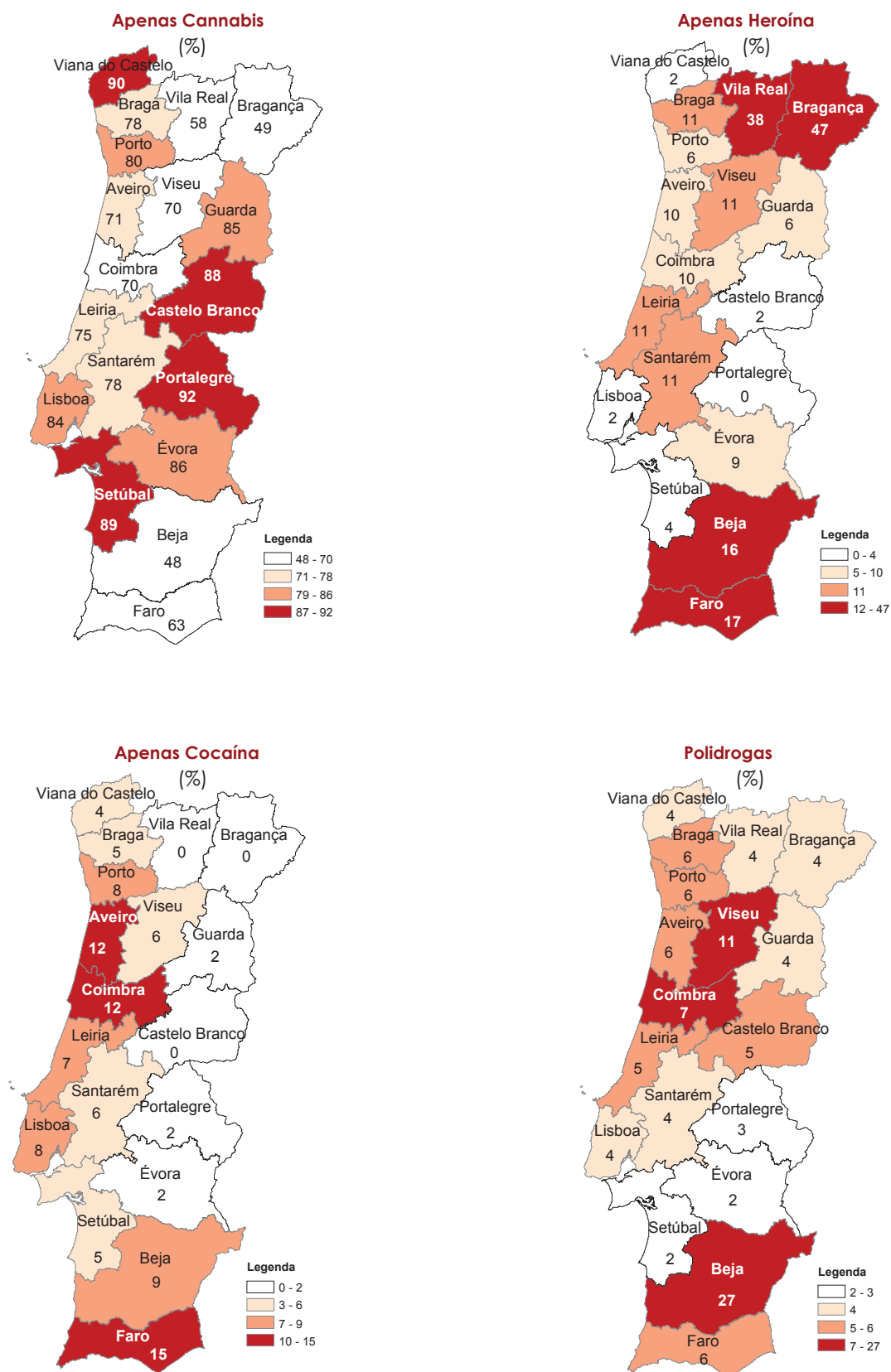


Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

Também a leitura das percentagens intradistritais por tipo de droga⁵⁸ permite evidenciar algumas heterogeneidades: os processos envolvendo só cannabis variaram a nível distrital entre os 48%-92%, os só de heroína entre os 0%-47%, os só de cocaína entre os 0%-15% e os processos envolvendo várias drogas variaram entre os 2%-27%.

⁵⁸ Considerando como base percentual os processos abertos em cada distrito.

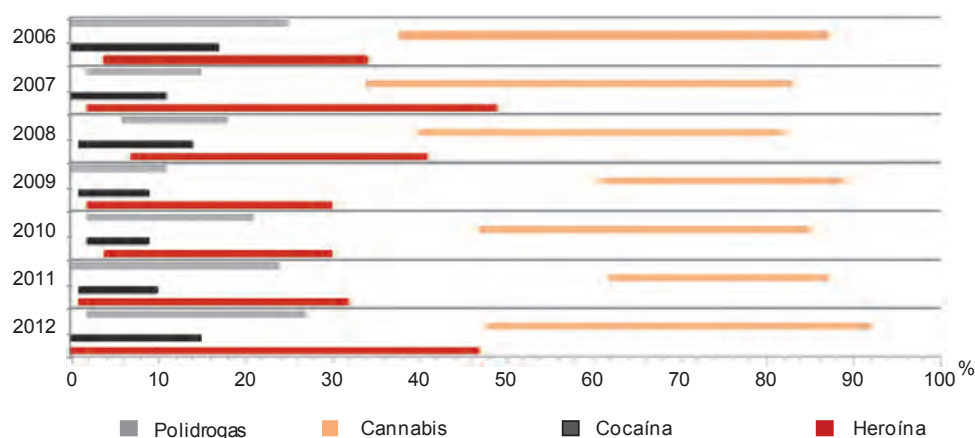
Figura 53 - Percentagens Intradistritais de Processos de Contraordenação por Tipo de Droga
2012



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

De um modo geral, estas variações entre os valores mínimos e máximos das percentagens intradistritais por tipo de droga envolvida nos processos, enquadram-se no padrão registado nos últimos anos. Como se pode verificar ao longo dos anos, os maiores intervalos daqueles valores registam-se ao nível da heroína e da cannabis, constatando-se uma menor variação nas proporções dos processos relacionados só com cocaína e com várias drogas.

Figura 54 - Processos de Contraordenação por Tipo de Droga
Intervalos das Percentagens Intradistritais, segundo o Ano



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

5.2 Indivíduos

Dos 7817 indivíduos⁵⁹ envolvidos nos processos abertos relativos às ocorrências de 2012 e sem decisão absolutória, cerca de 6% reincidiram ao longo do ano, percentagem que se enquadra nas registadas nos anos anteriores (5%, 5%, 4%, 6%, 6% e 5%, respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006). A maioria destes reincidentes (88%) registou apenas uma reincidência no ano.

O distrito do Porto, com o maior número de indiciados relativos às ocorrências de 2012, foi o que registou o maior número de indivíduos reincidentes no ano, constatando-se as mais elevadas percentagens intradistritais de reincidentes no ano (cerca de 8%) nos distritos de Beja, Braga, Faro e Porto.

Cerca de 93% daqueles 7817 indivíduos eram do sexo masculino e na sua maioria (80%) jovens e jovens adultos. Com efeito, e apesar da idade média ser os 27 anos, cerca de 51% tinham idades entre os 16-24 anos e 29% entre os 25-34 anos.

Tal como nos anos anteriores, eram na sua maioria de nacionalidade portuguesa (94%). Entre os estrangeiros (6%) predominavam os europeus (3%) e os africanos (2%). Nos últimos anos já se vinha a assistir a um aumento gradual da proporção de estrangeiros com nacionalidade europeia, verificando-se pela primeira vez este ano um predomínio destes em relação aos africanos. Entre os estrangeiros europeus predominavam os franceses, e entre os africanos continuam a predominar os cabo-verdianos.

⁵⁹ 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.

Uma vez mais eram na sua maioria solteiros (89%) e cerca de 66% 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 (77%) e cerca de 36% estavam empregados, sendo cada vez mais expressivo o peso de estudantes (27%).

Quadro 12 – Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação

2012

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Indivíduos em Processos de Contraordenação
Sexo	Masculino	92,6%
Grupo Etário	16-24 anos	50,9%
	25-34 anos	28,6%
	Idade Média	27
Nacionalidade	Portuguesa	94,4%
Estado Civil	Solteiro	88,5%
	Casado / União de Facto	7,7%
Situação Coabituação	Só c/ família de origem	65,5%
	Sozinho	7,8%
	Só c/ companheiro	4,8%
	Só c/ companheiro e filhos	4,8%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	23,0%
	3.º Ciclo	42,7%
	Secundário	30,9%
Situação Profissional	Empregado	35,5%
	Desempregado	32,1%
	Estudante	26,7%

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

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

Oferta

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

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

Os estudos mais recentes evidenciam que a cannabis continua a ser a droga ilícita percecionada como de maior acessibilidade, refletindo as prevalências de consumo na população portuguesa. A perceção dos jovens portugueses sobre a facilidade de acesso a drogas ilícitas é, de um modo geral, similar à do conjunto dos jovens europeus, não obstante algumas variações relativamente a determinadas drogas.

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

O ano de 2012 consolida a maioria das tendências verificadas nos últimos anos a nível de vários indicadores, sendo de destacar em 2012, os indícios da transição da mefedrona para o mercado ilícito, após ser proibida em março de 2012, passando a integrar as tabelas do DL n.º 15/93, de 22 de janeiro.

Uma vez mais foi consolidado o predomínio crescente da cannabis a nível dos vários indicadores da oferta, refletindo a prevalência do seu consumo no país. A cocaína continua a ser a segunda droga com maior visibilidade no mercado nacional, tendência iniciada na segunda metade da década anterior, apesar da estabilidade constatada nos anos mais recentes a nível da maioria dos indicadores. Em 2012 constatou-se novamente uma diminuição da visibilidade da heroína, reforçando assim a quebra registada em 2011, após o pico pontual em 2009 e 2010 com alguns indicadores a registarem os valores mais elevados da década. Em

relação a outras drogas, apesar dos aumentos verificados em 2011 e 2012 em alguns indicadores, continuam a apresentar valores relativos residuais.

Em 2012, uma vez mais o haxixe foi a substância com o maior número de apreensões (3298), e, reforçando a tendência iniciada em 2005, o número de apreensões de cocaína (1238) foi superior ao de heroína (971). Seguiram-se-lhes as apreensões de cannabis herbácea (816), e com números bastante inferiores as de ecstasy (101). Como habitualmente, foram confiscadas várias outras substâncias, sendo de destacar em 2012, seja pelas quantidades apreendidas e/ou pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, algumas substâncias estimulantes, como a mefedrona, o 2C-B e o metilfenidato.

Em relação a 2011, registaram-se acréscimos no número de apreensões de cannabis herbácea, de haxixe e de ecstasy, verificando-se diminuições no caso da heroína e da cocaína. São de evidenciar os aumentos, sobretudo nos últimos quatro anos, no número de apreensões de haxixe e de cannabis herbácea (registando-se em 2012 os valores mais elevado desde 2002), e os aumentos nos últimos três anos no número de apreensões de ecstasy. Em contrapartida, os números registados em 2012 de apreensões de heroína e de cocaína foram os mais baixos dos últimos anos.

A nível das quantidades apreendidas em 2012, verificaram-se aumentos em relação a 2011 a nível do ecstasy, haxixe e cocaína, e em contrapartida, uma diminuição no caso da heroína. As quantidades confiscadas de liamba diminuíram em relação ao ano anterior, mas aumentaram as quantidades apreendidas de outras formas de cannabis herbácea, como plantas e sementes. Apesar das grandes oscilações anuais das quantidades apreendidas de drogas, é de evidenciar no último quadriénio, a tendência de aumento das quantidades apreendidas de cocaína.

Relativamente aos principais países de proveniência das drogas apreendidas no país em 2012, destacaram-se no âmbito do tráfico internacional com as maiores quantidades apreendidas, a Holanda a nível da heroína, a Argentina e o Brasil no caso da cocaína, uma vez mais Marrocos no caso do haxixe e Holanda no caso do ecstasy. Mantém-se a relevância do posicionamento geoestratégico de Portugal em matéria de fluxos de tráfico de droga - sobretudo da cocaína, em que continua a funcionar como ponto de trânsito na rota de tráfico dos países produtores para o continente europeu, apesar dos indícios recentes de uma maior diversificação destas rotas -, embora o país não funcione como sede da maior parte das organizações criminosas ligadas ao tráfico de droga.

Os preços médios das drogas confiscadas em 2012 (mercado de tráfico e de tráfico-consumo) não registaram alterações relevantes relativamente a 2011, com exceção da heroína que registou uma descida significativa. Apesar das flutuações anuais, desde 2002 que se verifica uma tendência de decréscimo dos preços médios da heroína, uma tendência para a subida dos da cocaína, e uma estabilidade dos preços médios do haxixe.

No que respeita ao grau de pureza das drogas apreendidas, a potência (% THC) média da cannabis, e em particular do haxixe, aumentou nos últimos três anos comparativamente aos anos anteriores. Em contrapartida, em relação às “amostras de rua” das formas mais comuns em Portugal de heroína e cocaína, constata-se que o seu grau de pureza médio tem vindo a diminuir nos últimos três anos.

A aplicação da legislação nacional em matéria de drogas ilícitas pelas entidades com atribuições em matéria do controlo, fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico ilícito de estupefacientes, resultou em 2012 na identificação de 6206 presumíveis infratores - 42% como traficantes e 58% como traficantes-consumidores -, 4748 (77%) dos quais foram detidos. O número de presumíveis infratores foi muito idêntico ao do ano anterior, registando-se no último quadriénio os valores mais elevados desde 2002, devido sobretudo ao aumento do número de presumíveis infratores só na posse de cannabis, mas também, embora com menor expressão, ao aumento do número de presumíveis infratores na posse apenas de cocaína.

No âmbito das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga registaram-se 1616 processos-crime findos, envolvendo 2376 indivíduos, 2051 (86%) dos quais foram condenados. Destes, cerca de 80% foram condenados por tráfico, 19% por consumo e 1% por tráfico-consumo. É de referir o aumento da proporção de indivíduos condenados por consumo a partir de 2009, relacionado com a fixação de jurisprudência sobre as situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias. Tal como ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, uma vez mais predominou nestas condenações ao abrigo da Lei da Droga a aplicação da pena de prisão suspensa (48%) em vez de prisão efetiva (31%), sendo de referir o aumento sobretudo desde 2009, de condenados só com pena de multa efetiva, predominantemente aplicada a condenados por consumo. À semelhança dos anos anteriores, a maioria destas condenações estavam relacionadas só com uma droga, persistindo o predomínio da cannabis e a superioridade numérica das condenações pela posse de cocaína em relação às de heroína, consolidando assim a tendência dos últimos anos de aumento da visibilidade da cocaína nestas condenações.

A 31/12/2012 estavam em situação de reclusão 2252 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, representando um acréscimo de +9% relativamente a 2011. Após a descida contínua no número de reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga entre 2002 e 2008, parece ter-se iniciado um período de tendência para a subida que é reforçada em 2012, embora ainda com valores inferiores aos registados até 2007. Estes reclusos representavam a 31/12/2012 cerca de 21% do universo da população reclusa condenada, mantendo-se esta proporção muito semelhante desde 2008. A maioria (88%) destes indivíduos estavam condenados por tráfico, 10% por tráfico de menor gravidade e menos de 1% por tráfico-consumo, percentagens estas que se enquadram no padrão dos últimos anos.

1. Alguns Resultados de Estudos⁶⁰

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

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

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

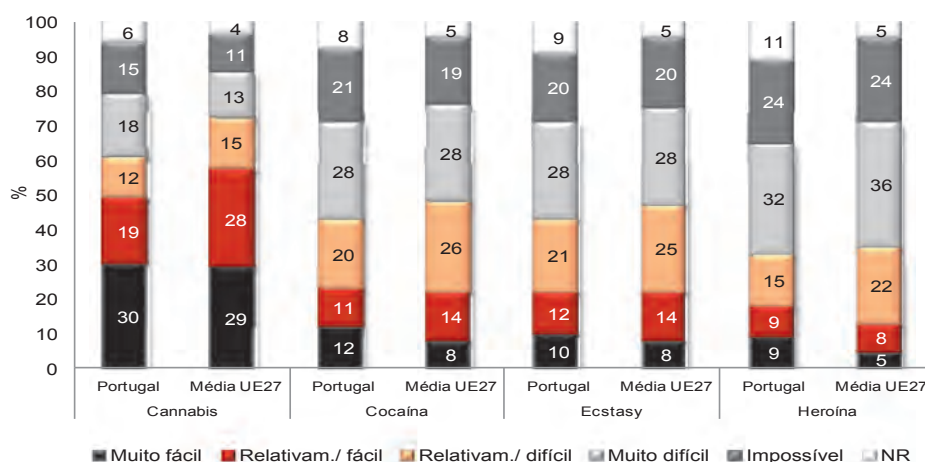
De acordo com vários estudos, em Portugal, tal como no resto da Europa, a cannabis é percecionada como a droga de maior acessibilidade.

Segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*⁶¹, realizado em 2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, 49% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a cannabis num período de 24 horas (se desejado), sendo as percentagens correspondentes à cocaína, ecstasy e heroína, de 23%, 22% e 18%.

Comparando com as médias europeias, constata-se que os jovens portugueses de 15-24 anos, tinham uma perceção de facilidade de acesso (*relativamente fácil ou muito fácil*) inferior relativamente à cannabis (média europeia de 57%), semelhante relativamente ao ecstasy e cocaína (média europeia de 22%) e superior em relação à heroína (média europeia de 13%).

Figura 55 - População Jovem (15-24 anos)

Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado), 2011
Portugal e Média Europeia (%)



Fonte: Flash Eurobarometer Youth attitudes on drugs, 2011 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

⁶⁰ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 97 à pág. 99, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>).

⁶¹ The Gallup Organization, 2011.

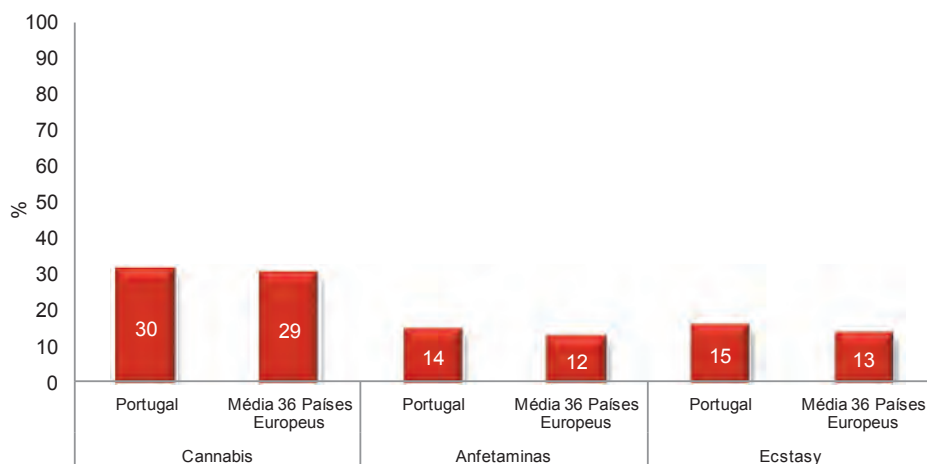
Se nos focarmos nos que consideravam *impossível* aceder a essas substâncias num período de 24 horas (se desejado), constatamos que as proporções nacionais são iguais ou superiores que as médias europeias, para todas as substâncias. Com efeito, cerca de 15%, 24%, 21% e 20% dos jovens portugueses consideravam-no *impossível* em relação à cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, sendo as correspondentes médias europeias de 11%, 24%, 19% e 20%.

De acordo com os resultados do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* ⁶², em 2003, 2007 e 2011, também a cannabis foi considerada pelos alunos de 16 anos como a droga de maior acessibilidade, mantendo-se muito idêntica essa perceção entre 2003 e 2011 (30% em 2011 e 29% em 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil* ou *muito fácil* obter cannabis).

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

Figura 56 - População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos)

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



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

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

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

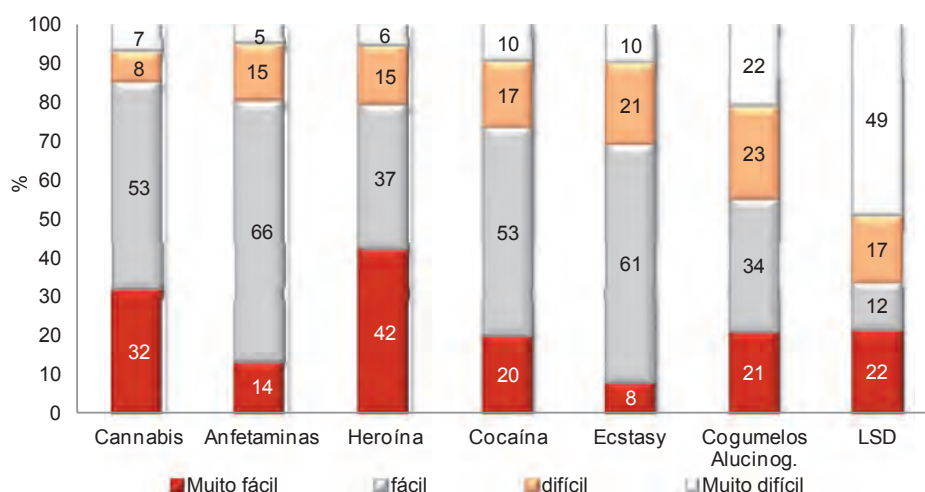
⁶² Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003 e 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*⁶³, realizado na população residente em Portugal (15-64 anos)⁶⁴, as questões relativas às perceções sobre a dificuldade de obter substâncias ilícitas num período de 24 horas (se desejado), foram apenas respondidas pelos consumidores dessas substâncias (em qualquer momento ao longo da vida).

Figura 57 - População Geral, Portugal – Total (15-64 anos)

Percepção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado), 2012

(% dos Consumidores ao Longo da Vida de cada Droga)



Fonte: Balsa et al., 2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; DMI – DEI

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

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

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

⁶³ Balsa et al., 2013.

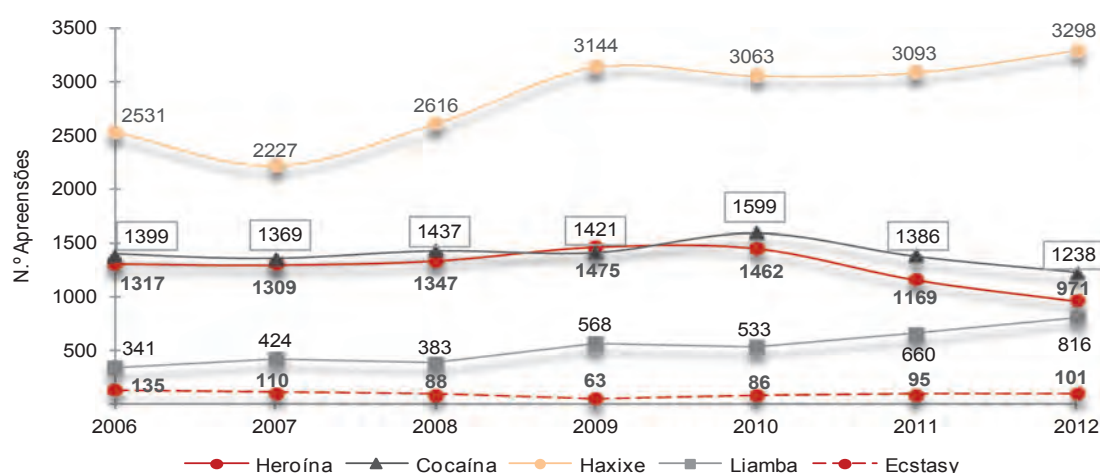
⁶⁴ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

2. Apreensões Policiais⁶⁵

2.1 Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços

Tal como ocorrido na década anterior, em 2012 o haxixe⁶⁶ foi a substância com o maior número de apreensões (3298), e, reforçando a tendência iniciada em 2005, uma vez mais o número de apreensões de cocaína (1238) foi superior ao de heroína (971). Seguiram-se-lhes as apreensões de cannabis herbácea (816) e com números bastante inferiores as de ecstasy (101).

Figura 58 – Número de Apreensões, segundo o Ano, por Tipo de Droga



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

Em relação a 2011, registaram-se acréscimos no número de apreensões de cannabis herbácea (+24%), de haxixe (+7%) e de ecstasy (+6%), verificando-se diminuições no caso da heroína (-17%) e da cocaína (-11%). São de evidenciar os aumentos, sobretudo nos últimos quatro anos, no número de apreensões de haxixe e de cannabis herbácea (registando-se em 2012 os valores mais elevado desde 2002), e os aumentos nos últimos três anos no número de apreensões de ecstasy. Em contrapartida, os números registados em 2012 de apreensões de heroína e de cocaína foram os mais baixos dos últimos anos, respetivamente desde 2002 e 2005.

Para além destas apreensões, em 2012 foram confiscadas outras substâncias⁶⁷, sendo de destacar, pelas quantidades apreendidas e/ou pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, algumas substâncias estimulantes: as quantidades apreendidas de mefedrona (81,8 Kg, no distrito de Lisboa), que poderão indiciar a tendência manifestada em alguns países europeus de disponibilidade desta substância no mercado ilícito e com uma elevada procura, sendo assinalada como um exemplo raro de transição de novas substâncias psicoativas para o mercado ilícito; as quantidades apreendidas de 2C-B (912 comprimidos no

⁶⁵ Ver o volume Anexo do Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 101 a pág. 127 disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>). A fonte dos dados apresentados neste capítulo é um módulo do Sistema Integrado de Informação Criminal (SIIC), enviado anualmente ao SICAD pela PJ, em março do ano seguinte a que se referem os dados. A informação respeita às infrações tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro e reflete os resultados da atividade desenvolvida em matéria de fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico de estupefacientes.

⁶⁶ Neste capítulo os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

⁶⁷ Ver informação constante na nota a) do Quadro 90 do volume Anexo deste Relatório.

distrito de Santarém), cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2006 (apenas 1 cápsula) e sem registos posteriores até 2012; e as quantidades apreendidas de metilfenidato (5,1Kg, no distrito de Lisboa), com o primeiro registo de apreensão em 2012.

A nível das quantidades apreendidas em 2012, verificaram-se aumentos em relação a 2011 a nível do ecstasy, haxixe e cocaína, e em contrapartida, diminuições das quantidades confiscadas de heroína e liamba. No caso da liamba, importa referir que não estão aqui contabilizadas as quantidades (expressas noutras unidades de medida) de outras formas de cannabis herbácea, designadamente as plantas e as sementes, cujas quantidades apreendidas adquiriram maior expressão no últimos quatro anos e registaram um aumento importante entre 2011 e 2012 ⁶⁸. Apesar das grandes oscilações anuais das quantidades apreendidas de drogas, é de evidenciar no último quadriénio, a tendência de aumento das quantidades apreendidas de cocaína.

Quadro 13 - Droga Apreendida, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2006 - 2012

Tipo de Droga ^{a)}	Ano						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gramas							
Heroína	144 295	61 669	68 090	128 073	46 947	72 908	65 541
Cocaína	34 477 476	7 362 975	4 877 905	2 697 083	3 244 350	3 678 217	4 019 866
Haxixe ^{b)}	8 503 664	44 623 450	61 262 140	22 965 577	34 773 666	14 632 884	18 314 067
Liamba	151 915	133 300	36 634	5 044 569	40 079	107 873	49 390
Comprimidos							
Ecstasy ^{c)}	133 290	70 591	70 309	8 987	48 370	7 791	73 887

a) As quantidades apreendidas de outras drogas e de outras unidades/formas de apresentação destas drogas constam no Quadro 90 em Anexo.

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

c) As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria n.º 94/96 de 26 de março. Em 2012, foram apreendidos 7302 g de ecstasy moído e 867 comprimidos.

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

Em 2012, as apreensões envolvendo quantidades significativas ⁶⁹ representaram 1% do número total de apreensões de liamba, 3% das de haxixe, 5% das de heroína, 9% das de ecstasy e 21% das apreensões de cocaína. No entanto, em termos das quantidades apreendidas, estas apreensões de quantidades significativas representaram 44% da liamba confiscada, e a quase totalidade da heroína (90%), do ecstasy (94%), do haxixe (acima dos 99%) e da cocaína (acima dos 99%) apreendidos.

Relativamente aos principais países de proveniência das drogas apreendidas em Portugal em 2012, destacaram-se no âmbito do tráfico internacional com as maiores quantidades apreendidas, a Holanda a nível da heroína, a Argentina e o Brasil no caso da cocaína, uma vez mais Marrocos no caso do haxixe e Holanda no caso do ecstasy, desconhecendo-se a proveniência da quase totalidade da liamba confiscada.

⁶⁸ Ver informação constante na nota a) do Quadro 90 do volume Anexo deste Relatório.

⁶⁹ 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).

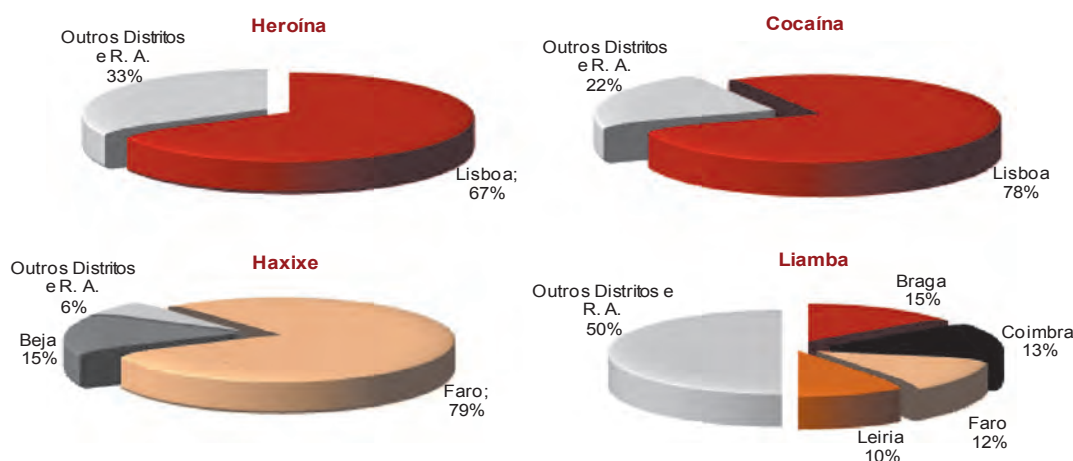
A maioria das quantidades apreendidas de todas as drogas e com informação em matéria de rotas destinava-se ao mercado interno. É de salientar no entanto a existência de um importante número de apreensões particularmente no caso da cocaína, que tinham como destino final outros países, nomeadamente europeus (em particular Espanha), continuando Portugal a funcionar como ponto de trânsito na rota de tráfico dos países produtores para a Europa, apesar dos indícios recentes em vários países europeus de uma maior diversificação destas rotas. É também importante referir que apesar da relevância deste posicionamento geoestratégico de Portugal em matéria de fluxos de tráfico de droga, o país não funciona como sede da maior parte das organizações criminosas ligadas ao tráfico de droga⁷⁰.

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

Figura 59 - 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)

2012



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

Relativamente aos meios utilizados no transporte das drogas confiscadas, destacaram-se com as maiores quantidades apreendidas em 2012, o transporte terrestre para a heroína, o ecstasy e a liamba, e o transporte marítimo para a cocaína e o haxixe. Foram também relevantes o transporte aéreo no caso da heroína e cocaína e o terrestre no caso do haxixe.

Quanto à informação relativa aos preços das drogas, indicador fundamental na caracterização dos mercados, importa ter algumas cautelas na sua leitura, uma vez que existem ainda várias limitações metodológicas a nível da informação disponível e dos métodos analíticos, nomeadamente: 1) a ausência de informação sobre os preços nos mercados de consumo desde 2002⁷¹; 2) a escassez de informação a nível dos mercados de tráfico e de tráfico-consumo que impede na maioria das vezes uma análise dos preços por patamares de distribuição no mercado e por vezes até o cálculo de medidas de estatística descritiva; 3) a

⁷⁰ Ministério da Administração Interna, 2012.

⁷¹ Com a entrada em vigor da Lei n.º30/2000, de 29 de novembro, deixou de ser recolhida informação relativa ao preço da droga paga pelos consumidores interpelados pelas autoridades.

ausência de cruzamento de informação dos preços das drogas confiscadas com os resultados das respetivas análises forenses sobre o seu grau de pureza. No entanto, mesmo com estas limitações, Portugal possui uma importante série temporal de dados com grande potencialidade em termos de análise de tendências.

Relativamente aos mercados de tráfico e de tráfico-consumo, os preços médios⁷² das drogas confiscadas em 2012 não apresentaram alterações relevantes em relação a 2011, com exceção da heroína que registou uma descida significativa, representando o valor mais baixo desde 2002. Apesar das flutuações anuais, desde 2002 que se verifica uma tendência de decréscimo dos preços médios da heroína, uma tendência para a subida dos da cocaína, e uma estabilidade do preço médio do haxixe.

Quadro 14 - Preço* Médio das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2006 - 2012

Tipo de Droga	Ano						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Grana							
Heroína	42,17 €	37,57 €	33,25 €	36,62 €	35,32 €	35,74 €	28,04 €
Cocaína	45,73 €	44,65 €	45,56 €	47,44 €	46,00 €	50,07 €	48,01 €
Haxixe	2,18 €	3,45 €	3,28 €	2,99 €	3,59 €	3,12 €	3,03 €
Liamba	2,15 €	4,70 €	5,09 €	6,22 €	— ^{a)}	— ^{a)}	— ^{a)}
Comprimido							
Ecstasy	3,18 €	3,20 €	2,80 €	— ^{a)}	3,68 €	— ^{a)}	— ^{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 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

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

De acordo com os resultados das análises forenses das drogas apreendidas⁷³ realizadas no LPC/PJ, a potência (% THC) média da cannabis apreendida em território nacional, e particularmente da cannabis resina, aumentou nos últimos três anos comparativamente aos anos anteriores, atingindo o valor máximo em 2012. Também as análises das "amostras de rua"⁷⁴ de comprimidos de ecstasy, indiciam um aumento do seu grau de pureza médio (MDMA) nos últimos três anos, apesar do escasso número de lotes analisados exigir algumas cautelas na leitura destes dados. Em contrapartida, em relação às "amostras de rua" de heroína castanha (forma química de base) e de cocaína em pó (sal hidrocloreto, HCl), as formas mais comuns em Portugal, constata-se que o seu grau de pureza médio tem vindo a diminuir nos últimos três anos, atingindo os valores mais baixos em 2012.

⁷² Desde 2002 que os preços se referem apenas aos mercados de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido.

⁷³ As amostras analisadas referem-se apenas às retiradas de circulação, e não é possível fazer análises quantitativas de todas as substâncias apreendidas devido a limitações de recursos.

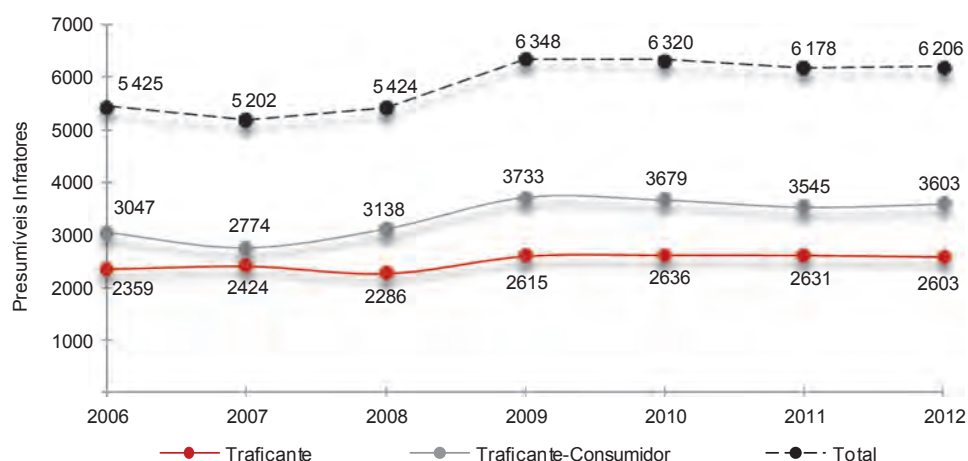
⁷⁴ Embalagens com um peso líquido entre 1g a 10g e inferior a 1g.

2.2 Presumíveis Infratores⁷⁵

Em 2012, as intervenções policiais nesta matéria resultaram na identificação de 6206 presumíveis infratores - 42% como traficantes e 58% como traficantes-consumidores -, 4748 (77%) dos quais foram detidos.

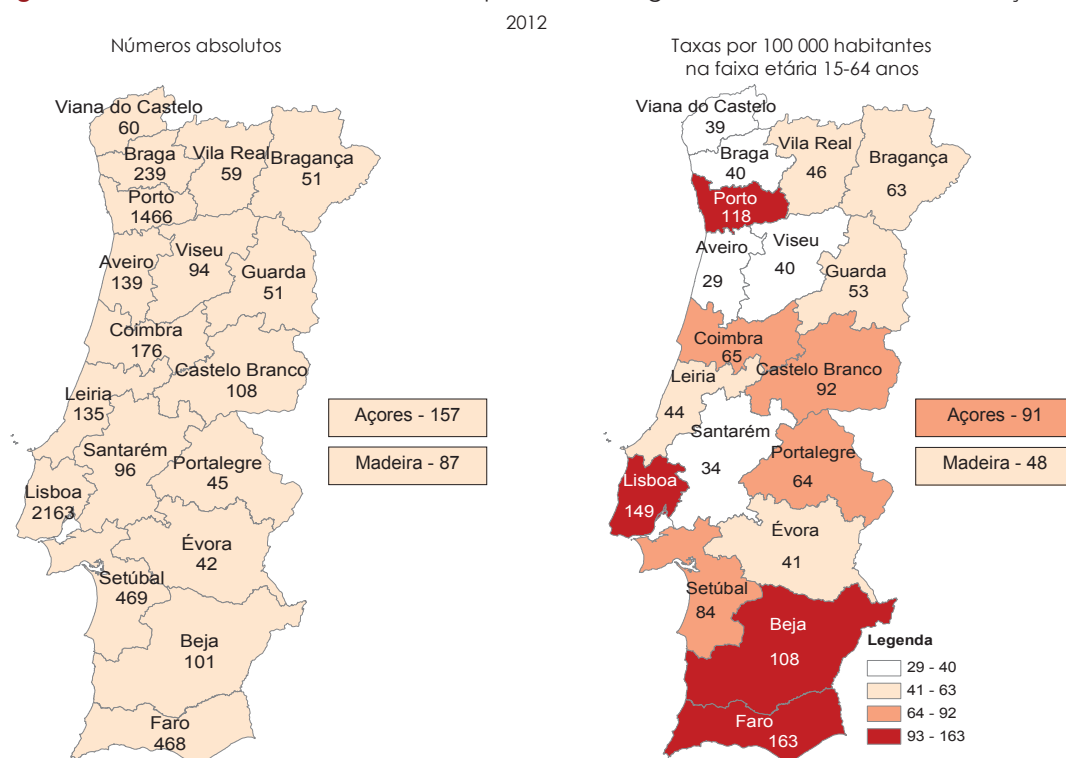
O número de presumíveis infratores foi muito idêntico ao do ano anterior (+0.5%), registando-se nos últimos quatro anos os valores mais elevados desde 2002.

Figura 60 – Presumíveis Infratores, segundo o Ano, por Situação Face à Droga



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

Figura 61 - Total de Presumíveis Infratores, por Zona Geográfica de Ocorrência da Infração



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

⁷⁵ Os dados sobre os presumíveis infratores referem-se a intervenientes detidos e não detidos. Um indivíduo pode ser contabilizado mais do que uma vez desde que envolvido em mais do que uma ocorrência no ano.

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 Setúbal e Faro (ambos com 8%). As maiores taxas por habitantes dos 15-64 anos registaram-se nos distritos de Faro, Lisboa, Porto e Beja.

Em 2012, 77% dos presumíveis infratores detinham apenas uma droga: 58% cannabis, 11% cocaína, 7% heroína e 1% outras drogas. Nas situações envolvendo mais do que uma droga (23%), a associação só de heroína com cocaína continua a ser predominante, seguindo-se-lhe a associação só de cocaína com cannabis e a associação de heroína com cocaína e cannabis.

Comparativamente a 2011 verificou-se uma diminuição de presumíveis infratores na posse apenas de heroína (-12%) e na posse de polidrogas (-9%), e uma estabilidade no número de presumíveis infratores só na posse de cocaína (-0.7%). Em contrapartida, aumentou o número de presumíveis infratores na posse de outras drogas (+42%) e na posse só de cannabis (+7%).

Quadro 15 - Presumíveis Infratores, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga

2012 e variações relativas a 2011 / 2009 / 2006

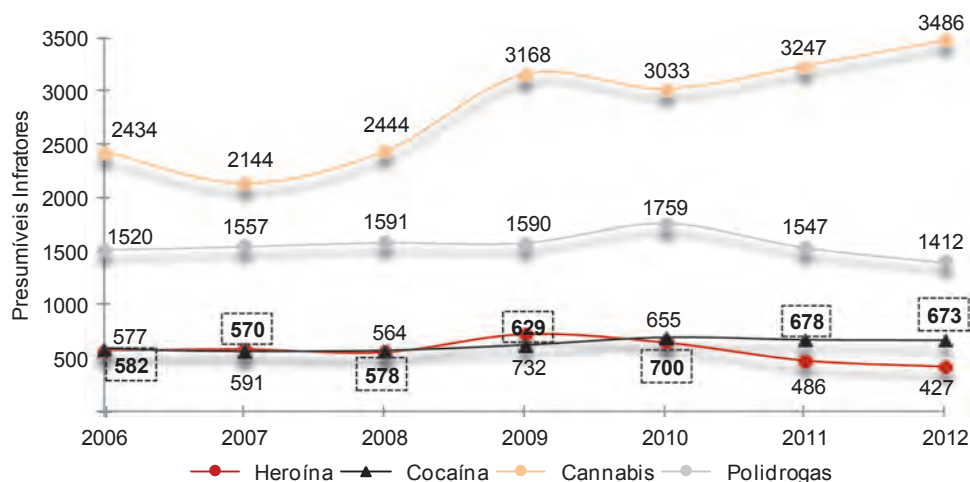
Sit. Face à Droga/ Tipo de Droga	2012	%	Δ 11-12	Δ 09-12	Δ 06-12
Total	6 206	100,0	0,5	-2,2	14,4
Heroína	427	7,1	-12,1	-41,7	-26,0
Cocaína	673	11,1	-0,7	7,0	15,6
Cannabis	3 486	57,6	7,4	10,0	43,2
Outro	51	0,9	41,7	54,5	-15,0
Polidrogas	1 412	23,3	-8,7	-11,2	-7,1
Desconhecido	157				
Traficante	2 603	100,0	-1,1	-0,5	10,3
Heroína	214	8,5	-13,7	-36,3	-27,2
Cocaína	566	22,5	2,7	14,8	19,9
Cannabis	872	34,6	8,6	22,5	71,0
Outro	13	0,5	8,3	160,0	-45,8
Polidrogas	854	33,9	-7,0	-11,1	-4,9
Desconhecido	84				
Traficante-Consumidor	3 603	100,0	1,6	-3,5	18,2
Heroína	213	6,0	-10,5	-46,2	-24,7
Cocaína	107	3,0	-15,7	-21,3	-1,8
Cannabis	2 614	74,1	7,0	6,4	35,9
Outro	38	1,1	58,3	35,7	5,6
Polidrogas	558	15,8	-11,3	-11,3	-10,1
Desconhecido	73				

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

É de destacar que os valores registados nos quatro 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 anterior. 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 desde então novamente uma descida no número de presumíveis infratores. A nível do número de presumíveis infratores na posse de várias drogas, o valor registado em 2012 é o mais baixo desde 2001, contrariando a tendência de estabilidade ocorrida desde 2006 (com um pico pontual em 2010).

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 de presumíveis traficantes-consumidores, verificando-se o inverso em relação às situações relacionadas só com cannabis.

Figura 62 – Presumíveis infratores, segundo o Ano, por Tipo de Droga

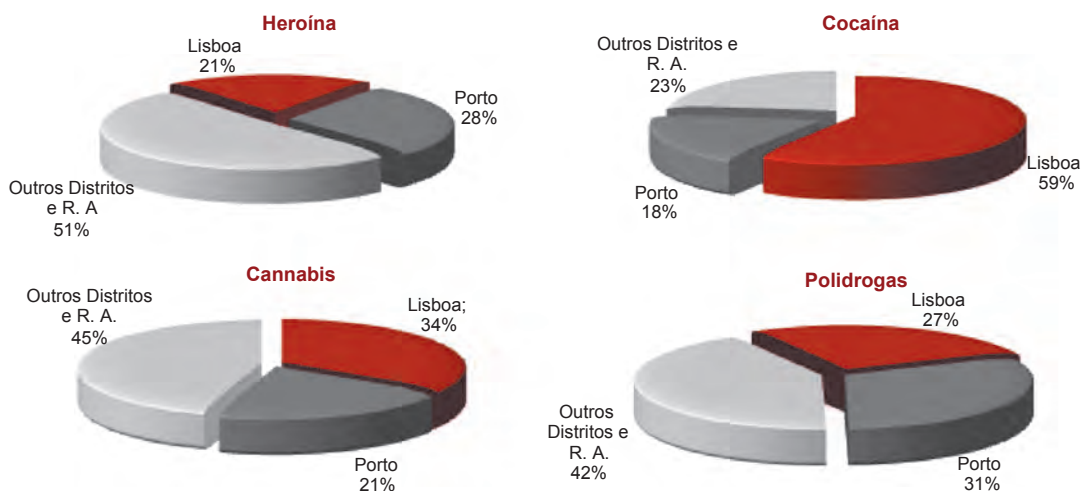


Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

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

Figura 63 - Distribuição dos Presumíveis Infratores, segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%)

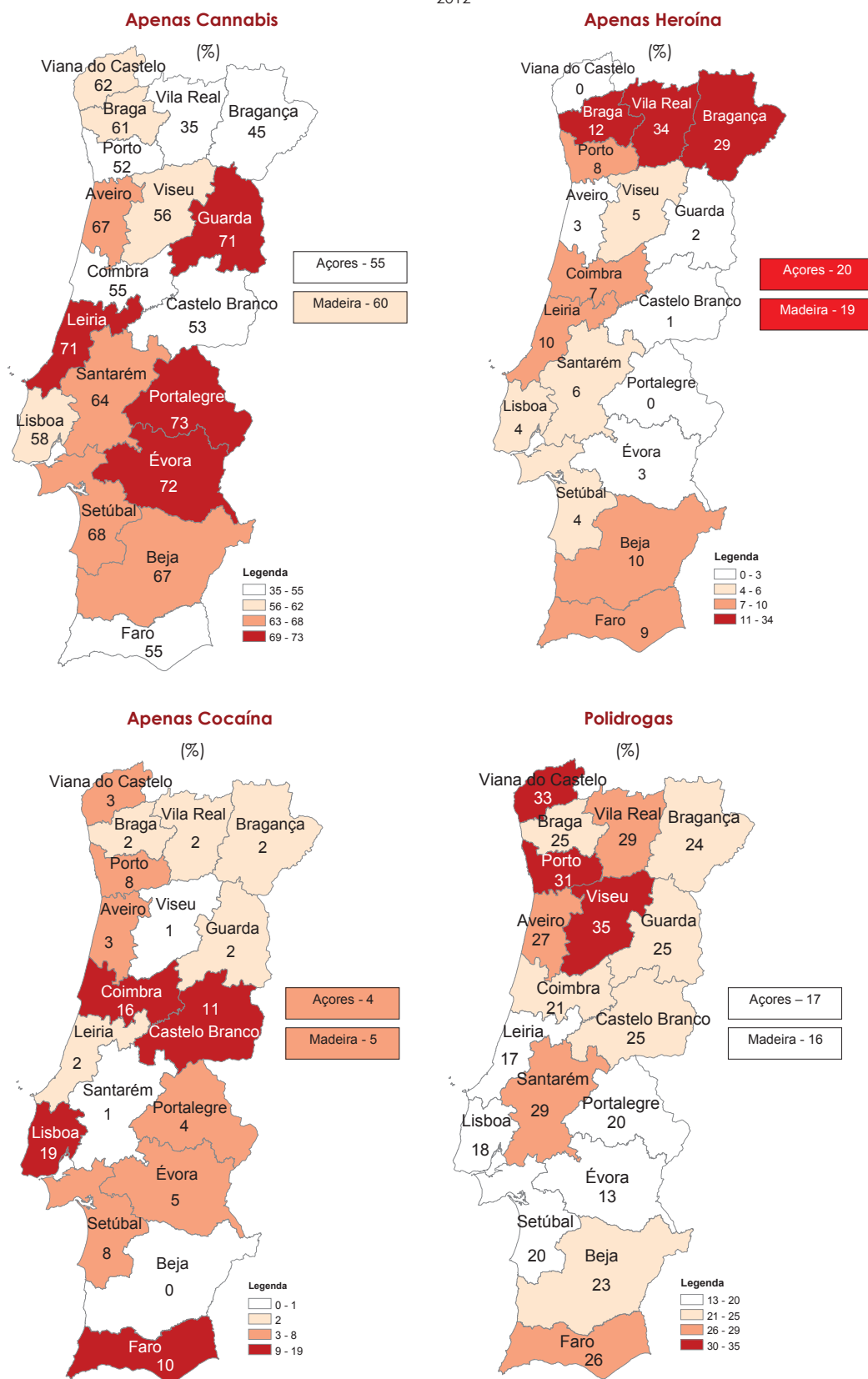
(distritos ou R. A. com mais de 10% do total de presumíveis infratores na posse de cada tipo de droga)
2012



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

Figura 64 - Percentagens Intradistritais de Presumíveis Infratores, por Tipo de Droga

2012



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

As percentagens intradistritais por tipo de droga na posse dos presumíveis infratores, uma vez mais apresentam algumas heterogeneidades: as dos que estavam na posse só de cannabis variaram entre os 35%-73%, na posse só de heroína entre os 0%-34%, na posse apenas de cocaína entre os 0%-19% e as percentagens de presumíveis infratores com várias drogas variaram entre os 13%-35%.

À semelhança dos anos anteriores, em 2012, estes presumíveis infratores eram predominantemente do sexo masculino (89%) e com idades entre os 16-24 anos (36%) e 25-34 anos (34%), sendo a idade média de 31 anos.

Entre os estrangeiros (16%) predominavam os africanos (10%), com particular relevo para os cabo-verdianos. Eram na sua maioria solteiros (84%). Cerca de 61% tinham a frequência do 3.º Ciclo ou habilitações superiores e mais de metade (61%) encontravam-se desempregados à data da interpelação policial.

Quadro 16 – Socio demografia dos Presumíveis Infratores

2012

Situação Face à Droga		Total	Traficante	Traficante-Consumidor
Caract. Sociodemográfica ^{a)}				
Sexo	Masculino	89,2%	83,8%	93,1%
Grupo Etário	16-24 anos	35,5%	27,4%	41,3%
	25-34 anos	33,7%	34,7%	33,0%
	Idade Média	31	33	29
Nacionalidade	Portuguesa	83,8%	74,5%	90,6%
Estado Civil	Solteiro	84,0%	78,4%	88,0%
	Casado / União de Facto	10,8%	14,7%	8,1%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	38,5%	44,8%	34,1%
	3.º Ciclo	36,7%	34,9%	37,9%
Situação Profissional	Desempregado	61,2%	68,8%	55,9%
	Empregado	26,1%	22,0%	29,0%
	Estudante	10,5%	6,3%	13,3%

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

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

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

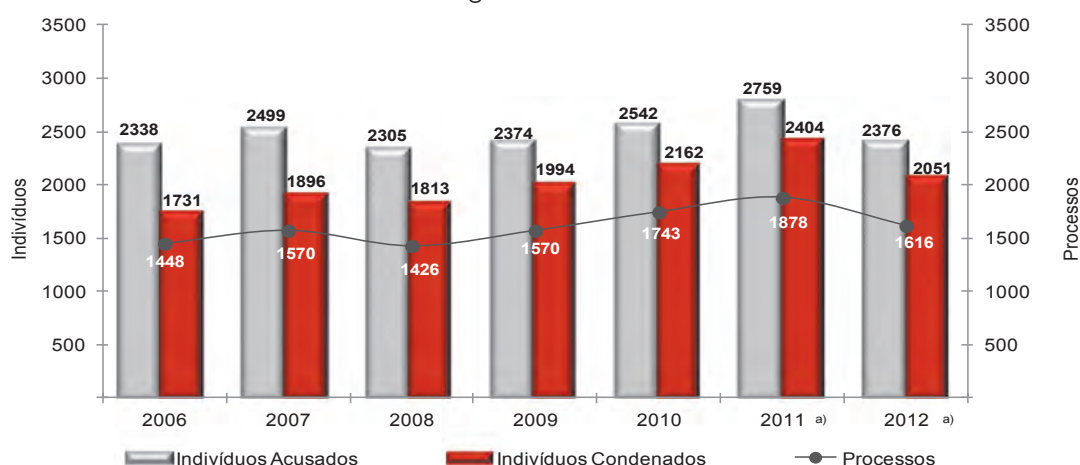
3. Decisões Judiciais⁷⁶

No contexto das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga⁷⁷, em 2012 registaram-se 1616 processos-crime findos envolvendo 2376 indivíduos⁷⁸, na sua maioria (88%) acusados por tráfico. Cerca de 86% dos indivíduos envolvidos nestes processos foram condenados e 14% absolvidos.

Apesar das oscilações anuais do número de processos, de indivíduos acusados e de condenados, constatou-se uma tendência de decréscimo na primeira metade da década anterior e, uma ligeira subida na segunda metade, que se torna mais acentuada e contínua a partir de 2009.

Em 2011 registaram-se os números mais elevados de processos, de indivíduos acusados e de condenados, respetivamente desde 2003, 2004 e 2002. É expectável que a atualização dos dados de 2012 no próximo ano, se traduza também em aumentos em relação a 2011.

Figura 65 – Processos, Indivíduos Acusados e Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados de 2012 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2014.

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

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

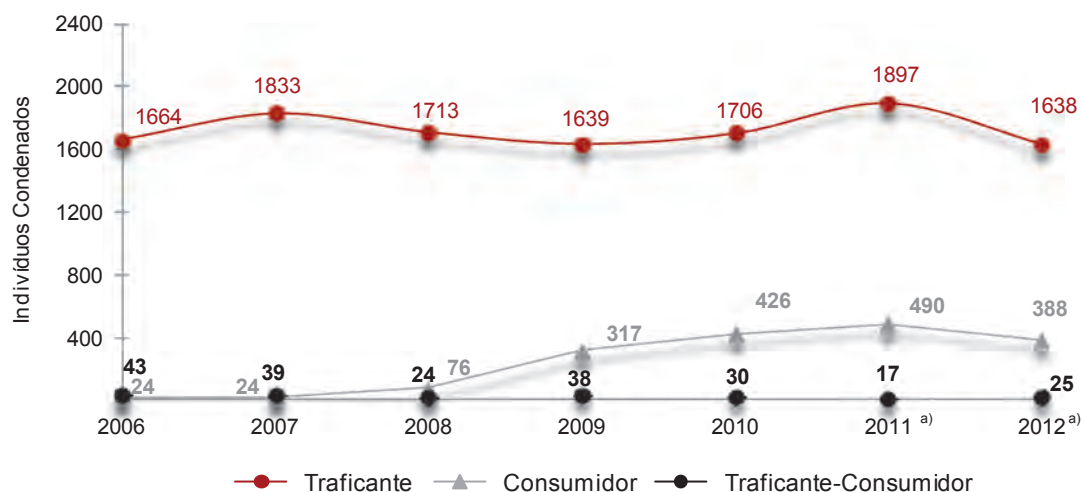
⁷⁶ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 129 a pág. 161, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>). A fonte dos dados apresentados neste capítulo é o repositório de dados existente no SICAD, com informação retirada das decisões judiciais enviadas pelos Tribunais ao abrigo do art.º 64 n.º 2 do Decreto-Lei 15/93.

⁷⁷ Com a entrada em vigor a 1 de Julho de 2001, da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, o consumo de drogas ilícitas foi descriminalizado, passando a constituir contraordenação. A situação do cultivo prevista no artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, nunca deixou de ser considerada crime com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000. Posteriormente, o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de agosto, manteve em vigor o n.º 2 do art.º 40 do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, "...não só "quanto ao cultivo" como relativamente à aquisição ou detenção, para consumo próprio, de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV, em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias".

⁷⁸ Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados de 2012 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2014.

Dos 2051 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Drogua em 2012, 80% foram-no por tráfico, 19% por consumo e 1% por tráfico-consumo, estando o aumento 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 (Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de Agosto). Em cerca de 74% das condenações por consumo de 2012 foi feita a referência expressa a este Acórdão (76%, 75% e 84%, respetivamente das condenações por consumo em 2011, 2010 e 2009).

Figura 66 – Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Situação Face à Drogua



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados de 2012 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2014.

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

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

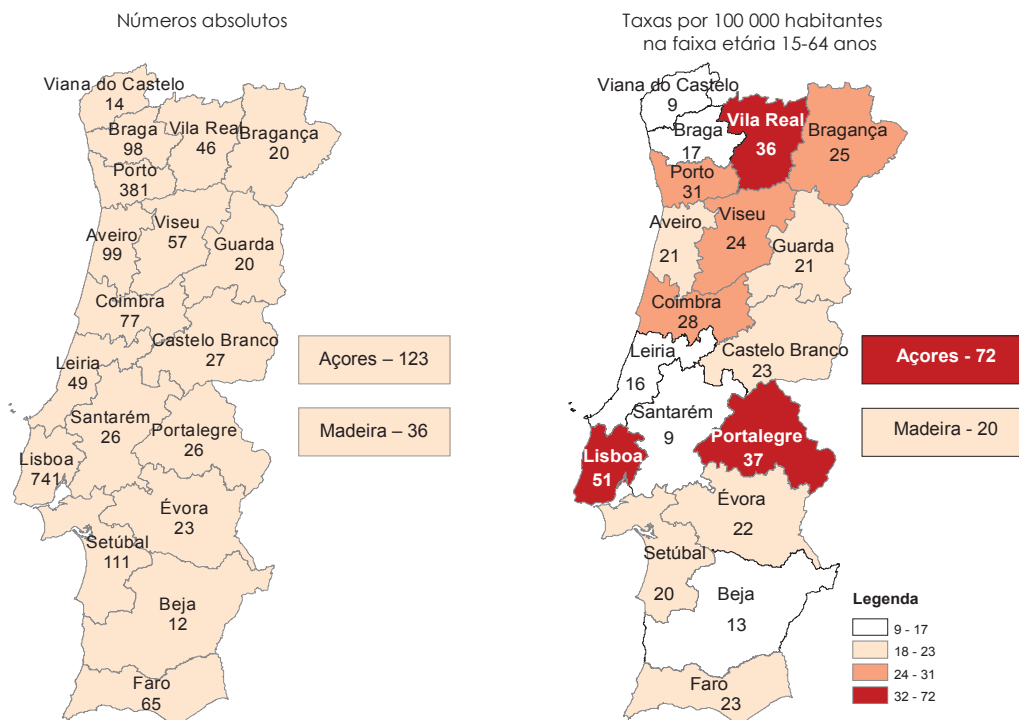
Dos 1638 indivíduos condenados por tráfico, 1635 tinham sido inicialmente acusados por esse crime e 3 por tráfico-consumo. Dos 388 indivíduos condenados por consumo, 232 (60%) vinham acusados por este crime, 152 (39%) por tráfico e 4 (1%) por tráfico-consumo. Dos 25 indivíduos condenados por tráfico-consumo, 19 (76%) vinham acusados por tráfico e apenas 6 (24%) por tráfico-consumo.

Uma vez mais Lisboa e Porto foram os distritos que registaram as percentagens mais elevadas destas condenações (respetivamente 36% e 19%), seguindo-se-lhes a Região Autónoma dos Açores (6%), Setúbal (5%), Aveiro (5%) e Braga (5%).

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

Figura 67 - Total de Indivíduos Condenados, por Zona Geográfica de Ocorrência da Condenação

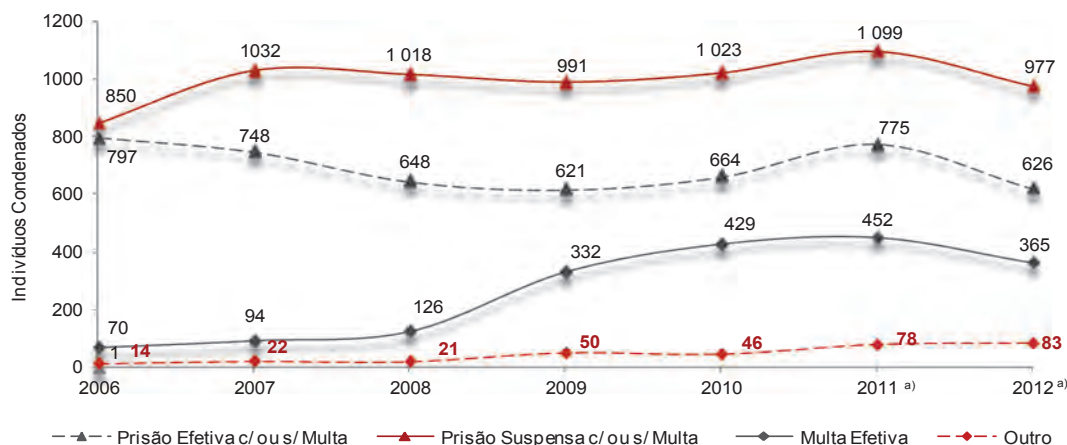
2012



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

No que respeita às penas⁷⁹ aplicadas nestas condenações, maioritariamente relacionadas com crimes de tráfico, tal como ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, predominou a aplicação da prisão suspensa (48%) em vez da prisão efetiva (31%). É de referir, sobretudo desde 2009, o aumento de condenados só com pena de multa efetiva, predominantemente aplicada a condenados por consumo⁸⁰.

Figura 68 – Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Pena



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados de 2012 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2014.

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

⁷⁹ As penas dizem respeito à pena final da condenação, que pode incluir mais do que um crime.

⁸⁰ Ver nota 77.

No âmbito da aplicação das disposições da Lei da Droga, tal como nos anos anteriores, os artigos mais utilizados foram os relativos a "Tráfico de Menor Gravidade", a "Perda de Objetos ou Direitos Relacionados com o Facto" e a "Tráfico". Tal como vem sucedendo desde 2009, também foram muito utilizados em 2012 os artigos sobre "Consumo", relacionado com o atrás referido sobre a fixação de jurisprudência relativa às situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias.

Em cerca de 93% das condenações foram consideradas circunstâncias agravantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico do que nas por consumo e por tráfico-consumo), com particular relevo para o "Dolo elevado", a "Ilícitude elevada", "Antecedentes criminais", "Violação do Código da Estrada", "Quantidade significativa de droga" e "Antecedentes com droga". As diferenças mais relevantes na distribuição das principais circunstâncias agravantes por tipo de condenação, surgem na relacionada com os "Antecedentes criminais", que foi a mais considerada na determinação da medida das penas dos condenados por tráfico-consumo, sendo proporcionalmente bastante menos considerada nos outros tipos de condenações, e em particular nas de consumo.

Por outro lado, em 86% das condenações foram consideradas circunstâncias atenuantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico do que nas por consumo e por tráfico-consumo), destacando-se a "Sem antecedentes criminais", "Inserção social e/ou familiar", "Confissão espontânea" e "Ilícitude não elevada". As diferenças mais relevantes na distribuição das principais circunstâncias atenuantes consideradas na determinação da medida da pena por tipo de condenação, para além da "Sem Antecedentes criminais" (mais considerada nas condenações por tráfico do que por consumo, e ausente nas condenações por tráfico-consumo), são de destacar também a "Inserção social e/ou familiar", que foi a mais considerada nas condenações por consumo, e a "Quantidade diminutiva de droga" que foi a mais frequente nas condenações por tráfico-consumo e bastante menos relevante nos outros tipos de condenações. É ainda de referir que as circunstâncias atenuantes relacionadas com "Em tratamento, toxicodependência ou ex-toxicodependência" foram proporcionalmente mais consideradas na determinação da medida das penas dos condenados por tráfico e por tráfico-consumo, do que na dos condenados por consumo.

À semelhança dos anos anteriores, cerca de 12% destes condenados (respetivamente 13%, 8% e 4%, dos condenados por tráfico, por consumo e por tráfico-consumo) tiveram penas em cúmulo jurídico. Foram considerados 302 crimes em cúmulo jurídico, com especial relevo dos relacionados com o "Regime Jurídico das Armas e Munições". Para além destes crimes, que foram os predominantes nos condenados quer por tráfico quer por consumo, são de destacar nas penas em cúmulo jurídico dos condenados por tráfico, os crimes rodoviários, da Lei da Droga e o furto qualificado, e nas penas em cúmulo jurídico dos condenados por consumo, os crimes rodoviários e o roubo.

Em 2012, 72% das condenações ao abrigo da Lei da Droga estavam relacionadas com a posse de uma só droga: 45% cannabis, 16% cocaína, 11% heroína e menos de 1% várias outras drogas. Nas situações envolvendo mais do que uma droga (28%), predominou uma vez mais a posse de heroína com cocaína.

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

2012

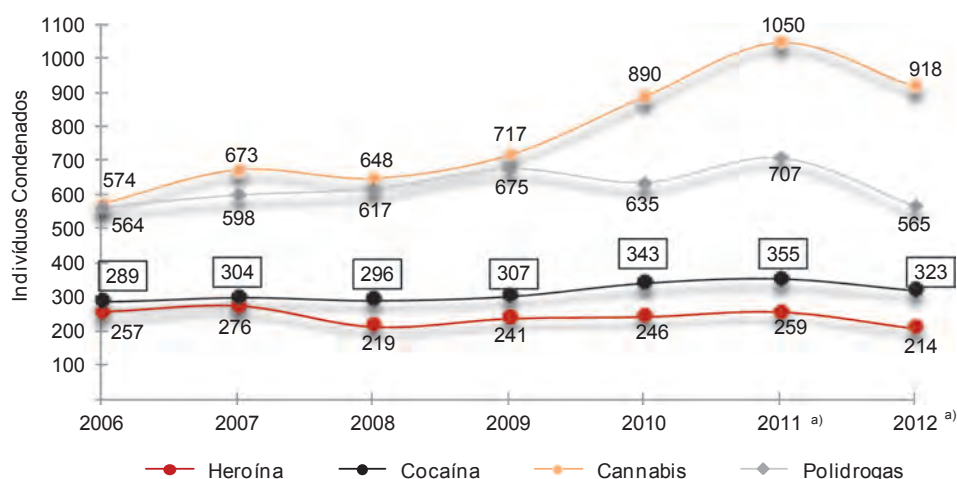
Sit. Face à Droga Tipo de Droga	Total		Traficante		Consumidor		Traf.-Cons.	
	%		%		%		%	
Total	2 051	100,0	1 638	100,0	388	100,0	25	100,0
Heroína	214	10,6	189	11,6	15	4,1	10	40,0
Cocaína	323	15,9	314	19,2	7	1,9	2	8,0
Cannabis	918	45,3	601	36,8	313	85,1	4	16,0
Ecstasy	2	0,1	..	..	2	0,5	..	..
Outro	4	0,2	3	0,2	1	0,3	..	..
Polidrogas	565	27,9	526	32,2	30	8,2	9	36,0
Desconhecido	25		5		20		..	

* Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados de 2012 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2014.

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

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

Figura 69 – Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Droga



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados de 2012 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2014.

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

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

Em relação aos anos anteriores e apesar dos dados de 2012 ainda virem a sofrer alterações no próximo ano, é de salientar nas condenações relacionadas só com uma droga, quer o predomínio pelo décimo ano consecutivo da cannabis em vez da heroína como era habitual anteriormente a 2003, quer o predomínio pelo sétimo ano consecutivo (desde 2006) das condenações pela posse só de cocaína relativamente às situações envolvendo apenas

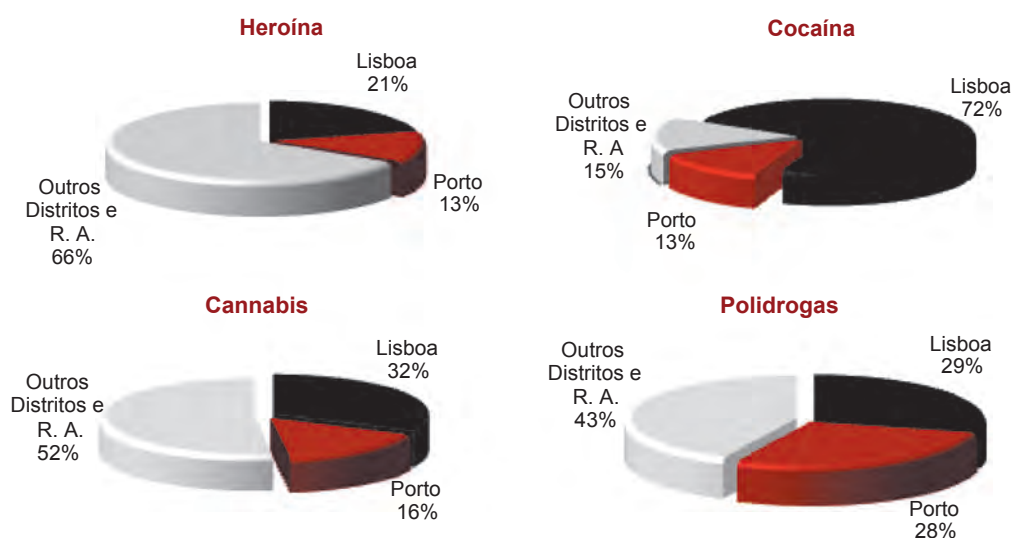
heroína, consolidando assim a tendência dos últimos anos de maior visibilidade da cocaína nestes circuitos.

Tal como ocorrido a nível dos presumíveis infratores, a distribuição distrital dos condenados segundo o tipo de droga envolvida evidencia, uma maior concentração de condenados nos distritos de Lisboa e Porto para qualquer das drogas consideradas, sendo de destacar a elevada concentração no distrito de Lisboa de condenados só na posse de cocaína, face à maior dispersão regional dos condenados na posse das outras drogas, particularmente na posse apenas de heroína.

Figura 70 - 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)

2012

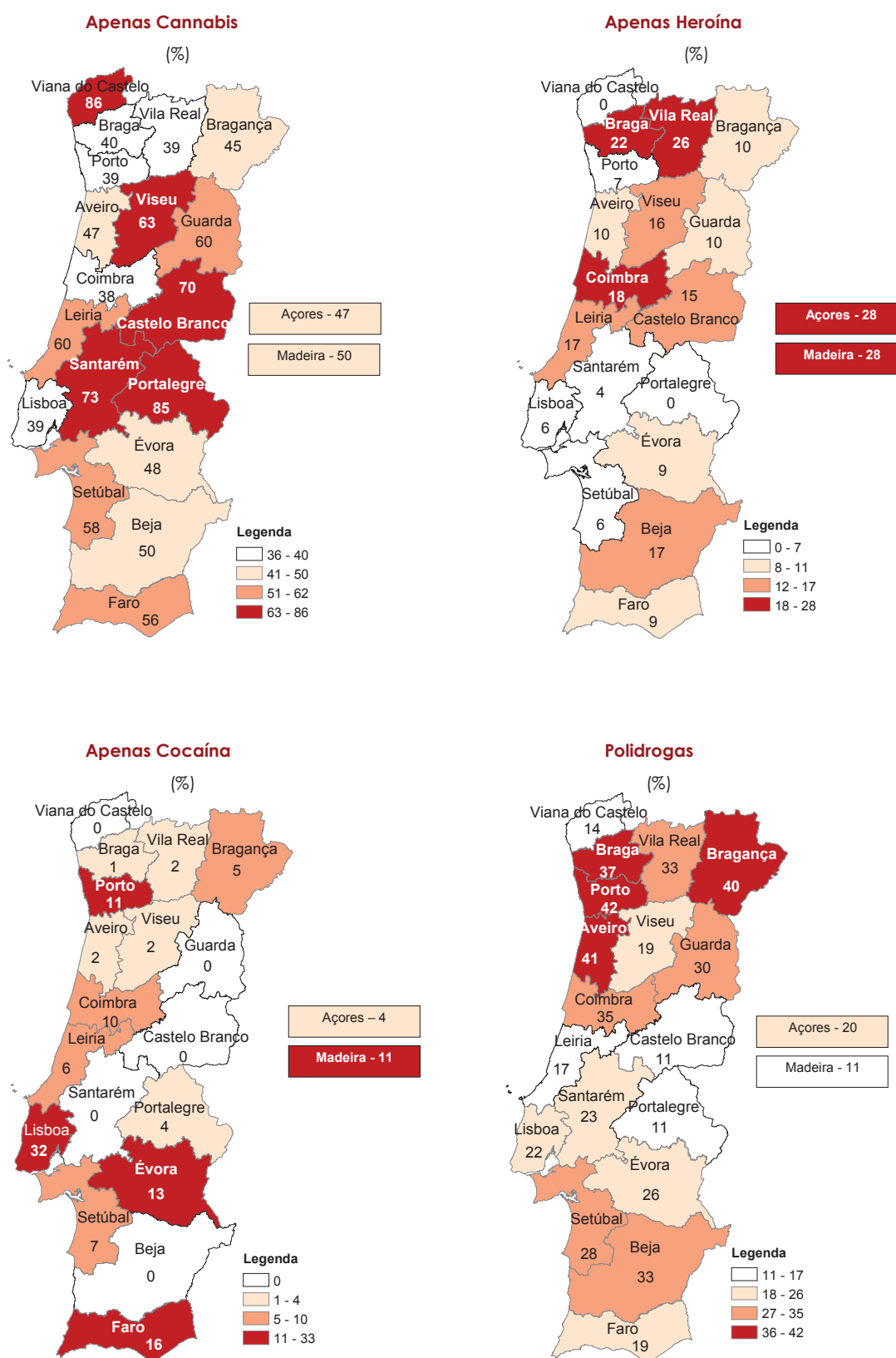


Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

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 36%-86%, na posse só de heroína entre os 0%-28%, na posse apenas de cocaína entre os 0%-33%, e as percentagens de condenados com várias drogas variaram entre os 11%-42%.

Figura 71 - Percentagens Intradistritais dos Indivíduos Condenados por Tipo de Droga

2012



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

À semelhança dos anos anteriores, os condenados em 2012 por crimes ao abrigo da Lei da Droga eram maioritariamente do sexo masculino (89%), 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

2012

Situação Face à Droga		Total	Traficante	Consumidor	Traficante-Consumidor
Caracterização Sociodemográfica ^{a)}					
Sexo	Masculino	88,7%	86,9%	96,1%	92,0%
Grupo Etário	16-24 anos	34,5%	32,7%	44,3%	12,5%
	25-34 anos	34,4%	34,8%	31,2%	54,2%
	Idade Média	30	31	28	31
Nacionalidade	Portuguesa	89,5%	87,9%	95,7%	100,0%
Estado Civil	Solteiro	56,7%	53,9%	68,6%	64,0%
	Casado / União de Facto	35,6%	37,9%	26,6%	16,0%
Situação Coabitación	Só c/ família de origem	29,6%	26,3%	45,3%	40,0%
	Só c/ companheiro e filhos	21,0%	21,6%	18,9%	6,7%
	Só c/ companheiro	10,8%	9,3%	7,0%	6,7%
	Sozinho	21,7%	22,6%	16,5%	26,7%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	45,4%	46,9%	35,3%	58,8%
	3.º Ciclo	35,3%	34,2%	41,3%	41,2%
Situação Profissional	Desempregado	51,2%	53,5%	40,4%	53,3%
	Empregado	39,9%	39,1%	43,3%	46,7%
	Estudante	4,8%	3,6%	11,1%	..

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

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

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

Em 2012, a percentagem de condenados de nacionalidade portuguesa (90%) foi a mais elevada dos últimos dez anos. Tal como nos anos anteriores, entre os estrangeiros (10%) predominavam os africanos (5%), com particular relevo para os cabo-verdianos. Cerca de 57% dos condenados eram solteiros. A maioria vivia com familiares, predominando a coabitación só com a família constituída (32%) ou só com a família de origem (30%). Cerca de 55% tinham habilitações iguais ou superiores ao 3.º Ciclo, e, 40% encontravam-se empregados e 51% desempregados à data da condenação.

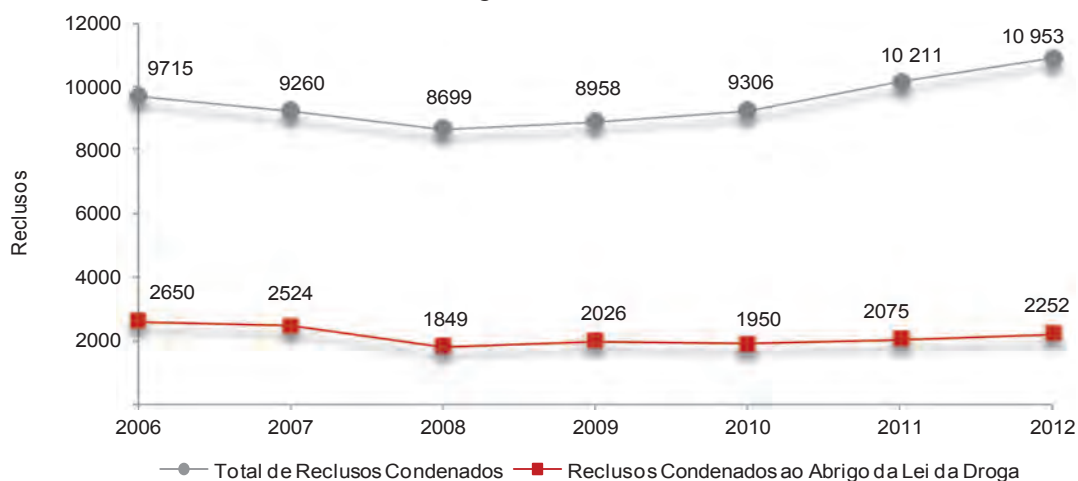
Os condenados por consumo apresentam um perfil sociodemográfico mais diferenciado comparativamente aos traficantes e traficantes-consumidores, com um maior peso de indivíduos do sexo masculino, jovens e solteiros, a viverem com a família de origem, com habilitações académicas mais altas e uma maior percentagem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

4. Reclusões⁸¹

A 31/12/2012 estavam em situação de reclusão 2252 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, representando um acréscimo de +9% relativamente a 2011. Após a descida contínua no número de reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga entre 2002 e 2008, parece ter-se iniciado um período de tendência para a subida que é reforçada em 2012, embora ainda com valores inferiores aos registados até 2007.

Estes reclusos representavam a 31/12/2012 cerca de 21% do universo da população reclusa condenada, mantendo-se esta proporção muito semelhante desde 2008.

Figura 72 – Total de Reclusos Condenados* e Reclusos Condenados* ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano



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

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

A maioria destes indivíduos (88%) estavam condenados por tráfico, 10% 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
2012 e variações relativas a 2011 / 2009 / 2006

Tipo de Crime	2012	%	Δ 11-12	Δ 09-12	Δ 06-12
Total Reclusos Condenados	2 252	100,0	8,5	11,2	-15,0
Tráfico	1 991	88,4	6,9	9,8	-16,7
Tráfico Menor Gravidade	221	9,8	24,9	24,2	17,6
Tráfico-Consumo	13	0,6	0,0	-59,4	-75,5
Outro	27	1,2	17,4	1250,0	42,1

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

⁸¹ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 163 à pág. 168, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>).

Em relação a 2011 manteve-se o mesmo número de reclusos condenados por tráfico-consumo, e em contrapartida, acréscimos no de reclusos condenados tráfico de menor gravidade (+25%) e por tráfico (+7%). É importante referir o aumento nos dois últimos anos de reclusos condenados por *outros crimes* relacionados com a Lei da Droga (embora ainda com um peso muito residual de 1%), sendo de destacar, pela primeira vez desde 2003, a situação de reclusão de 2 indivíduos condenados por crimes relacionados com precursores.

Estes reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga continuam a ser maioritariamente do sexo masculino (89%) e com idades compreendidas entre os 30-39 anos (34%) e 40-49 anos (29%), sendo que 21% 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
2012

Tipo de Crime						
Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Total	Tráfico Menor		Traficante	
			Tráfico	Gravidade	Consumidor	Outro
Sexo	Masculino	88,5%	88,0%	92,8%	92,3%	95,8%
Grupo Etário	30-39 anos	34,4%	34,1%	36,2%	15,4%	41,7%
	40-49 anos	28,6%	28,5%	28,1%	61,5%	20,8%
	Idade Média	39	39	37	45	36
Nacionalidade	Portuguesa	70,5%	68,4%	85,5%	76,9%	95,8%

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

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

Continuam a ser na sua maioria de nacionalidade portuguesa (71%), registando-se em 2012 um ligeiro decréscimo da proporção de estrangeiros comparativamente aos anos anteriores.

Tendências por Drogas

Nos estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, a **cannabis** tem surgido sempre como a droga que apresenta as prevalências de consumo mais elevadas nos diferentes contextos e nas diversas etapas do ciclo de vida. Nos estudos mais recentes em populações escolares (2010 e 2011) constata-se uma tendência de aumento das prevalências de consumo de cannabis. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), entre 2007 e 2012 verificou-se uma descida das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e do consumo recente, tanto na população total (15-64 anos) como na jovem adulta (15-34 anos). No entanto, registaram-se aumentos nas proporções de consumidores recentes de cannabis que apresentavam sintomas de dependência, sendo de destacar o aumento no grupo mais jovem (15-24 anos) de consumidores. Segundo vários estudos, a cannabis é a droga ilícita que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, no contexto da procura de tratamento a cannabis surgiu pela primeira vez em 2012, como a droga principal mais referida pelos novos utentes do ambulatório, constatando-se nos últimos dois anos aumentos relevantes no número de utentes que recorreram a tratamento tendo a cannabis como droga principal. A nível da mortalidade relacionada com o consumo de drogas, e no que se refere aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., a presença de cannabis continua a ser residual nos casos de overdose, sendo no entanto a droga predominante nas mortes atribuídas a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio). Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, a cannabis mantém um papel predominante e com visibilidade crescente em 2012, refletindo as prevalências de consumo na população portuguesa.

De acordo com os resultados de vários estudos, em Portugal, tal como no resto da Europa, a cannabis é percecionada como a droga de maior acessibilidade. A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2012 foi consolidado o predomínio crescente da cannabis, refletindo a prevalência do seu consumo no país: uma vez mais foi a substância que registou o maior número de apreensões e que envolveu o maior número de presumíveis infratores e de condenados na posse de drogas, representando os valores registados nos quatro últimos anos, os mais elevados desde 2002.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, evidenciam que o consumo de **heroína** tem vindo a perder relevância comparativamente a outras drogas. Nos estudos mais recentes em populações escolares (2010 e 2011) constata-se um reforço das tendências de estabilidade e de diminuição das prevalências de consumo de heroína, já verificadas nos estudos anteriores de 2006 e 2007. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), a heroína surgiu com prevalências de consumo muito residuais na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), verificando-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida e do consumo recente em relação a 2007.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, no contexto da procura de tratamento a heroína continua a ser a droga predominante a nível da maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2012 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, constatando-se no entanto, nos anos mais recentes, uma tendência para a diminuição do seu peso relativo face a outras drogas. A nível da mortalidade relacionada com o consumo de drogas e no que se refere aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., a presença de opiáceos continua a ser muito relevante nas mortes por *overdose*. Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, a heroína continua a ter um peso bastante inferior ao da cannabis, e, apesar de ainda se manter como a segunda droga mais referenciada nesses processos, tem vindo a perder importância relativamente a outras drogas.

Nos vários indicadores do domínio da oferta, constatou-se novamente em 2012 um decréscimo da visibilidade da heroína reforçando a quebra registada em 2011, após o pico de 2009 e 2010 com alguns indicadores a registarem os valores mais elevados da década.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos mostram que o consumo de **cocaína** tem vindo a ganhar maior visibilidade. De um modo geral, os estudos mais recentes em populações escolares (2010 e 2011) evidenciaram aumentos das prevalências de consumo de cocaína, surgindo no ECATD 2011 como a segunda droga com maiores prevalências de consumo ao longo da vida entre os alunos mais novos (13-15 anos). No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), a cocaína surgiu como a terceira droga preferencialmente consumida na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis, registando-se uma diminuição das prevalências de consumo em relação a 2007.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, na procura de tratamento foi consolidada a posição da cocaína como a segunda droga principal mais referida pelos utentes que em 2012 estiveram em tratamento nas diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, verificando-se nos anos mais recentes aumentos no número de utentes com a cocaína como droga principal, em quase todas estruturas de tratamento. A nível da mortalidade relacionada com o consumo de drogas e no que se refere aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., pela primeira vez, em 2012 a cocaína foi a droga ilícita predominante nas mortes por *overdose*. Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, a cocaína continua a surgir com uma importante inferioridade numérica comparativamente à cannabis, mas já equiparada à heroína.

Relativamente à perceção sobre a facilidade de acesso à cocaína, segundo o Eurobarómetro, em 2011 cerca de um quarto dos jovens portugueses de 15-24 anos consideravam relativamente *fácil* ou *muito fácil* aceder a cocaína num período de 24 horas (se desejado). Nos vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2012 uma vez mais foi consolidada a posição da cocaína como a segunda droga com maior visibilidade a nível das apreensões policiais e condenações ao abrigo da Lei da Drogas.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados mais recentemente, mostram que o consumo de **ecstasy** adquiriu um pouco mais de visibilidade. De um modo geral, os estudos em populações escolares (2010 e 2011) evidenciaram ligeiros aumentos das prevalências de consumo de ecstasy, após a tendência de diminuição entre 2001-2003 e 2006-2007, embora com prevalências de consumo inferiores às registadas no início da década anterior. Os resultados do ESPAD 2003, 2007 e 2011 relativos às percepções do consumo regular de ecstasy evidenciaram um aumento do risco percebido associado a esse consumo. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), o ecstasy surgiu como a segunda droga preferencialmente consumida na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências muito inferiores às de cannabis. Entre 2007 e 2012 registou-se na população total uma estabilização das prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida e uma ligeira diminuição nos consumos recentes, e, diminuições de ambas as prevalências na população jovem adulta.

A nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, o ecstasy continua a ter um papel muito residual. No entanto, contrariamente à tendência de diminuição da sua visibilidade nos anos anteriores, em 2011 e 2012 constataram-se aumentos a nível de alguns indicadores, designadamente da mortalidade relacionada com o consumo de drogas e dos processos de contraordenação por consumo de drogas.

Relativamente à percepção sobre a facilidade de acesso ao ecstasy, segundo o Eurobarómetro, em 2011 cerca de um quarto dos jovens portugueses de 15-24 anos consideravam relativamente *fácil* ou *muito fácil* aceder a ecstasy num período de 24 horas (se desejado). Nos resultados do ESPAD 2003, 2007 e 2011, 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. No âmbito de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, o ecstasy continua a apresentar valores pouco expressivos. Apesar de ter vindo a diminuir na segunda metade da década anterior a sua visibilidade no mercado nacional, nos últimos dois anos alguns indicadores apresentam níveis superiores aos anteriormente registados, sendo no entanto prematuro falar já de um crescimento ou ressurgimento do mercado de ecstasy.

Relativamente a **outras drogas**, nos resultados dos estudos epidemiológicos nacionais realizados recentemente na população geral e nas populações escolares, são de destacar os aumentos nas prevalências de consumo de LSD.

Nos vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a referência isolada a outras drogas ilícitas para além das atrás referidas mantém-se pouco expressiva.

A nível dos indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2012 e à semelhança dos anos anteriores, registaram-se apreensões de uma grande variedade de substâncias para além da cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, sendo de destacar, seja pelas quantidades apreendidas e/ou pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, algumas substâncias estimulantes, designadamente mefedrona, 2C-B e metilfenidato.

As situações relacionadas com policonsumos continuam a ser relevantes no âmbito dos vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, designadamente a nível da mortalidade. Nos indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, também a posse de várias drogas assume particular importância, representando em 2012 cerca de um quarto das situações de infrações e de condenações ao abrigo da Lei da Droga.

1. Cannabis

1.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos resultados dos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos, 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 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*⁸², replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15-64 anos⁸³ residente em Portugal.

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

Entre 2007 e 2012, na população portuguesa verificou-se uma descida das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida⁸⁴ (de 12% para 9%) e de consumo recente (de 3,6% para 2,7%). Na população jovem adulta constatou-se também uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida (17% para 14%) e nos últimos 12 meses (de 6,7% para 5,1%). As taxas de continuidade do consumo⁸⁵ diminuíram na população total (30,5% em 2007 e 28,3% em 2012) e na jovem adulta (39,4% em 2007 e 35,5% em 2012), tendo sido a substância, a par do LSD, que apresentou as taxas de continuidade dos consumos mais elevadas.

A cannabis apresentou os valores mais precoces de idades de início dos consumos, com uma idade média de 17 anos e idade modal de 16 anos no grupo de inquiridos dos 15-24 anos.

Relativamente a padrões de consumo abusivo e dependência de cannabis, de acordo com resultados do CAST⁸⁶, entre 2007 e 2012, aumentaram as prevalências de consumo de risco moderado na população total (de 0,3% para 0,4%) e na jovem adulta (de 0,6% para 0,9%) e diminuíram as de consumo de risco elevado em ambas as populações (respetivamente de 0,5% para 0,3% e de 0,9% para 0,4%). Tal sucedeu também a nível dos grupos de consumidores de cannabis, aumentando as prevalências de consumo de risco moderado nos de 15-64 anos (de

⁸² Balsa et al., 2013.

⁸³ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

⁸⁴ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores nacionais responsáveis pelo estudo analisaram várias hipóteses explicativas, e avançam como uma das mais plausíveis a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração em curso.

⁸⁵ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

⁸⁶ O Teste Cannabis Abuse Screening Test (CAST), desenvolvido pelo Observatório Francês da Droga e Toxicodependência, é um questionário com 6 questões que procuram identificar padrões e comportamentos de risco associados ao uso de cannabis no último ano (Balsa et al., 2013).

10,1% para 15%) e nos consumidores de cannabis jovens adultos (de 10,2% para 20,2%), e diminuindo as de consumo de risco elevado em ambos os grupos de consumidores (respetivamente de 14,9% para 13% nos de 15-64 anos e de 14,9% para 8,4% nos jovens adultos). De acordo com os resultados do SDS⁸⁷, em 2012, cerca de 0,7 % da população de 15-64 anos residente em Portugal, apresentava sintomas de dependência do consumo de cannabis (0,6% em 2007), sendo a percentagem correspondente na população jovem adulta de 1,2% (1,1% em 2007). Se nos focarmos nos grupos de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, cerca de 24,5 % dos consumidores de 15-64 anos apresentavam dependência desse consumo (18,5% em 2007), sendo a percentagem correspondente nos consumidores de cannabis jovens adultos de 23,9% (18,5% em 2007). Entre 2007 e 2012 registaram-se aumentos nas proporções de consumidores de cannabis que apresentavam sintomas de dependência, sendo de destacar o aumento no grupo mais jovem (15-24 anos) de consumidores (9,8% em 2007 e 22,1% em 2012).

Os homens apresentaram prevalências de consumo mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 14,6% e 4,1% na população total e de 21,7% e 7,5% na jovem adulta) do que nas mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 4,4% e 1,3% na população total e de 7,2% e 2,7% na jovem adulta), mas as mulheres apresentaram taxas de continuidade do consumo de cannabis mais altas. Contrariamente ao padrão geral de evolução das prevalências de consumo entre 2007 e 2012, verificaram-se aumentos dos consumos recentes de cannabis entre as mulheres da população total e da jovem adulta (respetivamente de 0,9% para 1,3% e de 1,8% para 2,7%).

Lisboa, a Região Autónoma dos Açores e o Alentejo, foram as regiões (NUTS II) que apresentaram em 2012 prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima das médias nacionais, na população total e na jovem adulta (exceto Alentejo, no caso das prevalências de consumo ao longo da vida na população 15-64 anos).

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*⁸⁸, realizado em 2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, a cannabis é a droga ilícita que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde (24% para o consumo ocasional e 64% para o consumo regular de cannabis). As perceções dos jovens portugueses acompanham, de um modo geral, as médias europeias, sendo de referir, embora com diferenças não relevantes, a menor atribuição de *risco elevado* para a saúde ao consumo ocasional e regular de ecstasy.

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/OMS⁸⁹ (6.º/8.º/10.º anos) e o INME⁹⁰ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD⁹¹

⁸⁷ O Severity of Dependence Scale (SDS) foi concebido para fornecer um pequeno teste – com 5 questões –, facilmente administrado, que pode ser usado para medir o grau de dependência psicológica experimentada pelos utilizadores de diferentes tipos de drogas ilícitas. A formulação dos itens pode ser adaptada a diferentes tipos de drogas e inclui instruções para que as respostas se devam referir a comportamentos e experiências durante um período de tempo específico (geralmente os últimos 12 meses/último ano). (Balsa et al., 2013).

⁸⁸ The Gallup Organization, 2011. Estudo realizado em 27 países europeus. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à perceção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-20 por razões de comparabilidade europeia.

⁸⁹ 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).

⁹⁰ 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).

(alunos de 16 anos) e o ECATD⁹² (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 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 - 2012

Estudos		Consumos									
		2001	2002	2003	2006	2007	2008/09	2010	2011	2012	
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	7,6	-	-	-	11,7	-	-	-	9,4	
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	12,4	-	-	-	17,0	-	-	-	14,4	
Pop. 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	-	
	13 anos	-	-	2,3	-	2,3	-	-	2,3	-	
	14 anos	-	-	6,5	-	4,8	-	-	5,6	-	
	ECATD 15 anos	-	-	11,0	-	8,3	-	-	10,1	-	
	16 anos	-	-	17,3	-	14,1	-	-	19,1	-	
População de Condutores	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., 2013; 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; Isalberfi et al., 2011 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Após o aumento dos consumos entre 1995 e 2003, os resultados dos estudos nacionais de 2006 e 2007 nas populações escolares, evidenciaram 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, 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

⁹¹ 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).

⁹² 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, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, tanto nos alunos do 3.º Ciclo como nos do Secundário.

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, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. No ECATD, as prevalências de consumo de cannabis variaram na razão direta da idade dos alunos, em todas as temporalidades consideradas (longo da vida, últimos 12 meses e últimos 30 dias). Entre 2003 e 2007 verificou-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias em todas as idades, exceto nalguns indicadores e em alguns segmentos etários (nos alunos de 13 anos e 18 anos) em que se registou uma estabilidade.

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 2002-2006⁹³. No entanto, a prevalência do consumo de cannabis no último mês registou uma ligeira diminuição entre 2006 e 2010 (de 3,9% para 3,5%), apesar da prevalência do consumo de drogas no último mês ter aumentado (de 4,5% para 6,1%).

No ESPAD 2011, mais uma vez a cannabis surgiu como a droga com a maior prevalência de consumo ao longo da vida (16%) e com um valor muito próximo da prevalência de *qualquer droga* (19%). Entre 2007 e 2011, depois do decréscimo entre 2003 e 2007, verificou-se um aumento destas prevalências de consumo (ao longo da vida de 13% para 16%, nos últimos 12 meses de 10% para 16% e nos últimos 30 dias de 6% para 9%), registando-se em 2011 valores próximos ou superiores aos de 2003 (15% ao longo da vida, 13% nos últimos 12 meses e 8% nos últimos 30 dias). Em relação às médias europeias, Portugal apresentou em 2011 uma prevalência de consumo de cannabis ao longo da vida ligeiramente inferior (17% a média europeia), mas prevalências de consumo nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias superiores (médias europeias de 13% e 7%).

No ECATD 2011, também a cannabis se destacou como a droga com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida (entre 2,3% nos 13 anos e 29,7% nos 18 anos), nos últimos 12 meses (entre 1,5% nos 13 anos e 24,9% nos 18 anos) e nos últimos 30 dias (entre 0,7% nos 13 anos e 15,7% nos 18 anos) em todas as idades, variando estas prevalências na razão direta das idades. Entre 2007 e 2011, contrariamente à tendência de decréscimo entre 2003 e 2007⁹⁴, registou-se um aumento destas prevalências de consumo em todas as idades (exceto as prevalências nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias nos alunos de 13 anos). É no entanto de referir que de um modo geral, a maioria destas prevalências de consumo continuam próximas das registadas em 2003.

⁹³ 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.

⁹⁴ No ECATD 2007 já tinha sido evidenciado que entre os alunos mais novos (13 anos) não se verificava uma diminuição do consumo de cannabis como nas restantes idades.

No INME 2011, uma vez mais a cannabis destacou-se como a droga com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias entre os alunos do 3.º Ciclo (respetivamente 8,6%, 7,5% e 5,3%) e entre os do Secundário (28,2%, 23,4% e 15,9%). Entre 2006 e 2011, contrariamente à diminuição ocorrida entre 2001 e 2006, verificou-se um aumento das prevalências de consumo de cannabis tanto no 3.º Ciclo como no Secundário, e de um modo geral, com valores 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 do risco percebido associado a esse consumo 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 percecionam 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*⁹⁵, 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 regular⁹⁶ de cannabis (5,5% em 2001 e 7% em 2007).

Neste ciclo estratégico foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)⁹⁷. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011⁹⁸.

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

⁹⁵ Torres et al., 2009.

⁹⁶ Todos os dias no último mês na prisão.

⁹⁷ 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.

⁹⁸ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

No âmbito de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, 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.

Nos contextos da **procura de tratamento**, a cannabis surgiu pela primeira vez em 2012, como a droga principal mais referida (38%) pelos novos utentes do ambulatório, constatando-se nos últimos dois anos aumentos relevantes no número de utentes que recorreram a tratamento ambulatório tendo a cannabis como droga principal (inclusive utentes readmitidos). A sua expressão é bastante mais residual enquanto droga principal dos utentes das estruturas de internamento, com exceção das Comunidades Terapêuticas licenciadas, que nos últimos três anos registaram aumentos nas proporções de utentes com a cannabis como droga principal (13% em 2012).

Quadro 22 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2010 - 2012

Consumos e Problemas relacionados			2010		2011		2012	
Indicadores Indiretos			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	1 045	5	1 078	5	1 207	6
		Novos Utentes	159	13	358	26	487	38
		Utentes Readmitidos	47	3	105	6	151	5
	Unidades de Desabituação	Utentes Públicas	10	1	21	1	17	1
		Utentes Licenciadas	1	0,2	3	2	1	1
	Comunidades Terapêuticas	Utentes Públicas	6	5	6	4	3	2
		Utentes Licenciadas	345	9	388	11	442	13
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		...		...		...
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Cannabis	..		..		..
		Cannabis +Outras	..		3	16	1 ^{d)}	3
Processos de Contraordenação	Só com Cannabis		4 920	71	4 934	76	6 212	78
	Cannabis + Outras Drogas		160	2	172	3	184	2

a) % relativa a cada indicador.

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

c) Casos de overdose.

d) Os dados de 2012 poderão sofrer atualizações no próximo ano.

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

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., uma vez mais por razões de "segredo estatístico"⁹⁹, não foi possível em 2012 disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., em 2012¹⁰⁰, apenas em 3% das overdoses foi detetada a presença de cannabis – 1 caso, em associação com outras substâncias não opiáceas. Em 2011 registaram-se 3 casos de overdose com a presença de cannabis (todos em associação com metadona e outras substâncias não opiáceas), sendo que entre 2008 e 2010 não houve registo de casos de overdose com a presença de cannabis. Em relação às mortes com a presença de pelo menos uma substância

⁹⁹ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹⁰⁰ Os dados de 2012 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁰¹ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), em 2012 a cannabis foi predominante, estando presente em 64 destas mortes (41% do total), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas (53% dos casos com a presença de cannabis). Foi registada a presença de canabinóides sintéticos num caso, em associação com outras substâncias.

No contexto dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cannabis continua a assumir o papel da principal droga: cerca de 78% dos processos relativos às ocorrências de 2012 estavam relacionados apenas com cannabis, tendo sido de 76%, 71%, 76%, 68%, 64% e de 70%, as proporções correspondentes respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006. Relativamente a 2011, verificou-se um aumento de +26% no número de processos relacionados apenas com cannabis (6212), acréscimo ligeiramente superior ao registado a nível do total de processos (+24%). A cannabis também assume um papel relevante no contexto dos processos envolvendo a posse de várias drogas, estando em 2012, presente em 41% destes processos (2% do total de processos). O número de processos relacionados com cannabis, registaram nos últimos quatro anos os valores mais elevados da década, reforçando a tendência crescente iniciada ainda no âmbito do anterior quadro legal. Em 2012, uma vez mais predominaram em todos os distritos de Portugal Continental os processos de contraordenação relacionados só com cannabis, representando entre 48% (Beja) e 92% (Portalegre) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2012. Em valores absolutos, uma vez mais os distritos do Porto e de Lisboa destacaram-se com o maior número de processos relacionados só com cannabis.

1.2. Oferta

Na monitorização das tendências dos mercados de drogas ilícitas, são de destacar os indicadores relativos à **perceção sobre a facilidade de acesso** a essas substâncias, por parte das populações.

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*¹⁰², realizado em 2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, 49% dos portugueses consideravam *relativamente fácil* ou *muito fácil* aceder a cannabis em 24 horas (se desejado), proporção inferior à da média europeia (57%). Cerca de 18% dos jovens portugueses consideravam-no *muito difícil* e 15% *impossível*, proporções superiores às médias europeias (13% e 11% respetivamente).

Nos resultados do ESPAD¹⁰³ 2003, 2007 e 2011, também a cannabis foi considerada pelos alunos de 16 anos como a droga de maior acessibilidade, mantendo-se muito idêntica essa perceção entre 2003 e 2011 (30% em 2011 e 29% em 2007 e 2003, referiram ser *fácil* ou *muito fácil* arranjar cannabis). Em 2011, os alunos portugueses tinham uma perceção de facilidade de acesso à cannabis muito semelhante à média europeia (29%).

¹⁰¹ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹⁰² The Gallup Organization, 2011.

¹⁰³ 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).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹⁰⁴, a cannabis foi percecionada como a droga de maior acessibilidade, com 85% dos consumidores de cannabis (ao longo da vida), a considerarem fácil ou muito fácil aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 7% a considerarem ser muito difícil.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2012 foi consolidada a visibilidade crescente da cannabis e a sua posição enquanto principal droga envolvida nestes contextos, refletindo a prevalência do seu consumo na população portuguesa.

Tal como vem sucedendo desde 2002, o haxixe¹⁰⁵ foi a substância que registou em 2012 o maior número de **apreensões** (3298), representando o valor mais elevado desde 2002 e um acréscimo de +7% em relação a 2011. Desde 2002 que se verifica uma tendência de aumento no número destas apreensões (apesar das quebras registadas em 2006 e 2007), registando-se os valores mais elevados nos últimos quatro anos. O número de apreensões de cannabis herbácea em 2012 (816) aumentou uma vez mais em relação ao ano anterior (+24%), confirmando a tendência de acréscimo verificada na última década, com os valores mais elevados registados nos últimos quatro anos e atingindo em 2012 o valor máximo desde 2002. É de evidenciar, enquanto indicador da produção a nível interno, as apreensões de plantas de cannabis, que registaram um aumento nos últimos quatro anos: entre 2009 e 2012 foram efetuadas 1218 apreensões, 397 das quais em 2012, representando o valor mais elevado de sempre.

Comparativamente a 2011, as **quantidades** apreendidas de haxixe em 2012 aumentaram (+25%), registando as quantidades confiscadas de liamba um decréscimo (-54%). Importa referir que se registaram no entanto aumentos importantes nas quantidades apreendidas de outras formas de cannabis herbácea¹⁰⁶, designadamente de plantas, cujas quantidades apreendidas adquiriram maior expressão nos últimos quatro anos (entre 2009 e 2012 foram apreendidas 27.547 plantas de cannabis, tendo sido 7788 apreendidas em 2012), e de sementes, cujas quantidades apreendidas em 2012 foram bastante expressivas (1,6 Kg. e 10 110 sementes).

Cerca de 3% das apreensões de haxixe e 1% das de liamba envolveram **quantidades significativas**¹⁰⁷, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, 44% da liamba e a quase totalidade do haxixe (acima dos 99%) confiscados no país em 2012.

Quanto às **rotas**, a nível do tráfico internacional destacou-se, em termos das quantidades apreendidas, uma vez mais Marrocos como o principal país de proveniência do haxixe confiscado, desconhecendo-se a origem da quase totalidade da liamba apreendida em 2012. A maioria do haxixe apreendido com informação sobre rotas destinava-se ao mercado interno.

Os distritos de Lisboa e Porto, seguidos de Setúbal e Faro, destacaram-se uma vez mais com o maior número de apreensões de haxixe (respetivamente 36%, 23%, 11% e 6% do total destas apreensões), e, no caso da cannabis herbácea, foram também os distritos de Lisboa (17%) e Porto (13%), seguidos da Região Autónoma dos Açores e dos distritos de Faro e Setúbal (todos com 8% do total destas apreensões).

¹⁰⁴ Balsa et al., 2013. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹⁰⁵ Os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

¹⁰⁶ Ver informação constante na nota a) do Quadro 90 do volume Anexo.

¹⁰⁷ Consideradas no caso da cannabis as quantidades iguais ou superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

Em termos de quantidades apreendidas, destacou-se novamente o distrito de Faro com 79% do total de haxixe confiscado, constatando-se uma maior dispersão geográfica nas quantidades apreendidas de liamba (as maiores proporções registaram-se nos distritos de Braga, Coimbra, Faro e Leiria, com 15%, 13%, 12% e 10% das quantidades apreendidas em 2012).

Relativamente aos meios utilizados no **transporte** do haxixe confiscado, tal como nos anos anteriores, destacou-se o transporte marítimo com as maiores quantidades de haxixe apreendido em 2012, tendo sido também relevante o transporte terrestre. No caso da liamba, destacou-se o transporte terrestre com as maiores quantidades confiscadas em 2012.

No que respeita aos **preços** médios¹⁰⁸, comparativamente ao ano anterior não se registaram alterações relevantes do preço do haxixe (3,03 €/grama em 2012 e 3,12 €/grama em 2011), não existindo informação disponível sobre o preço médio da liamba nos últimos três anos. 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.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses das drogas apreendidas¹⁰⁹ realizadas no LPC/PJ, a potência (% THC) média da cannabis apreendida em território nacional e particularmente da cannabis resina aumentou nos últimos três anos comparativamente aos anos anteriores, atingindo o valor máximo em 2012.

Quadro 23 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2010 – 2012

Indicadores Oferta			2010		2011		2012	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos								
Interpelações Policiais	Apreensões	Haxixe ^{b)}	3 063		3 093		3 298	
		Liamba	533		660		816	
	Quantidades Apreendidas (Kg)	Haxixe ^{b)}	34 774		14 633		18 314	
		Liamba ^{c)}	40		108		49	
	Preço Médio (grama)	Haxixe	3,59 €		3,12 €		3,03 €	
		Liamba ^{c)}	— ^{d)}		— ^{d)}		— ^{d)}	
	Presumíveis Infratores		3 033	49	3 247	54	3 486	58
			796	13	772	13	717	12
Condenações	Indivíduos Condenados		890	42	1050 ^{e)}	44	918 ^{e)}	45
			219	10	258 ^{e)}	11	245 ^{e)}	12

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 90 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 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados relativos a 2012 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2012 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2013 e 31/03/2014.

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

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ As amostras analisadas referem-se apenas às retiradas de circulação, e não é possível fazer análises quantitativas de todas as substâncias apreendidas devido a limitações de recursos.

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, registou-se um acréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de cannabis (3486) em relação a 2011 (+7%), apesar da estabilidade do número total de presumíveis infratores (+0.5%). Os números de presumíveis infratores na posse só de cannabis registados nos quatro últimos anos foram os mais elevados desde 2002, mantendo-se o predomínio da cannabis em relação às outras substâncias, como se verifica pela evolução das proporções (58%, 54%, 49%, 51%, 47%, 44% e 47%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006). 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 de presumíveis traficantes. Nas situações envolvendo a posse simultânea de várias drogas, a cannabis vem também assumindo maior relevância nos últimos anos, estando em 2012, presente em 51% destas situações (12% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2012¹¹⁰ foram condenados 918 indivíduos na posse apenas de cannabis, representando 45% do total daquelas condenações (44%, 42%, 37%, 36%, 36% e 34%, respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006). Pelo décimo ano consecutivo e refletindo a evolução ocorrida a nível das interpelações policiais, que se constata nas condenações relacionadas só com uma droga o predomínio da cannabis em vez da heroína, como era habitual anteriormente a 2003. Tal como nos anos anteriores, as situações de posse apenas de cannabis surgiram com bastante mais importância relativa nos condenados por consumo do que nos outros grupos, apesar de também ter sido a substância predominante nos condenados por tráfico na posse de apenas uma droga. Nas condenações relacionadas com várias drogas, a cannabis também vem emergindo com maior visibilidade nos últimos anos, surgindo em 2012, em 43% destas situações (12% do total das condenações).

¹¹⁰ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados relativos a 2012 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2012 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2013 e 31/03/2014.

2. Heroína / Opiáceos

2.1. Consumos e Problemas relacionados

Os resultados dos vários **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos, mostram que o consumo de heroína tem vindo a perder relevância comparativamente a outras drogas, continuando no entanto a ser a principal droga envolvida nos consumos problemáticos.

Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹¹¹, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos¹¹² residente em Portugal.

Neste estudo, a heroína surgiu em 2012 com prevalências de consumo muito residuais na população total e na jovem adulta (15-34 anos). Entre 2007 e 2012, registaram-se diminuições das prevalências de consumo ao longo da vida¹¹³ na população total (de 1,1% para 0,6%) e na jovem adulta (de 1,1% para 0,3%) bem como nas prevalências de consumo nos últimos 12 meses (na população total passou de 0,3% para 0,0% e na jovem adulta de 0,4% para 0,0%). As taxas de continuidade do consumo¹¹⁴ também diminuíram de forma significativa entre 2007 e 2012, na população total (de 24% para 7,3%) e na jovem adulta (de 34,6% para 12,5%).

Os homens apresentaram prevalências de consumo de heroína ao longo da vida e nos últimos 12 meses (respetivamente de 1,1% e 0,0% na população total e de 0,6% e 0,1% na jovem adulta) mais elevadas do que as mulheres (respetivamente de 0,1% e 0,1% na população total e de 0,0% e 0,0% na jovem adulta), embora estas apresentassem taxas de continuidade do consumo mais altas (à custa do grupo dos 45-54 anos).

Os Açores e a Madeira (NUT II) apresentavam em 2012 prevalências de consumo de heroína ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima da média nacional, na população total e na jovem adulta, existindo outras regiões como Lisboa, Algarve e Alentejo, que apresentavam prevalências de consumo de heroína ao longo da vida acima da média nacional.

No contexto das **populações escolares**, realizaram-se neste ciclo estratégico vários estudos nacionais, inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹¹⁵ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹¹⁶ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹¹⁷ (alunos de 16

¹¹¹ Balsa et al., 2013.

¹¹² Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹¹³ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores nacionais responsáveis pelo estudo analisaram várias hipóteses explicativas, e avançam como uma das mais plausíveis a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração em curso.

¹¹⁴ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹¹⁵ 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).

¹¹⁶ 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).

¹¹⁷ 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).

anos) e o ECATD¹¹⁸ (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 em populações escolares - o ESPAD em 1995, 1999 e 2003, o HBSC/OMS em 1998 e 2002, o INME em 2001, e, o ECATD em 2003 -, destacaram a heroína como uma das drogas com menores prevalências de consumo. Constatou-se uma tendência de diminuição das prevalências do consumo de heroína ao longo da vida nos resultados do HBSC/OMS entre 1998 e 2002 e do ESPAD entre 1999 e 2003.

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

2001 - 2003, 2006 - 2012

Estudos		Consumos								
		2001	2002	2003	2006	2007	2008/09	2010	2011	2012
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	0,7	–	–	–	1,1	–	–	–	0,6
	Pop. Jov em Adulta (15-34 anos)	1,1	–	–	–	1,1	–	–	–	0,3
Pop. 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	–
	13 anos	–	–	0,8	–	1,1	–	–	1,0	–
	14 anos	–	–	2,2	–	1,4	–	–	1,7	–
	ECATD 15 anos	–	–	1,7	–	1,8	–	–	2,5	–
	16 anos	–	–	1,4	–	2,3	–	–	2,1	–
População de Condutores	17 anos	–	–	1,0	–	2,5	–	–	2,0	–
	18 anos	–	–	0,8	–	2,0	–	–	1,7	–
População de Condutores	Geral	–	–	–	–	–	0,15	–	–	–
	Mortos em Acidentes de Viação	–	–	–	–	–	..	–	–	–

Fonte: Balsa et al., 2013; 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 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Nos estudos nacionais realizados em 2006 e 2007 nas populações escolares, a heroína surgiu entre as drogas com menores prevalências de consumo. Comparativamente a 2001-2003, constatarem-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, 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 alucinogénios foram inferiores às de heroína). Entre 2001 e 2006, verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo de heroína ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias no 3.º Ciclo, e, no Secundário, verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses e uma estabilização das prevalências de consumo nos últimos 30 dias.

¹¹⁸ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

Em 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. 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, com exceção dos alunos de 18 anos que apresentaram uma prevalência um pouco inferior 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, em que se manteve igual).

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*¹¹⁹, 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 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

¹¹⁹ Torres et al., 2009.

restantes substâncias ilícitas, verificou-se também no contexto de reclusão uma diminuição do consumo regular¹²⁰ de heroína (5,3% em 2001 e 2,7% em 2007).

Neste ciclo estratégico foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹²¹. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹²².

No caso dos condutores em geral, os opiáceos ilícitos foram a segunda droga ilícita mais prevalente em Portugal (0,2%), sendo a segunda maior prevalência dos 13 países incluídos no estudo, superior à média europeia (0,07%) e semelhante à média da Europa do Sul (0,2%). Os opiáceos ilícitos foram mais prevalentes nas noites de fim-de-semana. No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, a prevalência de opiáceos ilícitos foi nula, tal como nos restantes países.

Em 2011, no âmbito de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a heroína continua a ser a principal droga a nível da procura de tratamento e mortes, 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 predominante a nível da maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2012 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, com exceção dos novos utentes em ambulatório e dos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas. No entanto, constata-se nos anos mais recentes uma tendência para a diminuição no número de utentes que recorreram a tratamento tendo a heroína como droga principal. As referências a outros opiáceos enquanto droga principal, não ultrapassaram os 2% nestas populações que recorreram em 2012 às estruturas de tratamento da toxicodependência, com os novos utentes do ambulatório a apresentarem as proporções de 2%.

¹²⁰ Todos os dias no último mês na prisão.

¹²¹ 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.

¹²² Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

Quadro 25 - Heroína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos

2010- 2012

Consumos e Problemas relacionados			2010		2011		2012			
Indicadores Indiretos			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}		
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes em Tratamento Ano	Heroína	19 039	84	18 609	84	18 098	84	
			Heroína + Cocaína	17	0,2	30	0,1	54	0,1	
		Novos Utentes	Heroína	784	65	696	51	430	34	
			Heroína + Cocaína	3	0,3	3	0,2	13	1	
		Utentes Readmitidos	Heroína	1 631	87	1 518	83	2 487	83	
			Heroína + Cocaína	7	0,4	5	0,3	14	0,5	
	Unidades de Desabituação	Públicas	Heroína	974	66	723	47	565	38	
			Heroína + Cocaína	44	3	27	2	23	2	
		Licenciadas	Heroína	444	71	104	52	42	54	
			Heroína + Cocaína	4	1	..	..	..	..
		Comunidades Terapêuticas	Públicas	Heroína	52	42	49	37	23	19
				Heroína + Cocaína	2	2	1	1	1	1
			Licenciadas	Heroína	1 841	46	1 442	41	1 295	39
				Heroína + Cocaína	107	3	83	2	73	2
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		...	...		...
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Opiáceos ^{d)}	4	8	1	5	1 ^{e)}	3		
		Opiáceos ^{d)} + Outras	34	65	7	37	13 ^{e)}	45		
		Só com Metadona	..	..	1	5	2 ^{e)}	7	
		Metadona + Outras	8	15	9	47	7 ^{e)}	24		
Processos de Contraordenação	Só com Heroína	959	14	610	9	628	8			
	Heroína + Outras Drogas	405	6	309	5	299	4			

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) Inclui heroína, morfina e codeína.

e) Os dados de 2012 poderão sofrer atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde, I. P. / Instituto Nacional de Estatística, I. P. / Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., uma vez mais por razões de "segredo estatístico"¹²³, não foi possível em 2012 disponibilizar informação desagregada sobre as substâncias envolvidas nessas mortes.

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., em cerca de 48% das 29 overdoses registadas em 2012¹²⁴ (42%, 73%, 88% e 82%, respetivamente em 2011, 2010, 2009 e 2008) foi detetada a presença de opiáceos¹²⁵ – 14 casos, dos quais 13 em associação com outras substâncias lícitas e/ou ilícitas, sobretudo cocaína e/ou álcool –, e em cerca de 31% (53%, 15%, 4% e 9%, em 2011, 2010, 2009 e 2008) a presença de metadona – 9 casos, dos quais 7 em associação com outras substâncias lícitas e/ou ilícitas, sobretudo benzodiazepinas, opiáceos e cocaína. A maioria dos casos de overdose com a presença de opiáceos (93%) e dos casos com a presença de metadona (89%) pertenciam ao género masculino. Os maiores valores absolutos de overdoses com a presença de opiáceos

¹²³ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹²⁴ Os dados de 2012 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

¹²⁵ Inclui heroína, morfina e codeína.

surgiram nos grupos etários de 35-39 anos e de 30-34 anos, e os de metadona nos de ≥ 45 anos, 35-39 e 40-44 anos.

Em relação às mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹²⁶ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), em 2012, os opiáceos estiveram presentes em 57 destas mortes (36% do total), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas (65% dos casos com a presença de opiáceos). A metadona estava presente em 20 destas mortes (13% do total), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas (85% dos casos com metadona).

No contexto dos **processos de contraordenação por consumo de drogas** que envolvem apenas uma droga, a heroína continua a ter um peso bastante inferior ao da cannabis, e, apesar de ainda se manter como a segunda droga mais referenciada nesses processos, a cocaína já apresentou este ano um valor muito próximo ao da heroína. Em 2012, os processos relacionados apenas com heroína (628) representaram 8% do total de processos relativos às ocorrências desse ano (9%, 14%, 11%, 14%, 17% e 14%, respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006). Em relação a 2011 verificou-se um ligeiro acréscimo de processos relacionados apenas com heroína (+3%), embora muito inferior ao verificado a nível do total de processos (+24%). Nos processos envolvendo várias drogas, a heroína continua a ter maior relevância do que a cannabis, embora já menor do que a cocaína, estando em 2012 presente em 66% destes processos (4% do total de processos). Os processos relacionados só com heroína representaram entre 0% (Portalegre) e 47% (Bragança) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2012. Em valores absolutos, para além dos distritos do Porto e de Braga que também registaram os números mais elevados de processos relacionados só com heroína nos quatro anos anteriores, destaca-se também Faro em 2012, com um maior número do que Braga.

2.2. Oferta

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

126

Segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*¹²⁷, realizado em 2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, 18% dos jovens portugueses consideravam relativamente *fácil* ou *muito fácil* aceder a heroína num período de 24 horas (se desejado), sendo esta proporção superior à da média europeia (13%). Cerca de 32% dos jovens portugueses consideravam *muito difícil* (média europeia de 36%) e 24% *impossível* (média europeia de 24%) aceder a heroína num período de 24 horas.

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹²⁸, cerca de 79% dos consumidores de heroína (ao longo da vida) consideraram *fácil* ou *muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 6% consideraram ser *muito difícil*.

¹²⁶ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹²⁷ The Gallup Organization, 2011.

¹²⁸ Balsa et al., 2013. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2012 constatou-se novamente uma diminuição da visibilidade da heroína, reforçando assim a quebra registada em 2011, após o pico pontual em 2009 e 2010 em que alguns indicadores registaram os valores mais elevados da década.

Em 2012, tal como vem sucedendo desde 2005 e contrariamente aos anos anteriores, o número de **apreensões** de heroína (971) foi inferior ao de cocaína, representando o valor mais baixo de sempre. Comparativamente a 2011, verificou-se uma diminuição (-17%) no número de apreensões de heroína, registando-se em 2009 e 2010 os valores mais elevados desde 2002, após a estabilidade verificada entre 2005 e 2008 e a clara descida na primeira metade da década.

As **quantidades** confiscadas em 2012 diminuíram em relação ao ano anterior (-10%), constatando-se de um modo geral, uma diminuição das quantidades apreendidas de heroína na segunda metade da década anterior comparativamente à primeira. Cerca de 5% das apreensões de heroína envolveram **quantidades significativas**¹²⁹, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, a quase totalidade da heroína (90%) apreendida no país em 2012.

Tal como nos anos anteriores, também em 2012 registaram-se apreensões de ópio (1g e 172 plantas), de metadona (2 comprimidos e 36 frascos) e de buprenorfina (3g e 61 comprimidos), cujas quantidades se mantiveram de um modo geral dentro dos valores registados desde 2009¹³⁰.

Relativamente às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destaca-se a Holanda como o principal país de proveniência da heroína confiscada em Portugal em 2012 e com informação em matéria de rotas, destinando-se na sua maior parte ao mercado interno.

Uma vez mais os distritos do Porto e de Lisboa registaram o maior número de apreensões de heroína (respetivamente 34% e 23% do total destas apreensões), sendo no entanto o distrito de Lisboa que registou a maioria da heroína apreendida no país em 2012 (67% do total confiscado). Em 2012, as apreensões de metadona ocorreram em vários distritos de Portugal Continental e também nos Açores, tendo sido as maiores quantidades apreendidas em Lisboa, Ilha de São Miguel e Braga. Também as apreensões de buprenorfina ocorreram em vários distritos de Portugal Continental e nos Açores, com as maiores quantidades apreendidas na Ilha de São Miguel e nos distritos do Porto e de Braga. As apreensões de ópio registaram-se apenas no distrito de Évora.

Entre os meios utilizados no **transporte** da heroína confiscada, tal como nos anos anteriores, destacou-se o transporte terrestre com as maiores quantidades apreendidas em 2012, tendo sido também relevante o transporte aéreo.

O **preço** médio¹³¹ da heroína registou uma descida significativa comparativamente a 2011 (28,04 €/grama em 2012 e 35,74 €/grama em 2011), representando o valor mais baixo desde 2002. Apesar das flutuações anuais, verifica-se desde 2002 uma tendência de decréscimo do preço médio da heroína.

¹²⁹ Consideradas no caso da heroína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

¹³⁰ Ver informação sobre quantidades apreendidas anualmente na nota a) do Quadro 90 do volume Anexo.

¹³¹ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses das drogas apreendidas¹³² realizadas no LPC/PJ sobre “amostras de rua”¹³³ de heroína castanha (forma química de base), a forma mais comum em Portugal, constata-se que o seu grau de pureza médio tem vindo a diminuir nos últimos três anos, atingindo os valores mais baixos em 2012.

Quadro 26 - Heroína: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2010 - 2012

Indicadores da Oferta		2010		2011		2012	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	1 462		1 169		971	
	Quantidades Apreendidas (kg)	47		73		66	
	Preço Médio (grama)	35,32 €		35,74 €		28,04 €	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Heroína	655	11	486	8	427	7
Condenações	Heroína + Outras Drogas	1 334	22	1 151	19	987	16
	Indivíduos Condenados						
	Só com Heroína	246 ^{b)}	12	259 ^{b)}	11	214 ^{b)}	11
	Heroína + Outras Drogas	528 ^{b)}	25	598 ^{b)}	25	440 ^{b)}	22

a) % relativa a cada indicador.

b) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados relativos a 2012 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2012 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2013 e 31/03/2014.

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

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, verificou-se um decréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de heroína (427) em relação a 2011 (-12%), apesar da estabilidade verificada a nível do número total de presumíveis infratores (+0,5%). Após a tendência de descida constatada na primeira metade da década, seguida de uma estabilidade e um pico em 2009, constata-se desde então novamente uma descida no número de presumíveis infratores. Com efeito, e apesar de em 2009 e 2010 se terem registado os números mais elevados de presumíveis infratores na posse só de heroína desde 2003, este número volta a atingir em 2012 o valor mais baixo de sempre. Esta tendência é também expressa na evolução das proporções de presumíveis infratores na posse só de heroína no total de presumíveis infratores: 7%, 8%, 11%, 12%, 11%, 12% e 11% dos casos, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006. Nas situações de posse simultânea de várias drogas, a presença de heroína continua a ser bastante relevante embora já não predominante, estando em 2012 presente em 70% destas situações (16% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2012¹³⁴ foram condenados 214 indivíduos na posse apenas de heroína, representando 11% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (11% em 2011, 12% em 2010, 2009 e 2008, e 15% em 2007 e 2006). Pelo décimo ano consecutivo que a heroína deixou de ser a principal substância nas situações relacionadas apenas com uma droga a favor da cannabis, tendo sido o sétimo ano consecutivo em que o número destas condenações foi inferior ao das condenações envolvendo só cocaína. Nas situações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, a heroína surge em 2012, em 78% destas situações (22% do total das condenações).

¹³² As amostras analisadas referem-se apenas às retiradas de circulação, e não é possível fazer análises quantitativas de todas as substâncias apreendidas devido a limitações de recursos.

¹³³ Embalagens com um peso líquido entre 1g a 10g e inferior a 1g.

¹³⁴ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados de 2012 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2012 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2013 e 31/03/2014.

3. Cocaína

3.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos vários **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos, o consumo de cocaína tem tido maior visibilidade do que o de heroína, constatando-se nos estudos mais recentes nas populações escolares uma tendência de aumento dessas prevalências.

Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹³⁵, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos¹³⁶ residente em Portugal.

Neste estudo, a cocaína surgiu em 2012 como a terceira droga preferencialmente consumida pelos portugueses, na população total (15-64 anos) e na população jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis. Entre 2007 e 2012, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida¹³⁷ e nos últimos 12 meses na população total (respetivamente de 1,9% para 1,2% e de 0,6% para 0,2%) e na jovem adulta (respetivamente de 2,8% para 1,4% e de 1,2% para 0,4%). Verificou-se uma diminuição das taxas de continuidade do consumo¹³⁸ entre 2007 e 2012, na população total (de 32,2% para 18,3%) e na jovem adulta (de 41,4% para 31,2%).

Os homens registaram prevalências mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 1,8% e 0,3% na população total e de 2,0% e 0,9% na jovem adulta) do que as mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 0,6% e 0,1% na população total e de 0,7% e 0,0% na jovem adulta), bem como taxas de continuidade dos consumos mais altas.

Lisboa, Algarve e os Açores (NUTS II) apresentaram em 2012, prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida acima da média nacional, na população total e na jovem adulta. Quanto aos consumos recentes (últimos 12 meses), Lisboa apresentou prevalências de consumo acima da média nacional em ambas as populações, e o Alentejo e o Algarve apenas a nível da população jovem adulta.

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*¹³⁹, realizado em 2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, nos jovens portugueses, a perceção de *risco*

¹³⁵ Balsa et al., 2013.

¹³⁶ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹³⁷ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores nacionais responsáveis pelo estudo analisaram várias hipóteses explicativas, e avançam como uma das mais plausíveis a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração em curso.

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

¹³⁹ The Gallup Organization, 2011. Estudo realizado em 27 países europeus. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à perceção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-20 por razões de comparabilidade europeia.

elevado para a saúde associado ao consumo ocasional (*uma ou duas vezes*) de substâncias ilícitas, era bastante superior em relação à cocaína (65%) comparativamente ao ecstasy e à cannabis. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o consumo regular de cocaína (94%). Comparando com as médias europeias, constata-se que as percepções dos jovens portugueses de 15-24 anos, de um modo geral acompanham as médias europeias.

Nas **populações escolares**, foram realizados neste ciclo estratégico vários estudos nacionais inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁴⁰ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁴¹ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁴² (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁴³ (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 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 - 2012

Estudos		Consumos									
		2001	2002	2003	2006	2007	2008/09	2010	2011	2012	
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	0,9	—	—	—	1,9	—	—	—	1,2	
	Pop. Jov em Adulta (15-34 anos)	1,3	—	—	—	2,8	—	—	—	1,4	
Pop. 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	—	
	13 anos	—	—	1,5	—	1,6	—	—	1,8	—	
	14 anos	—	—	2,4	—	2,5	—	—	2,3	—	
	ECATD 15 anos	—	—	2,4	—	3,3	—	—	3,3	—	
	16 anos	—	—	2,5	—	3,3	—	—	2,8	—	
População de Condutores	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., 2013; 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 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

¹⁴⁰ 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).

¹⁴¹ 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).

¹⁴² 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).

¹⁴³ 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).

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, constatarem-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. 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, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias entre os alunos do 3.º Ciclo, e, nos alunos do Secundário, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 12 meses e uma estabilização das prevalências de consumo nos últimos 30 dias.

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. 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. 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*¹⁴⁴, 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 regular¹⁴⁵ de cocaína (1,9% em 2001 e 0,8% em 2007).

Neste ciclo estratégico foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹⁴⁶. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹⁴⁷.

No caso dos condutores em geral, a prevalência de cocaína em Portugal foi muito residual (0,03%), representando a mais baixa prevalência dos 13 países europeus incluídos no estudo (igual à da Finlândia), sendo muito inferior à média da Europa (0,4%) e da Europa do Sul (1,2%). A cocaína foi mais prevalente nas noites de fim-de-semana. No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, a cocaína foi a segunda droga ilícita mais prevalente (1,4%) em Portugal, representando a maior prevalência dos 4 países incluídos neste estudo (muito próxima à da Suécia).

A nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, em 2011 uma vez mais foi consolidada a tendência de maior visibilidade da cocaína manifestada na segunda

¹⁴⁴ Torres et al., 2009.

¹⁴⁵ Todos os dias no último mês na prisão.

¹⁴⁶ 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.

¹⁴⁷ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

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 cocaína¹⁴⁸ como a segunda droga principal mais referida pelos grupos de utentes que em 2012 estiveram em tratamento nas diferentes estruturas de tratamento da toxicod dependência (entre 6% e 37%), sendo já a droga ilícita mais referida pelos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas. Nos anos mais recentes verificaram-se aumentos no número de utentes em tratamento com a cocaína como droga principal, a nível de quase todas estruturas de tratamento.

Quadro 28 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos

2010 - 2012								
Consumos e Problemas relacionados			2010		2011			
Indicadores Indiretos			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}		
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}		
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes em Tratamento Ano	Cocaína	1 168	5	1 151	5	
			Cocaína + Heroína	17	0,2	30	0,1	
		Novos Utentes	Cocaína	154	13	210	15	
			Cocaína + Heroína	3	0,3	3	0,2	
		Utentes Readmitidos	Cocaína	115	6	132	7	
			Cocaína + Heroína	7	0,4	5	0,3	
	Unidades de Desabituação	Públicas	Cocaína	133	9	134	9	
			Cocaína + Heroína	44	3	27	2	
		Licenciadas	Cocaína	46	7	23	12	
			Cocaína + Heroína	4	1	..	..
		Comunidades Terapêuticas	Cocaína	43	35	42	31	
			Cocaína + Heroína	2	2	1	1	
			Licenciadas	Cocaína	739	19	771	22
				Cocaína + Heroína	107	3	83	2
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		...	...	...	...
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Cocaína	3	6	2	11		
		Cocaína + Outras	23	44	3	16		
Processos de Contraordenação	Só com Cocaína		468	7	461	7		
	Cocaína + Outras Drogas		424	6	341	5		

a) % relativa a cada indicador.

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

c) Casos de overdose.

d) Os dados de 2012 poderão sofrer atualizações no próximo ano, o que exige cautelas na leitura comparativa dos dados.

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde / Instituto Nacional de Estatística, I. P. / Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., uma vez mais por razões de "segredo estatístico"¹⁴⁹, em 2012 não foi possível disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., em 2012¹⁵⁰ destaca-se a presença de cocaína em 52% das 29 overdoses (26% em 2011, 50% em 2010, 43% em 2009 e 54% em 2008) – 15 casos, 6 dos quais em associação com opiáceos. A

¹⁴⁸ Inclui cocaína e base de cocaína.

¹⁴⁹ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹⁵⁰ Os dados de 2012 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

quase totalidade dos casos de *overdose* com a presença de cocaína pertenciam ao sexo masculino (93%) e a maioria aos grupos etários de 30-34 anos e mais velhos (40-44 anos e ≥45 anos). Em relação às mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁵¹ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), em 2012 a cocaína esteve presente em 40 destas mortes (25% do total), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas (75% dos casos com a presença de cocaína).

No âmbito dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cocaína continua a surgir com uma importante inferioridade numérica comparativamente à cannabis, mas já se equiparada à heroína, reflexo do aumento ao longo da década anterior. O número de processos relacionados apenas com cocaína (615), representaram 8% do total de processos relativos às ocorrências de 2012, proporção semelhante às registadas nos últimos anos (7%, 7%, 6%, 8%, 8%, 7% e 6%, em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006). Em relação a 2011, o número de processos relacionados só com cocaína teve um acréscimo de +33%, variação superior à verificada no total de processos de contraordenação (+24%). 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 2012). Os processos de contraordenação relacionados só com cocaína representaram entre 0% (Bragança, Castelo Branco e Vila Real) e 15% (Faro) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2012. 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.

3.2. Oferta

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

De acordo com os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*¹⁵², realizado em 2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, 23% dos jovens portugueses consideravam relativamente *fácil* ou *muito fácil* aceder a cocaína num período de 24 horas (se desejado), sendo esta proporção semelhante à da média europeia (22%). Cerca de 28% dos jovens portugueses consideravam *muito difícil* (média europeia de 28%) e 21% *impossível* (média europeia de 19%) aceder a cocaína num período de 24 horas.

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹⁵³, cerca de 73% dos consumidores de cocaína (ao longo da vida) consideraram *fácil* ou *muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 10% consideraram ser *muito difícil*.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2012 uma vez mais foi consolidada a tendência da maior visibilidade da cocaína ocorrida sobretudo na segunda metade da década anterior.

¹⁵¹ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹⁵² The Gallup Organization, 2011.

¹⁵³ Balsa et al., 2013. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

Em 2012, tal como vem sucedendo desde 2005 e contrariamente aos anos anteriores, o **número de apreensões** de cocaína (1238) foi superior ao de heroína, apesar do decréscimo pelo segundo ano consecutivo (-11% em relação a 2011). A tendência de aumento destas apreensões ao longo da década anterior e particularmente desde 2005, atingiu os números mais elevados entre 2008 e 2010, ocorrendo uma quebra em 2011 e 2012, com o número de apreensões de cocaína em 2012 a representar o valor mais baixo desde 2005.

No entanto, as **quantidades apreendidas** aumentaram (+9%) em relação ao ano anterior, verificando-se no último quadriénio uma tendência de aumento das quantidades apreendidas de cocaína. Cerca de 21% das apreensões de cocaína envolveram **quantidades significativas**¹⁵⁴, representando no entanto, em termos de quantidades apreendidas, a quase totalidade (acima dos 99%) da cocaína confiscada no país em 2012.

Quanto às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destacaram-se, em termos das quantidades apreendidas, a Argentina e o Brasil como os principais países de proveniência da cocaína apreendida em Portugal em 2012 e com informação em matéria de rotas. Apesar da maioria da quantidade de cocaína confiscada se destinar ao mercado interno, existe 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, apesar dos indícios recentes em alguns países europeus de uma maior diversificação destas rotas de tráfico.

Uma vez mais os distritos de Lisboa e Porto destacaram-se em 2012 com o maior número de apreensões de cocaína (43% e 28% do total destas apreensões), tendo sido o distrito de Lisboa que registou as maiores quantidades de cocaína apreendida (78% do total confiscado).

Entre os meios utilizados no **transporte** da cocaína confiscada, tal como nos anos anteriores, destacou-se o transporte marítimo com as maiores quantidades apreendidas em 2012, tendo sido também relevante o transporte aéreo.

O **preço** médio¹⁵⁵ da cocaína em 2012 não apresentou alterações relevantes comparativamente a 2011 (48,01 €/grama em 2010 e 50,07 €/grama em 2011), registando os quatro últimos anos os valores mais elevados desde 2002. Não obstante as flutuações anuais, verifica-se desde 2002 uma tendência de subida do preço médio da cocaína.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses das drogas apreendidas¹⁵⁶ realizadas no LPC/PJ sobre “amostras de rua”¹⁵⁷ de cocaína em pó (sal hidrocloreto, HCl), a forma mais comum em Portugal, constata-se que o seu grau de pureza médio tem vindo a diminuir nos últimos três anos, atingindo os valores mais baixos em 2012.

¹⁵⁴ Consideradas no caso da cocaína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

¹⁵⁵ 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.

¹⁵⁶ As amostras analisadas referem-se apenas às retiradas de circulação, e não é possível fazer análises quantitativas de todas as substâncias apreendidas devido a limitações de recursos.

¹⁵⁷ Embalagens com um peso líquido entre 1g a 10g e inferior a 1g.

Quadro 29 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2010 - 2012

Indicadores da Oferta		2010		2011		2012	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	1 599		1 386		1 238	
	Quantidades Apreendidas (kg)^{b)}	3 244		3 678		4 020	
	Preço Médio (grama)^{b)}	46,00 €		50,07 €		48,01 €	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Cocaína	700	11	678	11	673	11
Condenações	Cocaína+ Outras Drogas	1 483	24	1 253	21	1 136	19
	Indivíduos Condenados						
	Só com Cocaína	343	16	355 ^{c)}	15	323 ^{c)}	16
	Cocaína+ Outras Drogas	552	26	559 ^{c)}	23	465 ^{c)}	23

a) % relativa a cada indicador.

b) Não incluídas as quantidades apreendidas de cocaína com outras unidades de medida/formas de apresentação (Quadro 90 em Anexo).

c) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados relativos a 2012 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2012 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2013 e 31/03/2014.

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

A nível das **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse apenas de cocaína (673) foi semelhante ao do ano anterior (-0.7%), tal como ocorrido com o número total de presumíveis infratores (+0.5%). Nos últimos quatro anos registaram-se os números mais elevados desde 2002 de presumíveis infratores na posse de cocaína, e pelo sétimo ano consecutivo que o seu número foi superior aos que detinham heroína. Quanto à proporção dos que estavam na posse só de cocaína no conjunto dos presumíveis infratores, constata-se nos últimos anos uma tendência para a estabilidade, após o acréscimo ocorrido na primeira metade década anterior (11%, 11%, 11%, 10%, 11%, 12% e 11%, em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006). Tal como sucedido nos anos anteriores, as situações relacionadas só com a posse de cocaína continuam a ter bastante mais importância relativa no grupo de presumíveis traficantes do que no de traficantes-consumidores. Nas situações relacionadas com várias drogas, em 2012 e tal como sucedido nos últimos anos, a presença de cocaína foi predominante, surgindo em 80% destas situações (19% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2012¹⁵⁸ foram condenados 323 indivíduos na posse só de cocaína, representando 16% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (15% em 2011, 16% em 2010, 2009, 2008 e 2007, e 17% em 2006). Nos últimos três anos registaram-se os números mais elevados de sempre de condenados na posse de cocaína, e pelo sétimo 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. À semelhança dos anos anteriores e tal como ocorrido com os presumíveis infratores, as situações relacionadas apenas com a posse de cocaína continuam a ter uma maior importância relativa nos condenados por tráfico do que nos outros grupos. Nas condenações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, em 2012, a cocaína surgiu em 82% destas situações (23% do total das condenações).

¹⁵⁸ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados de 2012 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2012 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2013 e 31/03/2014.

4. Ecstasy

4.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados na população geral, o consumo de ecstasy ganhou maior visibilidade entre 2001 e 2007, surgindo já em 2012 como a segunda droga preferencialmente consumida. Nas 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 2012 foi realizado em Portugal o III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹⁵⁹, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15-64 anos¹⁶⁰ residente em Portugal.

Neste estudo, o ecstasy surgiu em 2012 como a segunda droga preferencialmente consumida, na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis. Entre 2007 e 2012, registou-se na população total uma estabilização das prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida¹⁶¹ (1,3% em 2007 e 2012) e uma ligeira diminuição nos últimos 12 meses (de 0,4% para 0,3%), e diminuições de ambas as prevalências na população jovem adulta (de 2,6% para 2,3% e de 0,9% para 0,6%). Verificou-se uma diminuição das taxas de continuidade do consumo¹⁶² entre 2007 e 2012, na população total (de 32,7% para 19,4%) e na jovem adulta (de 35,1% para 26,3%).

Os homens registaram prevalências de consumo de ecstasy mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 2,0% e 0,4% na população total e de 3,6% e 0,8% na jovem adulta) do que as mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 0,6% e 0,1% na população total e de 1,0% e 0,4% na jovem adulta), embora o grupo feminino apresente taxas de continuidade do consumo mais altas.

Lisboa (NUT II) registou em 2012 prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima da média nacional, tanto na população total como na jovem adulta. Outras regiões também apresentaram prevalências de consumo de ecstasy acima das médias nacionais, como o Algarve (a prevalência de consumo ao longo da vida na população total) e o Alentejo (a prevalência de consumo nos últimos 12 meses na população jovem adulta).

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*¹⁶³, realizado em

¹⁵⁹ Balsa et al., 2013.

¹⁶⁰ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹⁶¹ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores nacionais responsáveis pelo estudo analisaram várias hipóteses explicativas, e avançam como uma das mais plausíveis a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração em curso.

¹⁶² Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁶³ The Gallup Organization, 2011. Estudo realizado em 27 países europeus. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à perceção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-20 por razões de comparabilidade europeia.

2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, nos jovens portugueses a percepção de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional (*uma ou duas vezes*) de substâncias ilícitas, era superior em relação ao ecstasy (51%) comparativamente à cannabis. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o consumo regular de ecstasy (89%). Comparando com as médias europeias, constata-se que as percepções dos jovens portugueses de 15-24 anos, de um modo geral acompanham as médias europeias, sendo de referir, embora com diferenças não relevantes, a menor atribuição de *risco elevado* para a saúde ao consumo ocasional e regular de ecstasy.

Nas **populações escolares**, foram realizados neste ciclo estratégico diversos estudos nacionais inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁶⁴ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁶⁵ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁶⁶ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁶⁷ (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 - 2012

Estudos		Consumos							
		2001	2002	2003	2006	2007	2010	2011	2012
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	0,7	–	–	–	1,3	–	–	1,3
	Pop. Jov em Adulta (15-34 anos)	1,4	–	–	–	2,6	–	–	2,3
Pop. 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	–	–	1,9	–
	INME (Secundário)	4,6	–	–	2,1	–	–	2,0	–
	13 anos	–	–	1,5	–	0,9	–	1,1	–
	14 anos	–	–	3,1	–	1,5	–	1,7	–
	ECATD 15 anos	–	–	2,5	–	2,5	–	2,7	–
	16 anos	–	–	3,7	–	2,3	–	3,0	–
	17 anos	–	–	3,5	–	3,3	–	2,7	–
	18 anos	–	–	4,3	–	4,0	–	2,9	–

Fonte: Balsa et al., 2013; 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 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

¹⁶⁴ 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).

¹⁶⁵ 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).

¹⁶⁶ 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).

¹⁶⁷ 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).

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

Em 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, 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 2006, verificou-se uma diminuição das prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias no 3.º Ciclo e no Secundário.

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. 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 dos alunos. 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 inferior à registada em 2002 (2,2%).

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

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) e com prevalências nos últimos 12 meses que variaram entre 0,9% (13 anos) e 2,7% (16 anos). Entre 2007 e 2011 verificou-se um ligeiro aumento das prevalências de consumo ao longo da vida a nível dos alunos mais novos e uma descida nos mais velhos, mantendo-se no entanto inferiores às registadas em 2003 (exceto nos 15 anos).

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

Os resultados do ESPAD 2003, 2007 e 2011 relativos às percepções do consumo regular de ecstasy, evidenciaram um aumento do risco percebido associado a esse consumo 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 percecionam como de maior risco o consumo regular de ecstasy (em 2011, a média europeia de atribuição de *grande risco* ao consumo regular de ecstasy foi de 73%).

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

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*¹⁶⁸, 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 regular¹⁶⁹ de ecstasy (<0,1% em 2001 e 0,3% em 2007).

Nos indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, o ecstasy continua a ter um papel muito residual. No entanto, contrariamente à diminuição da sua visibilidade nos anos anteriores, em 2011 e 2012 constataram-se aumentos em alguns indicadores, designadamente das mortes e dos processos de contraordenação por consumo de drogas.

Quadro 31 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos

Consumos e Problemas relacionados			2010 – 2012					
Indicadores Indiretos			2010		2011		2012	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura Tratamento: Droga principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	13	0,1	16	0,1	16	0,1
		Novos Utentes	1	0,1	4	0,3	5	0,4
		Utentes Readmitidos	1	0,1	3	0,2	1	0,03
	Unidades de Desabilitação	Utentes Públicas	..	..	..	..	..	..
		Utentes Licenciadas	..	..	..	..	..	..
		Utentes Públicas	..	..	..	..	..	..
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		..	..	..	..	..	..
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Ecstasy	..	..	..	..	1 ^{d)}	3
		Ecstasy + Outras	..	..	1	5	..	..
Processos de Contraordenação	Só com Ecstasy		9	0,1	24	0,4	30	0,4
	Ecstasy + Outras Drogas		18	0,3	42	0,6	44	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 2012 poderão sofrer atualizações no próximo ano.

Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde / Instituto Nacional de Estatística, I. P. / Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P.

¹⁶⁸ Torres et al., 2009.

¹⁶⁹ Todos os dias no último mês na prisão.

No âmbito da **procura de tratamento**, enquanto droga principal, o ecstasy continua a ser muito residual, tendo sido referido por 0,1% dos utentes em tratamento no ano e, por 0,4% dos novos utentes, do ambulatório da rede pública.

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”¹⁷⁰, não foi possível em 2012 disponibilizar informação desagregada a nível das substâncias envolvidas nessas mortes.

Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., em 2012¹⁷¹ registou-se um caso de *overdose* com a presença só de ecstasy. Em 2011 tinha havido um registo de *overdose* com a presença de ecstasy em associação com outras substâncias não opiáceas, e em 2010, tal como em 2009 e 2008, não houve registo da presença de ecstasy em qualquer das *overdoses*. Em relação às mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁷² a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), em 2012, não foi registada a presença de ecstasy em qualquer destes casos.

Também nos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, o ecstasy continua a surgir com valores residuais. Em 2012 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 (30) um aumento de +25% relativamente a 2011. Nos processos envolvendo várias drogas, a presença de ecstasy adquire um pouco mais de visibilidade, estando em 2012 presente em 10% destes processos (0,6% do total de processos). Nos distritos em que foram abertos processos de contraordenação relativos às ocorrências de 2012 relacionadas só com ecstasy, estes representaram para a maioria das CDT menos de 1% dos processos relativos às ocorrências de 2012. Em termos absolutos, mais uma vez foi o distrito de Lisboa que registou o maior número (7) de processos relacionados só com ecstasy.

4.2. Oferta

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

De acordo com os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Youth attitudes on drugs*¹⁷³, realizado em 2011 entre os jovens europeus de 15-24 anos, 22% dos jovens portugueses consideravam relativamente *fácil* ou *muito fácil* aceder a ecstasy num período de 24 horas (se desejado), proporção igual à média europeia (22%). Cerca de 28% dos jovens portugueses consideravam-no *muito difícil* e 20% *impossível*, proporções também iguais às médias europeias.

Nos resultados do ESPAD¹⁷⁴ 2003, 2007 e 2011 também 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,

¹⁷⁰ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹⁷¹ Os dados de 2011 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

¹⁷² Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹⁷³ The Gallup Organization, 2011.

¹⁷⁴ 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).

referiram ser *fácil* ou *muito fácil* arranjar ecstasy). No entanto, comparativamente à média europeia em 2011 (13%), os alunos portugueses declararam maior facilidade de acesso.

Nos resultados do III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹⁷⁵, cerca de 69% dos consumidores de ecstasy (ao longo da vida) consideraram *fácil* ou *muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 10% consideraram ser *muito difícil*.

No âmbito de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, o ecstasy continua a apresentar valores pouco expressivos. Apesar de ter vindo a diminuir na segunda metade da década anterior a sua visibilidade no mercado nacional, nos últimos dois anos alguns indicadores apresentam níveis superiores aos anteriormente registados, sendo no entanto prematuro falar já de um crescimento ou ressurgimento do mercado de ecstasy.

Em 2012 registaram-se 101 **apreensões** de ecstasy, representando um acréscimo de +6% em relação ao ano anterior. É de referir o aumento consecutivo nos três últimos anos no número destas apreensões, contrariamente à tendência de decréscimo verificada entre 2006 e 2009.

As **quantidades** de ecstasy¹⁷⁶ confiscado em 2012 registaram os valores mais altos desde 2007, embora muito aquém dos verificados na primeira metade da década anterior. Em 2012, cerca de 9% das apreensões de ecstasy envolveram **quantidades significativas**¹⁷⁷, representando no entanto, em termos de quantidades apreendidas, a maioria (94%) do ecstasy confiscado no país.

Relativamente às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destaca-se a Holanda como o principal país de proveniência do ecstasy confiscado em Portugal em 2012 e com informação em matéria de rotas, destinando-se na sua maior parte ao mercado interno. Os distritos de Lisboa, de Castelo Branco e do Porto, foram os que registaram os maiores números de apreensões de ecstasy (respetivamente 21%, 17% e 14% do total destas apreensões), destacando-se em termos das quantidades apreendidas o distrito de Santarém, com 82% do total confiscado no país em 2012.

Entre os meios utilizados no **transporte** do ecstasy apreendido, destacou-se uma vez mais o transporte terrestre com as maiores quantidades confiscadas em 2012.

Em 2012, tal como no anterior, não existe informação disponível sobre o **preço**¹⁷⁸ médio do ecstasy.

¹⁷⁵ Balsa et al., 2013. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹⁷⁶ As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria 94/96 de 26 de Março. Em 2012, foram apreendidos 7302 g de ecstasy moído e 867 comprimidos.

¹⁷⁷ Consideradas no caso do ecstasy as quantidades iguais ou superiores a 250 comprimidos, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

¹⁷⁸ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses das drogas apreendidas ¹⁷⁹ realizadas no LPC/PJ, as efetuadas em “amostras de rua” ¹⁸⁰ de comprimidos de ecstasy indicam um aumento do seu grau de pureza médio (MDMA) nos últimos três anos, apesar de o escasso número de lotes analisados exigir algumas cautelas na leitura destes dados.

Quadro 32 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2010 - 2012

Indicadores da Oferta		2010		2011		2012	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	86		95		101	
	Quantidades Apreendidas ^{b)} (kg)	48 370		7 791		73 887	
	Preço Médio (grama)	3,68 €		— ^{c)}		— ^{c)}	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Ecstasy	9	0,1	17	0,3	17	0,3
Condenações	Ecstasy + Outras Drogas	139	2	137	2	162	3
	Indivíduos Condenados						
	Só com Ecstasy	5	0,2	12 ^{d)}	0,5	2 ^{d)}	0,1
	Ecstasy + Outras Drogas	22	1	26 ^{d)}	1	30 ^{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. Em 2012, foram apreendidos 7302 g de ecstasy moído e 867 comprimidos.

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

d) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados relativos a 2012 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2012 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2013 e 31/03/2014.

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

A nível das **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, 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. Este número mantém-se igual ao de 2011, representando no entanto quase o dobro dos registados em 2009 e 2010 (anos em que se verificaram os valores mais baixos da década anterior). Nas situações envolvendo várias drogas, o ecstasy adquire um pouco mais de visibilidade, surgindo em 2012, em 11% destas situações (3% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2012¹⁸¹ foram condenados 2 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 2012, presente em 5% destas situações (1% do total das condenações).

¹⁷⁹ As amostras analisadas referem-se apenas às retiradas de circulação, e não é possível fazer análises quantitativas de todas as substâncias apreendidas devido a limitações de recursos.

¹⁸⁰ Embalagens com um peso líquido entre 1g a 10g e inferior a 1g.

¹⁸¹ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados relativos a 2012 ainda sofrerão atualizações no próximo ano, com a inclusão das decisões que derem entrada no SICAD entre 31/03/2013 e 31/03/2014.

5. Outras Drogas e Policonsumos

5.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos resultados dos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados recentemente na população geral e nas populações escolares, são de destacar os aumentos nas prevalências de consumo de LSD.

Em 2012 foi realizado em Portugal o terceiro *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral* ¹⁸², replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos ¹⁸³ residente em Portugal.

Entre 2007 e 2012, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida ¹⁸⁴ e nos últimos 12 meses na população total (respetivamente de 0,9% para 0,5% e de 0,2% para 0,0%) e na jovem adulta (de 1,3% para 0,5% e de 0,4% para 0,1%).

As prevalências de consumo de LSD ao longo da vida mantiveram-se iguais entre 2007 e 2012 na população total (0,6%) e na jovem adulta (0,9%), e as prevalências de consumo nos últimos 12 meses aumentaram ligeiramente na população total (de 0,1% para 0,2%) e na jovem adulta (de 0,3% para 0,4%). Em contrapartida, as prevalências de consumo de cogumelos alucinogénios ao longo da vida diminuíram em ambas as populações (de 0,8 para 0,6% na população total e de 1,4% para 1,1% na jovem adulta) e as dos últimos 12 meses mantiveram-se iguais (0,1% na população total) ou diminuíram ligeiramente (de 0,3% para 0,2% na população jovem adulta).

Ao contrário do sucedido com as outras drogas, o LSD registou uma subida das taxas de continuidade do consumo ¹⁸⁵ entre 2007 e 2012, na população total (de 20,5% para 29,5%) e na jovem adulta (de 28,3% para 51,5%), surgindo, a par da cannabis, com as taxas de continuidade dos consumos mais elevadas).

Os homens registaram prevalências e taxas de continuidade do consumo de anfetaminas mais altas do que as mulheres, na população total e na jovem adulta. Tal ocorreu também a nível do consumo de LSD, mas no caso dos cogumelos alucinogénios as mulheres de ambas as populações apresentaram prevalências de consumos recentes iguais às dos homens e taxas de continuidade do consumo superiores.

Lisboa, Alentejo e Algarve (NUTS II), apresentaram em 2012 prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas acima da média nacional em ambas as populações, mas no caso dos consumos recentes tal sucedeu apenas em Lisboa e nos Açores. Quanto ao consumo de LSD, destacou-se Lisboa com prevalências ao longo da vida e últimos 12 meses acima da

¹⁸² Balsa et al., 2013.

¹⁸³ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹⁸⁴ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores nacionais responsáveis pelo estudo analisaram várias hipóteses explicativas, e avançam como uma das mais plausíveis a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração em curso.

¹⁸⁵ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

média nacional em ambas as populações, e também o Alentejo no caso dos consumos recentes na população jovem adulta. Também no consumo de cogumelos alucinogénios se destaca Lisboa com prevalências ao longo da vida e últimos 12 meses acima da média nacional em ambas as populações, e os Açores no caso dos consumos recentes.

Nas **populações escolares**, foram realizados neste ciclo estratégico diversos estudos nacionais inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁸⁶ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁸⁷ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁸⁸ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁸⁹ (alunos dos 13 aos 18 anos), 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. No INME, em 2006 as prevalências de consumo de anfetaminas foram superiores às de alucinogénios no 3.º Ciclo e no Secundário. 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 nos últimos 12 meses, e uma estabilização das prevalências nos últimos 30 dias. Também diminuíram as prevalências de consumo de alucinogénios ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias no 3.º Ciclo, registando-se no Secundário um decréscimo das prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses, 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 idênticas às da maioria das outras drogas que não cannabis, apresentando o LSD ou outros alucinogénios¹⁹⁰ uma prevalência de consumo inferior. 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

¹⁸⁶ Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006 e 2010, encontram-se publicados (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010).

¹⁸⁷ O INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar - teve início no IDT, I.P. em 2001 e foi repetido em 2006 (Feijão & Lavado, 2002a; Feijão & Lavado, 2002b; Feijão, 2008a; Feijão, 2008b) e 2011 (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

¹⁸⁸ Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007 e 2011 encontram-se publicados (Hibell et al., 1997; Hibell et al., 2000; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

¹⁸⁹ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I.P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

¹⁹⁰ No ESPAD, a categoria LSD e outros alucinogénios não inclui os cogumelos alucinogénios, pois estes são uma categoria específica.

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 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 dos alunos. 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. No 3.º Ciclo as prevalências de consumo destas substâncias nos últimos 12 meses e no último mês foram cerca de 1%. No Secundário as prevalências de consumo destas substâncias nos últimos 12 meses foram cerca de 2% e no último mês cerca de 1%. Entre 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*¹⁹¹, 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 regular¹⁹² de anfetaminas (<0,1% em 2001 e 0,3% em 2007).

Neste ciclo estratégico foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹⁹³. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹⁹⁴.

No caso dos condutores em geral, entre os 13 países incluídos no estudo, Portugal registou a terceira maior prevalência de combinações de álcool com outras substâncias psicoativas (0,4%) – semelhante à média europeia (0,4%) e inferior à média da Europa do Sul (1,0%) -, e no caso das outras combinações de substâncias psicoativas sem o álcool, apresentou a sexta maior prevalência (0,2%), aquém da média europeia (0,4%) e da Europa do Sul (0,9%). No estudo dos condutores mortos em acidentes de viação, a prevalência de anfetaminas foi nula, contrariamente aos outros 3 países em que as anfetaminas foram a droga ilícita mais prevalente. Quanto às associações destas substâncias, Portugal registou a segunda menor prevalência de combinações de álcool com outras substâncias psicoativas (6,0%) e a menor prevalência de combinações de substâncias psicoativas sem álcool (0,4%), entre os quatro países incluídos neste estudo.

A nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a referência isolada a outras substâncias ilícitas para além de opiáceos, cocaína e cannabis, mantém-se pouco expressiva. As situações relacionadas com policonsumos continuam a ser relevantes.

No contexto da **procura de tratamento**, o consumo de anfetaminas e de alucinogénios enquanto drogas principais é ainda muito residual, continuando a ter maior relevância o

¹⁹¹ Torres et al., 2009.

¹⁹² Todos os dias no último mês na prisão.

¹⁹³ 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.

¹⁹⁴ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

consumo de algumas substâncias lícitas, sobretudo o álcool. Em 2012, as referências ao consumo de heroína associado à cocaína ou base de cocaína (*speedball* ou *rebolau*) como droga principal, nos diferentes grupos de utentes em tratamento não ultrapassaram os 2%, com os utentes das Unidades de Desabilitação públicas e das Comunidades Terapêuticas licenciadas a apresentarem as proporções de 2%.

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”¹⁹⁵, não foi possível em 2012 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 INMLCF, I.P., tal como nos anos anteriores, na maioria (76%) dos casos de overdose de 2012¹⁹⁶ foram detetadas mais do que uma substância (79% em 2011, 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 2012 as overdoses com a presença simultânea de opiáceos com outras substâncias ilícitas (38% do total de overdoses), designadamente com cocaína (21%) e/ou com metadona (14%). Importa referir também, em combinação com as substâncias ilícitas, os casos de overdose com a presença de álcool (38%, 37%, 44%, 57% e 47% das overdoses de 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008), bem como com a presença de benzodiazepinas (28%, 42%, 35%, 38% e 39% das overdoses de 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). A maioria das overdoses envolvendo mais do que uma substância pertenciam ao género masculino e cerca de 59% destes casos tinham entre 25- 39 anos.

Em relação às mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁹⁷ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), na sua maioria (60%) foram detetadas mais do que uma substância, considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. É de destacar em 2012, em associação com as substâncias ilícitas, a presença de álcool (32%) e/ou de benzodiazepinas (23%).

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 2012, o número de processos relacionados com a posse simultânea de várias drogas (453) aumentou em relação ao ano anterior (+ 6%), representando 6% das ocorrências de 2012 (7%, 7%, 6%, 10%, 10% e 9%, em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006). Nestes processos envolvendo várias drogas, predominou mais uma vez a posse de heroína só com cocaína (3% do total de processos e 58% dos processos relacionados com várias drogas), e, tal como já ocorrido desde 2004 e contrariamente ao sucedido nos anos anteriores, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis em vez de heroína com cannabis, sendo pela primeira vez este ano mais expressiva a associação de ecstasy com cannabis do que a associação de heroína com cannabis. Os processos envolvendo várias drogas representaram entre 2% (Setúbal e Évora) e 27% (Beja) dos processos abertos em cada uma das CDT relativos às ocorrências de 2012. Em valores absolutos,

¹⁹⁵ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹⁹⁶ Os dados de 2012 serão ainda objeto de atualização no próximo ano.

¹⁹⁷ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

destacou-se o distrito do Porto com o número mais elevado de processos relacionados com várias drogas.

5.2. Oferta

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

De acordo com os resultados do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* ¹⁹⁸, em 2003, 2007 e 2011, as anfetaminas foram consideradas pelos alunos portugueses de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis, apesar de ter aumentado entre 2003 e 2011 a facilidade percebida de acesso às anfetaminas (14%, 15% e 12%, em 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil* ou *muito fácil* obter anfetaminas). Comparativamente à média europeia em 2011 (12%), os alunos portugueses declararam maior facilidade de acesso às anfetaminas.

Nos resultados do terceiro *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral* ¹⁹⁹, realizado em 2012, cerca de 80% dos consumidores de anfetaminas (ao longo da vida) consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 5% consideraram ser *muito difícil*, sendo de destacar, dos resultados dos estudos de 2001, 2007 e 2012, o aumento da facilidade percebida de acesso às anfetaminas. Quanto aos alucinogénios, cerca de 34% dos consumidores de LSD e 55% dos consumidores de cogumelos alucinogénios consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a essas substâncias num período de 24 horas (se desejado) e respetivamente 49% e 22% consideraram ser *muito difícil*.

Em 2012 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 referidas algumas delas²⁰⁰. 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 2012, são de destacar, seja pelas **quantidades** apreendidas e/ou pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, algumas substâncias estimulantes: as quantidades apreendidas de mefedrona (81,8 Kg. no distrito de Lisboa), poderão indiciar a tendência manifestada em alguns países europeus de disponibilidade desta substância no mercado ilícito e com uma elevada procura, sendo assinalada como um exemplo raro de transição de novas substâncias psicoativas para o mercado ilícito; as quantidades apreendidas de 2C-B (912 comprimidos no distrito de Santarém), cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2006 (apenas 1 cápsula) sem registos posteriores até 2012; e as quantidades apreendidas de metilfenidato (5,1 Kg. no distrito de Lisboa), com o primeiro registo de apreensão em 2012.

¹⁹⁸ 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).

¹⁹⁹ Balsa et al., 2013. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

²⁰⁰ Ver informação anual constante na nota a) do Quadro 90 do volume Anexo deste Relatório.

Em relação às anfetaminas (218 g apreendidas em 2012), as maiores quantidades confiscadas registaram-se no distrito do Porto (71%). As quantidades de metanfetaminas confiscadas em 2012 foram residuais (10 g) e na sua quase totalidade no distrito de Setúbal (98%).

No que se refere a alucinogénios, uma vez mais foram registadas apreensões de LSD (23 g, 2 frascos e 762 selos), de cogumelos alucinogénios (247 g) e de mescalina (22 g). As maiores quantidades de selos de LSD foram apreendidas nos distritos de Castelo Branco (51%), Braga (13%) e Lisboa (13%), as maiores quantidades de cogumelos alucinogénios nos distritos de Castelo Branco (63%) e Lisboa (12%), e a totalidade da mescalina foi confiscada no distrito do Porto.

Em 2012 uma vez mais foram apreendidas uma variedade de benzodiazepinas (455 comprimidos), tendo sido as maiores quantidades confiscadas no distrito de Lisboa e na Região Autónoma dos Açores (sobretudo na Ilha de São Miguel).

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse de várias drogas (1412) foi inferior ao registado no ano anterior (-9%), apesar da estabilidade registada a nível do número total de presumíveis infratores (+0,5%). O valor registado em 2012 é o mais baixo desde 2001, contrariando a tendência de estabilidade ocorrida desde 2006 (com um pico pontual em 2010). Os presumíveis infratores na posse de várias drogas representaram em 2012 cerca de 23% do total de presumíveis infratores (26%, 29%, 26%, 30%, 32%, 29% e 34%, respetivamente em 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006). À semelhança dos anos anteriores, uma vez mais predominou neste tipo de situações, a associação de heroína com cocaína, seguindo-se-lhe a associação só de cocaína com cannabis e a associação de heroína com cocaína e cannabis.

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2012²⁰¹ foram condenados 565 indivíduos na posse de várias drogas, representando 28% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga, proporção ligeiramente inferior às registadas nos últimos anos: 30% em 2011 e 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.

²⁰¹ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2011 e 2012 que deram entrada no SICAD até 31/03/2013. Os dados de 2012 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2012 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2013 e 31/03/2014.

Parte B

Respostas e Intervenções

Áreas Transversais

IV – Coordenação

V – Cooperação Internacional

VI - Informação, Investigação, Formação e Avaliação

IV – Coordenação²⁰²

1.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Os planos nacional e de ação do ciclo estratégico 2005-2012 contra a droga e as toxicodependências estipularam dois tipos de avaliação, uma avaliação interna contínua, com a realização de uma avaliação intermédia coincidente com o termo do primeiro Plano de Ação **e uma avaliação externa,** contratualizada a uma entidade externa multidisciplinar, integrando especialistas nacionais e internacionais.

O ano de 2012 foi marcado por um clima de ampla mudança institucional, com a implementação do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), após as reestruturações já ocorridas em anos anteriores devido à aplicação do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE).

Daí decorre que o ambiente organizacional subjacente à implementação e avaliação do **Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT) e do Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012** tenha estado sujeito a uma significativa modificação estrutural, que se refletiu na rotatividade dos representantes nas Subcomissões e na Comissão Técnica do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, e na capacidade decisória das hierarquias dos serviços competentes a curto prazo. Por esse motivo, a avaliação interna desses Planos não foi concluída em 2012. Não obstante, estiveram envolvidos no acompanhamento dos trabalhos das Subcomissões 103 representantes, oriundos de 43 organismos.

O procedimento concursal para a seleção da entidade avaliadora foi lançado ainda em 2011 pelo ex-IDT, I.P. na sequência da aprovação dos termos de referência pela Comissão Técnica do Conselho Interministerial.

Ao longo de 2012, a entidade à qual foi adjudicada a avaliação, procedeu à recolha e análise da informação, articulando diretamente com a Subcomissão da Comissão Técnica Acompanhamento e Avaliação, tal como disposto no Plano Nacional. Esta Subcomissão, que é presidida pelo Coordenador Nacional e integra os Coordenadores das restantes Subcomissões, realizou reuniões para articulação da avaliação em curso, tendo os coordenadores por sua vez articulado com as entidades representadas nas respetivas Subcomissões. O relatório da **avaliação externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012** foi apresentado à Comissão Técnica do Conselho Interministerial em outubro de 2012, tendo a **Divulgação pública dos resultados** sido agendada para o início de 2013. De salientar que o funcionamento da Estrutura de Coordenação foi considerado como uma das mais-valias da política nacional em matéria da redução do consumo de substâncias psicoativas, de prevenção dos comportamentos aditivos e da diminuição das dependências, tanto pela avaliação externa ao PNCDT como nos relatórios da avaliação interna das Subcomissões.

²⁰² Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, capítulo Coordenação, disponível no sítio web do SICAD. (<http://www.sicad.pt>).

Ainda no âmbito da Comissão Técnica do Conselho Interministerial, foi acordada a criação de um grupo de trabalho para articular as competências e o conhecimento, com vista a solucionar o problema relacionado com a proliferação de **pontos de venda de novas substâncias psicoativas** (NSP) e sua crescente procura, cujo consumo ameaça gravemente a saúde pública. O trabalho desenvolvido culminou com a **apresentação à tutela de uma proposta** que visou a sua aprovação e publicação em **decreto-lei** que regula a produção, importação, exportação, publicitação, distribuição, venda, detenção ou disponibilização de novas substâncias psicoativas, cuja lista foi definida em portaria complementar, exceto, quando destinadas a fins industriais ou uso farmacêutico, as quais passaram a estar proibidas (Decreto-lei n.º 54/2013, de 17 de abril e Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril).

No ano em referência foi iniciado o processo de elaboração do quadro concetual e esboço do **Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020**. O quadro concetual e o esboço do Plano foram apresentados aos representantes dos Ministros da Estrutura de Coordenação pelo Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, na 23ª reunião da Comissão Técnica do Conselho Interministerial, realizada em 11 de dezembro de 2012.

V – Cooperação Internacional²⁰³

1.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

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 da Droga e das Toxicodependências [objetivo operacional 7], o SICAD assegurou a representação nacional, nas reuniões do **Grupo Horizontal Drogas (GHD)**²⁰⁴, destacando-se, em 2012 a **elaboração da Estratégia da UE de Luta contra a Droga para o período 2013-2020**. As Presidências do GHD, no ano em referência, foram asseguradas pela Dinamarca e pelo Chipre.

Com vista a promover a presença de Portugal nos fora internacionais, designadamente no contexto das Nações Unidas e da OMS [objetivo operacional 8], o SICAD participou, na **sessão anual da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas (CND)**, estrutura que, no âmbito das Nações Unidas, é responsável por todas as questões relativas à luta contra a droga e a toxicodependência.

Contribuindo para manter o nível de participação no Grupo Pompidou do Conselho da Europa [objetivo operacional 9], é de assinalar o reforço da participação nacional em diversos grupos de trabalho sobre temáticas específicas, dando visibilidade ao trabalho desenvolvido a nível nacional. Ainda, neste contexto, foi manifestado interesse, por parte do seu Secretário Executivo, em dar continuidade à participação nacional nas atividades da rede **Med-NET** (*Mediterranean network for co-operation on drugs and addictions*)²⁰⁵, reconhecendo o know-how que Portugal possui em diversas áreas. Tal refletiu-se, em 2012, na participação do SICAD nas reuniões da rede Med-NET e ainda em atividades específicas como foi o caso do *Regional seminar on the use of drug research in policy in the Mediterranean Region*.

Refira-se, também, a continuidade da cooperação, iniciada em 2011, no âmbito do **Expert Group on the Prevention of Drug Use in the Work Place**, concretizada na publicação do documento “Segurança e Saúde do Trabalho e a Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas: Linhas Orientadoras para Intervenção em Meio Laboral”, no site do Grupo Pompidou²⁰⁶, bem como, a participação nacional na elaboração do Quadro de Referência relativo à Prevenção de Álcool e Drogas no Local de Trabalho, aprovado na Conferência Internacional de Estrasburgo.

²⁰³ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, capítulo Cooperação Internacional, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>).

²⁰⁴ O Grupo Horizontal Drogas (GHD), grupo transpilar do Conselho da União Europeia, é responsável pela coordenação das políticas e estratégias da UE em matéria de drogas. A sua área de competência abrange todos os domínios relevantes que envolvem o tema drogas, cabendo aos demais grupos de trabalho informar o GHD dos desenvolvimentos ocorridos em cada um deles, nesta matéria.

²⁰⁵ A rede Med-NET visa promover a cooperação, o intercâmbio de experiências e a transferência de conhecimento entre os países participantes, respetivamente a Argélia, Chipre, França Grécia, Itália, Jordânia, Líbano, Malta, Marrocos, Portugal e Tunísia.

²⁰⁶ Este documento foi traduzido para a língua inglesa pelo Grupo Pompidou, em resultado do reconhecimento da sua qualidade. O referido documento foi elaborado pelo ex-IDT, I.P. e outras entidades, entre as quais a Autoridade para as Condições do Trabalho.

De mencionar, ainda, no âmbito dos trabalhos desenvolvidos pelo **Coherent Policy Expert Group**, que o Grupo Pompidou publicou os resultados da investigação em matéria de coerência das políticas relativas a substâncias psicoativas, reflexão na qual o SICAD participou ativamente. A publicação "*Reflections on the concept of coherency for a policy on psychoactive substances and beyond*", inclui um capítulo sobre Portugal, elaborado pela representante do SICAD naquele grupo de peritos.

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 do Relatório "*Portugal New developments, trends and in-depth information on selected issues*" e dos Tópicos Especiais "*Drug Policies of large European cities*" e "*Residential treatment for drug users in Europe*". Também, em 2012, foram preenchidas e submetidas todas as tabelas standardizadas e questionários estruturados na aplicação FONTE do OEDT. O SICAD assegurou, ainda, a representação nacional na rede de Correspondentes Legais do OEDT (*European Legal Database on Drugs*), responsáveis por atualizar uma base de dados online com informação sobre legislação em matéria de drogas nos Estados Membros.

No sentido de promover o desenvolvimento da cooperação com as estruturas da redução da procura de outros países, nomeadamente da UE [objetivo operacional 13], participou nos processos negociais, coordenados pelo MNE, com vista à elaboração de **quatro novos instrumentos de cooperação**. Por outro lado, importa igualmente referir que, fruto da **visibilidade internacional que a política portuguesa em matéria de drogas suscitou ao longo dos últimos anos**, o SICAD organizou, acompanhou e apoiou as visitas de 15 delegações estrangeiras, institucionais ou de outra natureza, que se deslocaram a Portugal. Importa ainda referir as inúmeras solicitações externas dirigidas ao SICAD, com vista a apresentar a política portuguesa em matéria de CAD, designadamente a Lei da Descriminalização das Drogas, sendo de destacar as apresentações efetuadas no Fórum Internacional sobre Políticas de Regulação do Consumo de Drogas, no México; na Academia de Jurisprudência e Legislação, em Porto Rico; na Primeira Conferência Internacional sobre Aplicação da Lei e Saúde Pública, na Austrália; na Conferência da *Ditchley Foundation*, no Reino Unido, entre outras.

Com o objetivo de *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], o SICAD participou numa missão²⁰⁷ do *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), de avaliação da situação em matéria de redução da procura e das respostas existentes na Guiné-Bissau e em Cabo Verde.

²⁰⁷ A missão consistiu numa investigação qualitativa, através da análise dos dados disponíveis e de trabalho de campo para recolher informação de fontes relevantes (autoridades governamentais, peritos, profissionais, técnicos e *stakeholders* de organizações governamentais e não governamentais).

Tendo em vista o 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 continuação da participação no **Programa COPOLAD-Programa de Cooperação entre a América Latina e a UE sobre políticas de luta contra droga**²⁰⁸. Este Programa, que teve início em janeiro de 2011, 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, Chile, Colômbia e Uruguai, sendo que Portugal participa em três dos quatro componentes do Programa²⁰⁹ e coordena as atividades relativas à consolidação de Observatórios Nacionais. No âmbito da componente 2, importa referir que o SICAD foi responsável pela coordenação do Workshop sobre sistemas de recolha de dados dos pacientes em tratamento (São José, na Costa Rica) e participou na elaboração de um sistema interativo de apoio à planificação e avaliação de programas de redução da procura e na definição de critérios de qualidade para os programas de redução da procura.

Na sequência de convites endereçados pela Entidade de Coordenação e Execução do COPOLAD, foram ainda desenvolvidas outras atividades, como a participação no Seminário sobre políticas de descentralização; na Reunião de trabalho e consenso sobre métodos, indicadores e protocolos; no Curso de Bioestatística e no Workshop sobre centros de documentação.

1.2. Direção-Geral de Política Externa

A Direção-Geral de Política Externa (DGPE) 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 Dinamarquesa e Cipriota** da UE, com a implementação do Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga (2009-2012) no quadro da Estratégia da UE (2005-2012) e debruçaram-se sobre a negociação da nova Estratégia da União Europeia, em matéria de drogas (para o período 2013-2020), o que confirma os princípios da abordagem equilibrada e integrada para a redução da oferta e da procura de droga.

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. Nesse contexto, a DGPE participou ainda em reuniões de peritos sobre

²⁰⁸ O Programa COPOLAD-Programa de Cooperação entre a América Latina e a UE sobre políticas de luta contra droga, tem como objetivo 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.

²⁰⁹ O objetivo global do Programa é o de contribuir para melhorar a coerência, o equilíbrio e o impacto das políticas de luta contra a droga na América Latina e estrutura-se em 4 componentes: Componente 1 – Consolidação do Mecanismo de Coordenação e de Cooperação UE-ALC através de apoio às políticas e de diálogo; Componente 2 – Consolidação dos Observatórios Nacionais; Componente 3 – Reforço das capacidades em matéria de redução da procura; Componente 4 – Reforço das capacidades em matéria de redução da oferta. Portugal participa nas componentes 1, 2 e 3 e coordena a execução de duas atividades previstas no programa de trabalho anual, no âmbito da componente 2.

Criminalidade Transnacional e África Ocidental no âmbito do *West Africa Civil Society Institute* - WACSI (a 30 de outubro) e do *G8 plus* (em Washington, 13 e 14 de novembro).

Durante o primeiro semestre tiveram lugar, em sede do GHD, reuniões de diálogo político da UE com o Azerbaijão, Geórgia, Moldova, Ucrânia e EUA. No segundo semestre, reuniões de diálogo político da UE com os EUA, ALC (América Latina e Caraíbas), Rússia, Pacto Andino (Reunião de alto nível no Equador, em outubro), Brasil e, pela primeira vez, com Marrocos e com o Líbano.

No seguimento do ano anterior, durante os dois semestres foi debatida, de forma sistemática e com o objetivo de alcançar uma abordagem coordenada, a questão da adesão da Bolívia à Convenção de 1961 das Nações Unidas sobre estupefacientes com uma reserva ao artigo 49.º, que estipula a abolição de mascar folha de coca. As autoridades bolivianas sustentam o seu pedido na necessidade de serem respeitadas a herança cultural da Bolívia e as tradições e os costumes indígenas. Concluiu-se a Presidência Cipriota sem ter sido possível chegar a uma posição comum.

Portugal participou ainda nas reuniões semestrais do Grupo de Dublin, que integra os Estados-Membros da UE, EUA, Canadá, Austrália, Noruega, Japão e UNODC.

A **Presidência Dinamarquesa** organizou a Reunião de Alto Nível do Mecanismo de Cooperação e Coordenação entre a UE e a América Latina e Caraíbas (UE-ALC, 4 e 5 de junho), tendo ali sido adotada a Declaração de Bruxelas, sobre a intensificação da coordenação política e da cooperação entre as duas regiões, para combater o problema mundial da droga. De referir que Portugal foi convidado a apresentar a experiência portuguesa da descriminalização, no âmbito do debate temático sobre "Justiça alternativa".

No quadro da concertação de posições da UE junto das Nações Unidas, realça-se a preparação da 55ª sessão anual da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas, que se realizou em Viena, em março. A UE copatrocinou todas as resoluções (12) que foram adotadas.

1.3. Polícia Judiciária

162

A cooperação com as autoridades de aplicação da lei de outros países e com organizações internacionais é 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 uma vez que o território nacional é uma 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 **48 reuniões/conferências**, no âmbito dos grupos preparatórios das Decisões do Conselho da União Europeia, destacando-se, também, a presença na Conferência EUROMED II, na I Conferência regional sobre a prevenção e controle e investigação policial no desvio de precursores de droga, na reunião de coordenadores do projeto EMPACT e na reunião MAOC-N. No Conselho da Europa destacam-se 2 participações e no que concerne à Europol, destacam-se 4 participações²¹⁰. Destacam-se, também, 4 participações da Polícia Judiciária em outras Organizações Intergovernamentais, Redes Internacionais e Grupos ad-hoc.

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)²¹¹, participou 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 173 pedidos de informação, tendo recebido, igualmente 50 pedidos de informação das entidades UNE, GNI, CCPA, SIRENE e Oficiais de Ligação. A PJ participa frequentemente em reuniões da EUROPOL [ação 10.5], 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.

Relativamente à Participação em operações internacionais conjuntas, designadamente da iniciativa do Grupo de Cooperação Aduaneira [ação 10.6], assinala-se a realização da operação conjunta (Joint Customs and Police Operation – JCPO) RADAR, com destaque para a realização de duas reuniões preparatórias, em que esteve presente o representante da PJ.

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, Guiné-Bissau e Angola.

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 134 pedidos. Registaram-se, em 2012, duas participações, no âmbito do projeto COSMAR.

Visando o reforço das relações de colaboração / cooperação com os PALOP, de forma a promover o desenvolvimento de uma política no âmbito da luta contra a droga e a

²¹⁰ 2 participações numa Reunião de Chefes de Unidades Nacionais da Europol, 1 participação na Working group ICT Matters e 1 na European Cybercrime task-force (EUCTF).

²¹¹ A UIF tem 35 Memorandos de entendimento para troca de informação com as congéneres.

toxicodependência, designadamente no quadro da CPLP [objetivo operacional 14], sublinha-se a assessoria às direções de Polícia Judiciária, da Guiné-Bissau, Cabo Verde, Timor-Leste e Angola, continuando a serem desenvolvidos esforços no sentido de se aprofundarem as relações de cooperação entre esses países e Portugal. No que respeita à formação profissional e especializada, desenvolveram-se diversas ações de formação tendo como destinatários funcionários da polícia de Cabo Verde. Promoveu-se, também, o acompanhamento pedagógico dos formandos do curso de formação de inspetores de Timor Leste no processo de estágio, parte dele ocorrido em Portugal [ação 14.2].

Tendo em vista reforçar as relações de colaboração e cooperação com os países da América Latina e Caraíbas, no quadro dos Acordos Bilaterais existentes [objetivo operacional 19], verificou-se uma efetiva troca de informação, uma cooperação e coordenação de esforços no âmbito de investigações entre Portugal e países da América Latina. Assinala-se, ainda, a realização de uma carta rogatória à Argentina. Refira-se, finalmente, a estreita ligação com os oficiais de ligação brasileiros presentes em território nacional.

1.4. Autoridade Tributária e Aduaneira (ex-DGAIEC)

*Contribuindo para 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 Autoridade Tributária e Aduaneira participou no projeto EMPACT – Seminário sobre Avaliação do Risco na área do tráfico de estupefacientes em carga contentores na via marítima. Participou, ainda, em 2 **Operações Aduaneiras Conjuntas RADAR e GULF STREAM** destinadas, designadamente, a prevenir a entrada no Território Comunitário de mercadorias sujeitas a proibições/restrições, nas quais se incluem os estupefacientes.*

164

*Para 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] participou no projeto **PRISM** promovido pelo INCB da ONU, com acompanhamento e difusão de informações no âmbito da Assistência Mútua sobre Precursores de Droga. Ainda relativamente a este objetivo, participou em 2 Operações Aduaneiras Conjuntas no âmbito da OMA: SKY NET, destinada a prevenir o tráfico de precursores, na carga aérea expresso e, na via postal e WESTERLIES, destinada a prevenir o tráfico de metanfetaminas e outras drogas na via aérea.*

*No âmbito do objetivo operacional 14, que visa 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, **foi operacionalizado o memorando de entendimento firmado entre as administrações aduaneiras da CPLP**, através da troca espontânea de informações relacionadas com o tráfico de mercadorias sujeitas a proibições e/ou restrições, onde se incluem os estupefacientes, bem*

como de produtos suscetíveis de colocar em causa a segurança e a proteção dos respetivos países.

1.5. Serviço de Informações Estratégicas de Defesa

Com o objetivo 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 da droga e das toxicodependências* [objetivo operacional 7], refira-se a participação em *fora* internacionais especializados, da UE e da ONU, bem como, em reuniões bilaterais e multilaterais, com reforço dos mecanismos internacionais de cooperação.

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], participou em *fora* específicos da CPLP, mantendo contactos bilaterais com os Serviços de Informações e Forças de Segurança desses países. Participou, também, na realização de *fora* internacionais, no âmbito do combate ao tráfico de estupefacientes. Refira-se, ainda, a atividade de formação dirigida aos PALOP.

Com vista ao reforço das relações de colaboração e cooperação com países da América Latina e Caraíbas, no quadro dos Acordos Bilaterais existentes [objetivo operacional 19], prosseguiu-se esse objetivo através da cooperação com entidades nacionais e estrangeiras visando o controlo do fenómeno. Efetivou-se, nesse ano, o **processo de monitorização e avaliação do tráfico de estupefacientes com origem na América Latina e Caraíbas, com destino à Europa**, sobretudo com utilização das plataformas africanas.

VI – Informação, Investigação, Formação e Avaliação²¹²

1.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Contribuindo para o alargamento, consolidação e otimização do *Sistema de Informação Nacional sobre Drogas e Toxicodependências* – SNIDT [objetivo operacional 21], destaca-se, em 2012, a integração de vários novos Serviços (ANSR, DGA, CIG, DGS, CNCPJ), na **rede nacional de serviços fonte de dados**, designadamente em contextos como o da sinistralidade rodoviária e da violência doméstica. Esta rede é o pilar do trabalho de melhoria e adequação da informação nacional às necessidades europeias e internacionais, que vem sendo consolidada há mais de uma década e que tem permitido trabalhar de forma integrada e sustentável.

Salienta-se, também, a otimização da recolha de dados para a construção de indicadores cientificamente comprovados a nível europeu e internacional, com destaque para os indicadores-chave do OEDT. Esta atividade, suportada pela rede de serviços fonte de dados, teve, em 2012, um investimento particular no indicador **consumidores problemáticos de drogas**, com a participação nos trabalhos do OEDT na reformulação metodológica deste indicador.

Destaca-se a produção de informação a partir da análise dos dados recolhidos nos serviços públicos e organizações privadas com intervenção em matéria de drogas, álcool e toxicodependências, nomeadamente, a elaboração de informação para o *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2011*, enquanto **suporte à avaliação das políticas nesta matéria, à decisão política e ao planeamento da intervenção**, o qual é apresentado anualmente à Assembleia da República; a elaboração de informação periódica para responder a vários compromissos nacionais e internacionais²¹³; a elaboração de informação de suporte à intervenção, gestão e decisão do Serviço, seja em documentos de divulgação interna²¹⁴, seja de divulgação externa. Refira-se, ainda, terem sido assegurados os procedimentos relativos às competências do IDT, I.P. no âmbito do mercado lícito de drogas²¹⁵, assegurando a manutenção das bases de dados sobre pedidos de licenciamento, comunicações de importações / exportações e pedidos de cedência de drogas para fins didáticos ou de investigação, dando resposta a 153 pedidos de licenciamento e 881 comunicações de importações/exportações.

Tendo em vista *monitorizar a evolução, ao longo do tempo, do fenómeno do consumo, em diversas populações* [objetivo operacional 24], foi realizada a revisão do Relatório Europeu **ESPAD-2011** e preparada a respetiva apresentação pública²¹⁶. Procedeu-se à análise dos dados de três estudos aplicados em 2011, respetivamente **ECATD-2011**, **INME / 3º Ciclo-2011** e **INME / Secundário-2011**, bem como elaborada informação para divulgação de resultados. Os

²¹² Ver o volume Anexo ao *Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, capítulo Informação, Investigação, Formação e Avaliação, disponível no sítio web do SICAD. (<http://www.sicad.pt>).

²¹³ Nomeadamente para DGS, INFARMED, OEDT e Nações Unidas.

²¹⁴ Nomeadamente, análises específicas para o Conselho Diretivo e para diversas Unidades dos serviços centrais, regionais e locais.

²¹⁵ Designadamente as previstas nos artigos 7.º e 62.º do Decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, e no artigo 12.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro.

²¹⁶ Conferência de Imprensa em 31 de maio de 2012.

primeiros resultados foram divulgados em Conferências de Imprensa²¹⁷ e elaborados os respetivos Relatórios.

Foi também o ano de aplicação e de análise preliminar de dados do **Inquérito Nacional sobre o Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012 (INPG-2012)**, com vista a monitorizar os padrões de consumo e aprofundar o conhecimento sobre alguns dos seus eventuais determinantes na população geral portuguesa.

Com vista a caracterizar a evolução das perceções e representações sociais das substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências, após 4 anos da aplicação do primeiro estudo, foi repetido o estudo sobre **Perceções e Representações Sociais das Drogas e Toxicodependência - Público jovem Rock-in-Rio**. Em 2012, foi feita a revisão de literatura, a atualização do questionário e a recolha e análise de dados.

Refira-se, ainda, a realização de outros estudos com vista a aprofundar o conhecimento sobre a dimensão e padrões de consumo em subpopulações ou contextos específicos, designadamente, o estudo **Caracterização de Utentes de Projetos de RRMD apoiados pelo SICAD - 2011** e o **Estudo dos Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior – 2012**, este último realizado em articulação com o CNJ/OPJ.

No que respeita ao *aprofundamento do conhecimento sobre dimensões qualitativas e/ou processos ou dinâmicas associadas aos diferentes tipos de consumidores e vertentes do consumo* [objetivo operacional 25], destaca-se a participação em estudos internacionais financiados pela Comunidade Europeia na área de avaliação das políticas, nomeadamente, o estudo **Costing Addictions** (área inovadora no domínio da redução da procura), sobre a avaliação dos custos associados ao álcool e drogas, no âmbito do programa ALICE-RAP²¹⁸ - *Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe-Reframing Addictions Project* e o estudo **New methodological tools for policy and program evaluation**, visando a identificação de novas metodologias de avaliação das políticas implementadas, em que dois dos quatro relatórios finais (*Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries* e *Drug Laws in Europe: main features and comparisons*) integram dados de Portugal. Destaca-se, ainda, como área inovadora no domínio da redução da oferta, a participação no estudo europeu sobre os mercados da droga *Study on the further analysis of the EU illicit market and responses to it – responding to future challenges* (Relatório final: *Further analysis into aspects of the EU illicit drugs market*).

Tendo em vista *promover a divulgação e acesso a informação objetiva e fiável na área das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 22], foi dinamizado o site institucional do ex-IDT, I.P. articulando a atualização dos conteúdos com o envio destes para o Portal da Saúde.

No ano de 2012 o site www.idt.pt teve **606.972 visitas** (721.497, em 2011), sendo o número de **visitantes únicos de 178.596** (226.711, em 2011), registando-se uma ligeira diminuição, relativamente a 2011, quer no número de visitas quer no número de visitantes únicos.

Em 2012 prosseguiu-se com a consolidação da página da *Intranet* do SICAD (*design* e *programação*), criando novas áreas e gerindo a introdução de novos conteúdos.

²¹⁷ O ECATD-2011 foi divulgado a 16 de novembro/2011 e INME/3º Ciclo-2011 e INME/Secundário-2011 a 18 de outubro/2012.

²¹⁸ Programa a 5 anos.

Foram adquiridos (por permuta ou oferta), 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 1.014 registos (2.607, em 2011).

Ainda no âmbito deste objetivo, o IDT, I.P. apoiou 1 publicação em papel:

- Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2012). *Relatório Anual 2011: a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: IDT, I.P.

Foi assegurada a edição/reedição de uma publicação eletrónica, tendo-se produzido e divulgado 100 exemplares em CD-ROM ou DVD e prosseguiu-se o serviço de divulgação de informação (notícias de imprensa, documentos da área), com carácter regular.

Relativamente à área da formação, manteve-se a orientação e o investimento em *potenciar e reforçar as competências dos intervenientes e profissionais que direta ou indiretamente atuem no domínio das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 28], tendo frequentado, pelo menos uma ação de formação, 793 trabalhadores, verificando-se assim o acesso de 51% dos 1.540 efetivos.

Quanto às participações em formação, no ano em análise, observa-se um total de 2.483 participações, sendo que 1.393 participações foram de frequência em ações internas e 1.090 participações em ações externas, continuando por isso a destacar-se com maior peso na formação realizada a formação interna.

Durante o ano de 2012 foram rececionados 230 pedidos para a realização de **estágios académicos** nas Unidades de Intervenção Local do IDT, I.P. e nas CDT. Destes, 222 (97%) foram autorizados e acolhidos pelos serviços.

No que respeita ao apoio técnico pedagógico da atividade formativa, a área da formação esteve envolvida na implementação de onze intervenções formativas, que abrangeram cerca de mil formandos, de diferentes áreas de ação, destacando-se, a título de exemplo, o Projeto EDP Valor, onde, ao abrigo da prestação de serviços em matéria de formação, foram desenvolvidas dezasseis ações de formação que abrangeram 788 formandos, trabalhadores da EDP Valor.

Salienta-se, ainda, a organização de diversos eventos, dos quais se destacam: o *Fórum Nacional Álcool e Saúde*, a 10 de abril de 2012; a organização da divulgação pública dos resultados do *"Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011- Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas - 3º Ciclo e Secundário"*, a 18 de outubro de 2012 e a organização da apresentação do *"Relatório Anual 2011, A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência"* na Assembleia da República, a 12 de dezembro de 2012.

1.2. Direção-Geral da Educação (ex-DGIDC)

Com o intuito de *promover a divulgação e acesso a informação objetiva e fiável na área das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 22] foi atualizado e dinamizado o espaço virtual de informação, comunicação e interação alocado na plataforma Moodle da DGE²¹⁹, divulgada legislação específica, documentação e recursos educativos, programas, projetos e sites relacionados.

No âmbito do *reforço da formação específica dirigida a profissionais que intervêm junto de potenciais consumidores, em particular, os jovens* [ação 28.3], 18% dos agrupamentos e escolas não agrupadas que desenvolveram projetos de promoção e educação para a saúde, no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas, envolveram, técnicos do SICAD, psicólogos, enfermeiros, médicos, técnicos de segurança social, entre outros. Relativamente ao reforço da informação/sensibilização dirigida às famílias e à comunidade, 15% dos agrupamentos e escolas não agrupadas, que desenvolveram projetos de promoção e educação para a saúde, no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas, envolveram pais e 17% envolveram a comunidade.

Com o objetivo de *reforçar a avaliação da qualidade dos serviços prestados e dos resultados alcançados* [objetivo operacional 30], nomeadamente no que diz respeito à *promoção da recolha e processamento regular dos dados relativos aos resultados das intervenções e elaboração de Relatórios de Avaliação* [ação 30.1.] procedeu-se à recolha e processamento dos dados referentes aos temas (prevenção do consumo de tabaco e de álcool; consequências do consumo de substâncias psicoativas; iniciação precoce do consumo de álcool; prevenção do consumo de substâncias psicoativas; comportamentos aditivos; relação entre publicidade e consumo nocivo; fatores protetores na prevenção do consumo de substâncias psicoativas; prevenção do consumo de substância lícitas – recurso a medicamentos; consumo de substâncias lícitas – *smart shops*) abordados por cada agrupamentos e escolas não agrupadas.

No primeiro trimestre do ano em análise foi lançado, na página eletrónica da Educação para a Saúde, a “Candidatura de projetos na área da Promoção e Educação para a Saúde (Edital)”, que contempla as quatro áreas de intervenção prioritária, nomeadamente a área da prevenção de substâncias psicoativas. Cerca de 40% (419) do total nacional de agrupamentos e escolas não agrupadas apresentaram projetos na área da promoção e educação para a saúde. Destas, 96% abordaram a área da prevenção dos consumos de substâncias psicoativas.

²¹⁹ Efetuado um relatório síntese com levantamento de temas introduzidos nas áreas de comunicação multidirecional, das notícias divulgadas, de âmbito local, regional, nacional e europeu, dos títulos contextualizados e divulgados de publicações, documentos, informações e bibliografia relacionada, de projetos e atividades desenvolvidos e partilhados pelas escolas, de materiais realizados e partilhados pelas escolas.

1.3. 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 868 ações (3.988, em 2011), abrangendo 29.912 indivíduos (48.495, em 2011), 417 estruturas (538, em 2011) e 6.485 folhetos/brochuras (5.911, em 2011); em contexto laboral 141 ações (1.241, em 2011), abrangendo 4.279 indivíduos (4.941, em 2011), 374 estruturas (3.031, em 2011) e 3.673 folhetos/brochuras (3.639, em 2011) e, em contexto rodoviário 1.277 ações (561, em 2011), 16.093 indivíduos (6.910, em 2011), 462 estruturas (968, em 2011) e 4.734 folhetos/brochuras (3.048, em 2011).

1.4. Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.

Com o intuito de *potenciar e reforçar as competências dos intervenientes e profissionais que direta ou indiretamente atuam no domínio das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 28], alguns dos Centros de Emprego e Formação Profissional da zona centro, desenvolveram as seguintes atividades durante 2012:

- Divulgação do plano de formação junto dos técnicos do SICAD para encaminhamento de utentes para formação profissional;
- Execução de trabalho próximo e articulado para a integração de utentes do SICAD em formação e posterior acompanhamento;
- Sinalização de formandos com sinais ou em risco de consumo e respetivo encaminhamento para os serviços do SICAD;
- Realização de sessões informativas e de sensibilização junto de grupos de formandos, encarregados de educação e formadores, por parte de técnicos do SICAD, por solicitação das equipas formativas;
- Articulação no âmbito do Núcleo Territorial de Castelo Branco – Programa de Formação “Eu e os Outros” (criado por uma equipa técnica ligada à Linha Vida SOS Droga) e respetiva aplicação;
- Articulação entre os dois serviços locais mobilizando os meios e os recursos necessários para: o acesso dos utentes a medidas ativas de emprego e acompanhamento integrado durante a duração das mesmas; prestação de cuidados integrados e globais, seguindo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de danos e reinserção destes utentes e suas famílias.

1.5. Polícia Judiciária

Contribuindo para o alargamento, consolidação e otimização do Sistema de Informação Nacional sobre Drogas e Toxicodependências – SNIDT [objetivo operacional 21], nomeadamente, no que diz respeito ao reforço da *monitorização da pureza das drogas em diferentes patamares do mercado* [ação 21.2], o Laboratório de Polícia Científica (LPC), da Polícia Judiciária (PJ), procedeu à execução de todas as perícias referentes ao fenómeno do tráfico de droga, procurando, sempre que possível, efetuar uma monitorização do grau de pureza das drogas em diferentes patamares do mercado.

Com o intuito de *promover a divulgação e acesso a informação objetiva e fiável na área das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 22], o LPC da PJ difundiu, no ano 2012, o resultado da sua atividade por diversos organismos internacionais, promovendo, desse modo, a divulgação de informação e conhecimento sobre o fenómeno.

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], foram elaborados 4 relatórios situacionais, de âmbito estatístico e foi, também, efetuada a atualização do estudo sobre “A Problemática da deteção e desmantelamento de laboratórios clandestinos em Portugal (2000-2012)”.

Contribuindo para *aumentar a formação e desenvolver novos métodos e práticas de combate aos crimes associados às drogas* [objetivo operacional 29], nomeadamente a *promoção de formação dirigida aos investigadores da criminalidade associada ao tráfico e consumo de estupefacientes* [ação 29.2], foram realizadas **5 ações de formação, envolvendo 78 formandos** sobre “Combate à Droga”, para oficiais e sargentos, uma palestra sobre “Combate à Traficância-Identificação de Drogas e Recolha de Provas de Crime”, Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependência e, ainda, uma palestra sobre “Tráfico de Estupefacientes”.

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], foram realizadas **3 ações de formação à PJ de Cabo Verde, envolvendo 28 participantes**, no âmbito do tráfico de estupefaciente por via aérea, do tráfico de estupefaciente por via marítima e uma Formação SEACOP - Tráfico Internacional de Estupefaciente por Via Marítima - Módulo Prático (parte II).

1.6. Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar

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 2012, 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 52 militares das Forças Armadas, 20 elementos das Forças de Segurança (PSP e GNR) e 3 elementos da Cruz Vermelha.

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 e Centros de Formação, prevêm-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.

1.7. Polícia de Segurança Pública

Tendo em vista, *potenciar e reforçar as competências dos intervenientes e profissionais que direta ou indiretamente atuam no domínio das drogas e toxicodependências* [objetivo operacional 28], assim como *aumentar a formação e desenvolver novos métodos e práticas de combate aos crimes associados às drogas* [objetivo operacional 29], a PSP realizou três cursos de investigação criminal, abrangendo um total de 100 formandos, bem como 5 ações de reciclagem, de investigação criminal, abrangendo 100 formandos, as quais versaram sobre estas temáticas.

1.8. Autoridade Tributária e Aduaneira (ex-DGAIEC)

Para *aumentar a formação e desenvolver novos métodos e práticas de combate aos crimes associados às drogas* [objetivo operacional 29] foram realizadas, no âmbito dos Precusores de Droga para Operadores Económicos, duas ações de formação/sensibilização para a Indústria Farmacêutica, tendo sido abrangidos 34 Operadores. Foram, ainda, realizadas duas ações de formação de “Análise Estratégica de Ameaças Avançada”, tendo sido abrangidos 20 formandos.

Ainda no âmbito deste objetivo operacional, mas no que diz respeito ao *desenvolvimento e participação, 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 desenvolvida, por um formador, uma ação de formação em Cabo Verde sobre “Luta contra a droga”, abrangendo 15 formandos e, também, uma ação de formação em São Tomé e Príncipe, sobre o tema “Assistência mútua e tráfico de contentores”, dirigida a 12 formandos.

Áreas de Missão

VII - Redução da Procura

1. Plano Operacional de Respostas Integradas, PORI
2. Prevenção
3. Dissuasão
4. Redução de Riscos e Minimização de Danos
5. Tratamento
6. Reinserção

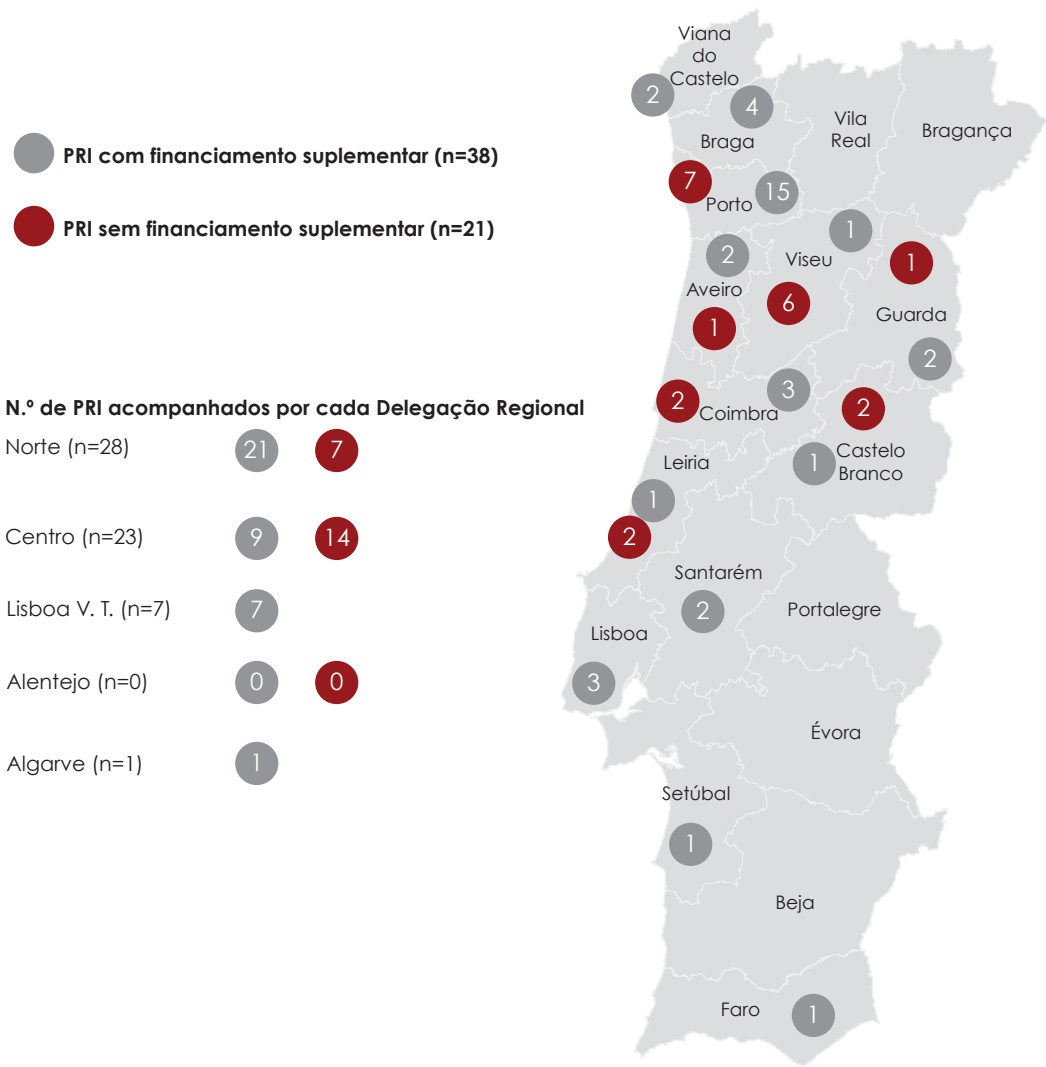
VIII - Redução da Oferta

1. Plano Operacional de Respostas Integradas, PORI

O Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) é uma medida estruturante ao nível da intervenção integrada, no âmbito do consumo de substâncias psicoativas, que privilegia a existência de diagnósticos rigorosos que fundamentem a intervenção no território.

Em 2012, segundo informação disponibilizada pelas regiões, estiveram em funcionamento 59 Programas de Respostas Integradas (PRI), dinamizados pelos respetivos Núcleos Territoriais.

Figura 73 – Programas de Respostas Integradas (PRI), por distrito (N=59)



Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: PORI

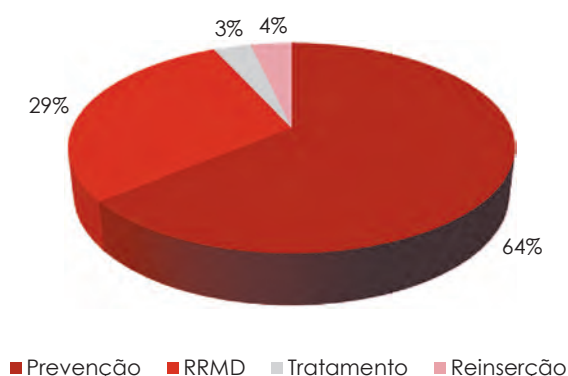
No âmbito dos PRI, estiveram em execução 76 projetos, sendo que na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), para além dos 21 projetos cofinanciados no âmbito dos PRI, estiveram ainda a decorrer 15 projetos, cofinanciados no âmbito da Portaria n.º 749/2007 de 25 de junho²²⁰.

No ano em análise, e à semelhança do ano anterior, foi dada continuidade à recolha mensal de indicadores de processo dos projetos cofinanciados no âmbito dos PRI. Tendo em conta a importância deste procedimento, foi recolhida informação mensal sobre 70 dos 76 projetos em execução, sendo que, no âmbito dos projetos de RRMD implementados ao abrigo da Portaria n.º 749/2007 de 25 de junho, foi recolhida informação de 7 dos 15 projetos em execução²²¹.

Relativamente ao número de pessoas abrangidas (por grupos-alvo) e o tipo de atividades em que participaram em 2012, 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 mais importantes.

Na figura seguinte apresenta-se o número total de indivíduos abrangidos por 77 projetos²²² dos 91 projetos em execução, à exceção dos indivíduos abrangidos em contextos recreativos e/ou festivos.

Figura 74 - Total de indivíduos abrangidos, por eixo de intervenção (N=28.363)



Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: PORI

²²⁰ A Portaria n.º 749/2007 de 25 de junho estabelece a atribuição de financiamento público a programas e estruturas sócio sanitárias de Redução de Riscos e Minimização de Danos no domínio da Droga e da Toxicodependência.

²²¹ Dados sobre a distribuição dos projetos PRI e Portaria n.º 749/2007, com informação concluída e registada na base de dados, por região e eixo de intervenção, podem ser consultados no Relatório de Atividades 2012, do SICAD.

²²² No âmbito dos PRI apenas 70 dos 76 apresentaram informação. No âmbito da Portaria n.º 749/2007 de 25 de junho, apenas 7 das 15 apresentaram informação.

Especificidades por Eixo de Intervenção

No que diz respeito ao número de projetos, por área de intervenção, bem como ao número de indivíduos, relativamente à área da **Prevenção**, nos 34 projetos implementados (62, em 2011), foram abrangidas **18.271 pessoas** (56.372, em 2011); no que diz respeito ao eixo da **Redução de Risco e Minimização de danos**, nos **36 projetos** (21 no âmbito dos PRI e 15 no âmbito da Portaria n.º 749/2007) foram abrangidos **8.230 indivíduos** (6.663, em 2011) e **136.046** em contexto recreativo (46.499, em 2011); no que respeita ao eixo do **Tratamento**, a intervenção foi desenvolvida na região Norte, com **2 projetos** e na região de Lisboa e Vale do Tejo com **1 projeto** (igual em 2011), tendo sido abrangidos **930 utentes** (832, em 2011); no que concerne ao eixo da **Reinserção**, a intervenção foi desenvolvida nas regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, num total de **18 projetos** (34, em 2011, abrangendo **1.011 novos utentes** (2.136, em 2011).

Implementação dos PRI

As alterações verificadas com a extinção do IDT, I.P. e a criação do SICAD, vieram trazer novos desafios na operacionalização do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), com o alargamento do âmbito de intervenção a outros comportamentos aditivos sem substâncias e com a integração de novos *stakeholders*. Neste sentido, importa adaptar os vários documentos e instrumentos definidos no âmbito do PORI, bem como, redefinir o circuito de procedimentos, de forma a clarificar competências e circuitos de informação, investindo na articulação próxima entre os vários intervenientes (SICAD, ARS, CRI, entidades promotoras). Em 2012, deu-se especial destaque à implementação da componente do diagnóstico dos territórios identificados como prioritários. Foram atualizados 55 diagnósticos de necessidades para sustentar a contratualização de respostas em territórios prioritários. Foi nomeada uma Comissão de Análise dos Diagnósticos dos Territórios (CADT) constituída por representantes do SICAD e um representante por região, com o mandato de definir os critérios para a hierarquização dos diagnósticos.

2. Prevenção

2.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Em 2012, foi dada continuidade às intervenções em curso nos anos precedentes, pautando-se estas pela continuidade do desenvolvimento das parcerias e respostas integradas, com parceiros estratégicos, numa lógica de rentabilização de recursos e de conhecimento, evitando duplicação de respostas e de promoção da qualidade das mesmas.

No que se refere às atividades desenvolvidas, deu-se continuidade à parceria, entre a produtora do *Boom Festival*²²³, a Universidade Católica do Porto e o SICAD, com a assinatura de um novo acordo. Esta parceria tem como objetivo a realização de ações de cooperação em matéria de investigação e intervenção nas áreas da prevenção, redução de riscos e minimização de danos do consumo de substâncias psicoativas, dentro do quadro legal em vigor, através da qual se criou o serviço *Kosmicare*²²⁴.

Paralelamente ao projeto de intervenção tem vindo a ser desenvolvido um projeto de investigação, coordenado pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto, através do Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (Linha de avaliação psicológica e intervenção) com apoio e consultoria do SICAD, cujo objetivo geral é o estudo da eficácia do modelo de intervenção *Kosmicare*, baseado num modelo de investigação multi-métodos (qualitativo e quantitativo) operacionalizado em vários estudos, distribuídos por três eixos de investigação: Caracterização do modelo e do processo de implementação do *Kosmicare*; Caracterização da eficácia da intervenção do *Kosmicare*; Definição de um modelo de intervenção em crise, baseado em evidência científica, em ambientes recreativos, no âmbito da prevenção e RRMD.

No sentido de melhorar a qualidade de programas/projetos que promovam intervenções baseadas em evidência científica [objetivo operacional 32] foi apresentado e disponibilizado online um **Catálogo de Boas Práticas - Prevenção das Toxicodependências em Grupos Vulneráveis**. Este catálogo, dirigido a profissionais de entidades públicas ou privadas que intervêm na prevenção do consumo de substâncias psicoativas, visa divulgar as intervenções promovidas neste âmbito, designadamente, as desenvolvidas através do Programa de Intervenção Focalizada (PIF), na perspetiva de contribuir para a melhoria da qualidade e eficácia das atividades de redução da procura de substâncias psicoativas²²⁵.

²²³ O *BOOM Festival* é o maior evento de música *trance* do Mundo, realizado bianualmente em Portugal, em Idanha-a-Nova.

²²⁴ É um serviço de emergência, a funcionar 24 horas, durante todos os dias do festival, que visa intervir na crise psicadélica resultante do consumo de substâncias psicoativas. Para mais informações poderá ser consultado o Relatório de Atividades 2012 do SICAD.

²²⁵ O documento é constituído pelos projetos desenvolvidos em Portugal que obedeceram amplamente e de forma coerente e consistente, quer no que se refere ao desenho, quer à implementação da intervenção, aos pressupostos e *standards* de qualidade atuais em matéria de prevenção.

Na sequência do protocolo existente entre o ex-IDT, I.P. e a CGTP-IN, e com o intuito de dar continuidade ao **projeto EURIDICE**²²⁶, foi adaptado e assinado um novo documento de parceria que vincula o SICAD e essa estrutura sindical. Durante o ano em análise, o projeto EURIDICE continuou a desenvolver-se, tal como previsto, na Câmara Municipal de Loures, Seixal, Águeda, Sesimbra e de Vendas Novas. No âmbito deste protocolo foram, ainda, dinamizadas intervenções em outras duas entidades empregadoras do sector privado e numa empresa do sector público empresarial, tendo sido abrangidos neste âmbito cerca de 100 trabalhadores e 50 dirigentes.

No âmbito do Projeto²²⁷ de Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas - **parceria entre a Casa Pia de Lisboa, I.P. – CPL e o IDT, I.P.**, foi dada continuidade à intervenção, através de reuniões regulares (35) e do acompanhamento dos Grupos de Referência nos Centros de Educação e Desenvolvimento (CED). Iniciou-se, em 2012, a implementação do programa **“SPA - Saber Lidar com as Substâncias Psicoativas: Informar, Desmistificar, Prevenir e Educar”**²²⁸ e respetivo manual, que visa complementar o modelo de intervenção no âmbito do programa Competências Sociais Integradas (CSI), desenvolvido na Casa Pia. Neste âmbito, foram realizadas 10 sessões de formação, tendo sido abrangidos um total de 128 profissionais.

Relativamente à **intervenção em meio escolar**, e contribuindo para o reforço das intervenções de prevenção universal eficazes e avaliadas nas escolas [objetivo operacional 34 (ação 34.2)], foram realizadas, a nível nacional, 210 intervenções e abrangidos 7886 indivíduos. No âmbito do projeto de prevenção universal **Eu e os Outros** foram realizadas 44 ações de formação creditadas pelos técnicos dos CRI (27), com um total de 478 formandos e, fora do âmbito do processo de creditação, 49 formações para 603 formandos. Abrangeram-se, em 2012, **181 escolas** (166, em 2011), **12.449 alunos** (9.871, em 2011) e **740 professores aplicadores** (543, em 2011).

No que respeita à **intervenção em meio académico** e dando continuidade ao trabalho de parceria iniciado com o Conselho Nacional da Juventude, no âmbito do Projeto **ComSUMOS Académicos**, foi iniciado, em Fevereiro de 2012, um grupo de trabalho direccionado ao Estudo dos Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior, integrando para além do ex-IDT/SICAD e do CNJ, o Observatório Português da Juventude do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Clássica de Lisboa. Este grupo trabalhou, ao longo de todo o ano, na produção do instrumento e do desenho do estudo adaptado a um formato *online*, que teve o seu projeto piloto de aplicação, nas Universidades Clássica e Técnica de Lisboa, entre novembro e dezembro.

²²⁶ 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.

²²⁷ O projeto Casa Pia é um projeto de investigação-ação, desenvolvido desde 2005. O projeto enquadra-se no âmbito da intervenção seletiva e indicada em meio escolar e junto de jovens institucionalizados e pretende contribuir para o desenvolvimento saudável dos educandos da CPL numa perspetiva integrada e compreensiva. O objetivo do projeto é implementação de um modelo de intervenção preventiva de carácter seletivo e indicado, adequada às necessidades e características dos grupos-alvo (educandos, famílias e agentes socioeducativos) dos 8 Centros de Educação e Desenvolvimento – CED da CPL.

²²⁸ Este Programa incide em duas componentes, respetivamente, informativa e competências para lidar com as Substâncias Psicoativas; lidar com a pressão e a tomada de decisão face às Substâncias Psicoativas. Dirige-se preferencialmente a educandos do 2.º Ciclo ao Ensino Secundário e educandos da Formação Inicial de Dupla Certificação (FIDC) nas respostas educativas e formativas da CPL, I.P., bem como a educandos em acolhimento residencial a frequentar estes níveis de ensino e formação. É constituído por quatro sessões em cada ano letivo, num total de 32 sessões. Está estruturado por fichas de sessão contendo objetivos específicos, descrição das atividades, técnicas pedagógicas utilizadas e tempo previsto para a sua realização.

Refere-se, também, a concretização de ações pontuais, de carácter estável, durante o ano de 2012, dirigidas ao ensino superior, como é o caso do módulo de formação sobre prevenção primária e gestão de comportamentos de risco, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; o apoio ao trabalho desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, aos grupos de estudantes voluntários que todos os anos desenvolvem ações de sensibilização e intervenção de proximidade; e o suporte dado à Associação Académica de Lisboa na estruturação de uma linha de ação enquadrada na semana académica.

Ainda no âmbito desta linha de ação, foi desenvolvido com o CNJ, uma proposta de trabalho que, tendo por base o **Programa Eu e os Outros**, pudesse incidir sobre a população universitária, permitindo abordar a temática dos consumos abusivos em festividades académicas. Originalmente, esta proposta de trabalho envolveria igualmente a Agência Nacional para a Formação ao Longo da Vida (PROALV), visando a exportação de *know how* e o alargamento desta intervenção a outros países europeus. Esta proposta integraria, deste modo, o acesso a programas de formação no estrangeiro (ERASMUS), conjugando os temas relacionados com a acessibilidade a estes programas, os processos adaptativos que lhe estão associados e o papel dos consumos de substâncias nesses processos adaptativos. Esta linha de ação foi alterada no final do ano, com o alargamento do grupo de parceiros ao CIES e ao IPDJ e com a deslocação do enfoque temático para o consumo das novas substâncias psicoativas. Este novo alinhamento foi batizado com o nome **+SMART ÉS TU** e pressupõe a conjugação de uma linha de investigação em complemento a uma linha de ação na qual o “Eu e os Outros” será apenas um dos componentes.

A **Linha VIDA SOS Droga**, serviço anónimo, confidencial e gratuito, que privilegia o aconselhamento, a informação e o encaminhamento para os recursos institucionais disponíveis na área das toxicodependências, recebeu **9.148 chamadas** (11.168, em 2011).

A nível europeu, foram efetuadas duas candidaturas, respetivamente: ao **projeto Leonardo da Vinci de Mobilidades**, no âmbito da Fundação Europeia de Linhas de Apoio de Drogas **FESAT**²²⁹ e ao **Projecto Drug Prevention and Information Program - Social Influence, peer suport, skills and information by and for young people through social networking**²³⁰, desenvolvido através do Instituto *Trimbos*, na Holanda, e onde participam a Holanda, Estónia, Bulgária, República Checa e Portugal.

No âmbito da **intervenção de carácter ambiental**, em 2012, tiveram lugar várias linhas de ação, visando a alteração do enquadramento legal de diversas matérias relacionadas com as substâncias psicoativas:

1. “O regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, acrescentando a mefedrona e o tapentadol às tabelas que lhe são anexas” (Lei n.º 13/2012, de 26 de março). Este diploma legal altera pela décima nona vez o Decreto-lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas;
2. Normas para a proteção dos cidadãos e medidas para a redução da oferta de “Novas Substâncias Psicoativas”, comumente designadas por “drogas legais”, começaram por ser discutidas a nível regional, tendo sido aprovado um diploma legal de âmbito regional, na região autónoma da Madeira, ainda em 2012. Este procedimento teve igual

²²⁹ Este projeto tem como objetivo explorar as Novas Tecnologias da Comunicação/media social e a forma como estas podem ser utilizados por Linhas de apoio sobre as Drogas.

²³⁰ Esta candidatura vai permitir inovar no que respeita a executar prevenção em redes sociais e aplicações de telemóvel, de forma a utilizar as novas tecnologias para captar a atenção dos jovens.

desenvolvimento posterior a nível nacional (trabalho que esteve na base do Decreto-lei n.º 50/2013 de 16 de abril e Decreto-lei n.º 54/2013, de 17 de abril, que aprovam “o regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e comércio das novas substâncias psicoativas”).

2.2. Direção-Geral da Educação (ex-DGIDC)

A DGE articulou com o SICAD relativamente a programas e projetos implementados por este serviço, dando parecer sobre conteúdos, materiais e/ou sobre estratégias de intervenção previstas para o meio escolar, nomeadamente: **Projeto Eu e os Outros** – contributos para a formalização da oficina de formação; **site Tu, alinhas?** – divulgação do site junto das escolas, designadamente através do microsite da Educação para a Saúde; **ESPAD/ECATD/2011** – Estudo sobre o consumo de Álcool, Tabaco e Drogas em alunos do ensino público - divulgação junto das escolas, nomeadamente através do microsite da Educação para a Saúde.

Deu-se continuidade à implementação de vários programas de prevenção, com um carácter estruturado e continuado, de que são exemplo o “**Projeto Atlante**” (para o 2º e 3º ciclos do EB), o “**Programa 4d**” – currículo de prevenção integrada (para o 3.º ciclo), o “**Programa Crescer a Brincar**” (para o 1º ciclo), o Programa “**PRÉ- programa de competências**” (para o pré-escolar), O Programa “**Eu passo...**”.

A DGE participou em diversos 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 todos foram apresentadas atividades de prevenção do consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

2.3. Guarda Nacional Republicana

184

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 2012, foi de **311 militares** (263 militares, em 2011), afetos aos 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, **6.406 escolas** (6.902 escolas, em 2011), desenvolvidas **2.293 ações de sensibilização e/ou informação** (10.843 ações, em 2011), abrangendo um universo de **765.778 alunos** (790.655 alunos, em 2011), tendo sido, ainda, realizadas **274 visitas** de escolas e/ou grupos de alunos ao quartel (315 visitas, em 2011).

2.4. Polícia de Segurança Pública

No ano letivo de 2012/2013 a Polícia de Segurança Pública 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 de 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 2012/2013, estiveram empenhados no programa Escola Segura, **384 elementos policiais** (391 elementos policiais, em 2011/2012), que realizaram **5.841 ações de informação/sensibilização** a nível nacional (7.449 em 2011/2012), incidindo especialmente nas questões de prevenção e educação rodoviária (com 1.793 ações), álcool e drogas (684 ações) e *bullying* (com 614 ações). No ano letivo 2012/2013, foram abrangidas 3.582 escolas, estiveram envolvidos **618.515 alunos** (871.692 alunos 2011/2012) e **25.631 professores e auxiliares de educação** (139.651 professores e auxiliares de educação, em 2011/2012).

2.5. Instituto Português do Desporto e Juventude, I. P.

Dentro dos programas, estruturas e iniciativas desenvolvidas pelo Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P. (IPDJ, 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 57 iniciativas de prevenção e sensibilização, tendo sido envolvidos 4.814 jovens (5.621, em 2011). Ainda, neste domínio, foram executadas 21 peças de teatro-debate (11, em 2011), com a temática **(In)dependências**, tendo sido envolvidos 1.755 jovens (392, em 2011).

3. Dissuasão

3.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Com a criação do SICAD e consequente extinção do IDT, I.P., parte da operacionalização das políticas no domínio dos comportamentos aditivos e dependências é atribuída às Administrações Regionais de Saúde, I.P., conservando-se a **intervenção em Dissuasão** como a única área de ação direta, junto dos cidadãos com problemas de consumo e/ou dependência de substâncias psicoativas ilícitas.

Em consequência das alterações que marcaram 2012 e em relação às quais a área da Dissuasão não ficou incólume, houve necessidade de alinhar e reforçar intervenções, centrando-se a atividade das CDT, neste ano de mudança, na manutenção e alargamento da articulação e cooperação intra e interministerial e no investimento na qualidade e eficiência dos serviços prestados.

No sentido de otimizar o acompanhamento das CDT pelo IDT, I.P. e de *harmonizar práticas e procedimentos das CDT no âmbito da aplicação da lei, adequando-as à realidade heterogénea do consumo de drogas* [objetivo operacional 37], manteve-se o investimento interno na procura de melhor qualidade das intervenções, e externo, ao potenciar o engrandecimento e manutenção da rede de *Stakeholders*, trabalhando para a *melhoria das articulações e convergência nas intervenções*. [ação 37.2].

Considerando a importância da cooperação em áreas fulcrais como as da formação, investigação e intervenção técnica especializada, as CDT celebraram inúmeros protocolos com Estabelecimentos de Ensino Superior, promovendo, entre outras atividades, a realização de estágios académicos.

Relativamente à *promoção de troca de experiências entre CDT e/ou outras entidades responsáveis tendo em vista a justiça e equidade nacional na aplicação da Lei n.º 30/2000, nomeadamente, das sanções, nos encaminhamentos e nos acompanhamentos* [ação 37.6], foram encetados procedimentos para a definição de instrumentos de avaliação dos consumos, a aplicar no âmbito da intervenção das CDT, tendo em vista potenciar as competências das equipas e investir numa intervenção técnica estruturada.

Por parte de algumas CDT, foram implementadas iniciativas consideradas como boas práticas, realçando-se a criação do Plano Sancionatório Individual (PSI), em resposta à necessidade de sistematizar a intervenção desenvolvida na fase sancionatória. O PSI, instrumento técnico criado pela CDT do Porto para facilitar a aplicação das medidas previstas na lei, é implementado no âmbito da medida de sanção de **apresentação periódica** e obedece à contratualização de objetivos específicos, vertidos num instrumento de registo e cuja avaliação final é feita em conjunto com o indiciado e o técnico. Foi, também, implementado um Guião de Acompanhamento pela CDT de Viana do Castelo, que tem como objetivo avaliar ganhos em saúde e promover estratégias dissuasoras, quer ao nível da motivação para

encaminhamento, quer ao nível da implementação de diligências de motivação informativas, tendo em vista a abstinência.

Com vista a potenciar a **articulação intraministerial** no âmbito dos serviços do Ministério da Saúde [objetivo operacional 39] foi dada continuidade à colaboração entre as CDT e as várias estruturas do Ministério da Saúde. São disso exemplo, os vários acordos mantidos e efetuados no ano.

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 toxicodependência [objetivo operacional 40], a maioria das CDT deu continuidade à aposta no alargamento da rede de recursos, por via da articulação com os parceiros locais, da rentabilização e aproveitamento das respostas existentes.

A articulação com o Ministério Público e com as forças de segurança (PSP e GNR) constituiu-se como uma das prioridades ao nível central e distrital, designadamente, no âmbito da transição das competências dos Governos Cívicos para as Forças de Segurança, operada pelo Decreto-lei n.º 114/2011, de 30 de novembro.

Tal como já verificado na *Parte A – Caracterização e Evolução da Situação, capítulo Contraordenações, do Anexo deste relatório*, onde consta a informação estatística sobre os processos de contraordenação por consumo de substâncias ilícitas relativos às ocorrências de 2012, o número de processos instaurados em 2012²³¹ (9.046) registou um aumento (22%), comparativamente ao ano anterior (7.388), tendo-se registado o valor mais alto de sempre.

Cerca de 76% (6.825) dos processos de contraordenação abertos em 2012 referem-se a indiciados primários. Relativamente a 975 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 942 indiciados primários **toxicodependentes**, 787 (84%) aceitaram aderir a tratamento, no âmbito de uma suspensão provisória do processo. Deste universo, 164 (21%) nunca tinham estabelecido contacto com estruturas de tratamento, 130 (17%) retomaram o tratamento que tinham abandonado e 493 (63%) encontravam-se em tratamento no momento da prática do ilícito contraordenacional. É de referir um aumento do número de indiciados primários toxicodependentes que aceitaram aderir voluntariamente a tratamento, relativamente a 2011 (620, 27%) e a 2010 (702, 12%).

Do total de indiciados primários **não toxicodependentes** (4.908), foi dada resposta a 3.680 (cerca de 75%). Destes, 2.466 (67%) foram alvo apenas de diligências de motivação, 981 (27%) foram alvo de diligências de motivação e encaminhados para apoio e 233 (6%) foram diretamente encaminhados para apoio sem necessidade de diligências de motivação.

De salientar, em 2012, o aumento de indiciados primários não toxicodependentes alvo de diligências de motivação e/ou encaminhados, comparativamente a anos anteriores (2.537, em 2011, e 1.982, em 2010).

²³¹ Independentemente da data da ocorrência do facto punível como contraordenação.

3.2. Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar

O Programa de Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas²³² (PPCDAFA)²³³ é coordenado por um Grupo Coordenador (GCPCTFA), presidido pela Direção-Geral de Pessoa e Recrutamento Militar (DGPRM) e integrado por representantes da Marinha, do Exército e da Força Aérea.

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 referência²³⁴, 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 2012, nas Forças Armadas, ocorreram 17.451 colheitas de urina para despiste de drogas (16.289, em 2011), dando lugar à realização de 69.804 testes (65.156, em 2011). À semelhança do ano transato, foram acrescentadas 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 **0.9%** (+ 0,1% do que no ano transato).

No âmbito da prevenção e como medida ativa de dissuasão do consumo e tráfico interno, realizaram-se, na Marinha, 106 ações de pesquisa cinotécnica (- 20, que em 2011).

O Exército realizou 37 ações (-54 que no ano anterior), no dispositivo do Ramo em território nacional, avaliando 5793 militares (-7251 indivíduos que em 2011), respetivas instalações e viaturas utilizadas. Como resultado, verificou-se a referenciação de 5 militares (igual ao registado em 2011).

Na Força Aérea, ocorreram, ao longo do ano, 27 ações de pesquisa de droga (+3, que em 2011), nas diferentes instalações, com a utilização de equipas cinotécnicas do Ramo.

²³² Nos termos do Despacho n.º 13043/2000, de 27 de junho, do Secretário de Estado da Defesa Nacional.

²³³ 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.

²³⁴ Espectrometria de massa e cromatografia gasosa.

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 2012 – A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências, disponível no sítio web do SICAD (<http://www.sicad.pt>).

4. Redução de Riscos e Minimização de Danos

4.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Com vista a *consolidar a rede nacional de redução de riscos e minimização de danos* [objetivo operacional 41], nomeadamente no que diz respeito à *manutenção do Diagnóstico Nacional atualizado* [ação 41.2.] pretendeu-se hierarquizar os diagnósticos dos territórios, apresentados como prioritários, por ordem decrescente de qualidade, face a critérios previamente definidos. Assim, foram **analisados os diagnósticos de 55 territórios** (34 da região Norte, 14 da região Centro, 4 da DRLVT e 3 da região do Algarve).

No que diz respeito ao *reforço e/ou adaptação de estruturas em curso* [ação 41.3.] foram desenvolvidas ações de reforço e/ou adaptação de **estruturas em funcionamento em todas as regiões**, num total de **26 estruturas** (nomeadamente, 7 na região Norte²³⁵, 15 na região Centro, 1 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 1 na região do Alentejo e 2 na região do Algarve). Foram também **implementadas novas estruturas** em territórios considerados prioritários, num total de **27 estruturas** (17 na região Norte²³⁶ e 10 na região Centro (as unidades orgânicas responsáveis foram os CRI de Aveiro, de Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu)).

Com o objetivo de *promover o diagnóstico, aconselhamento e referência de doenças infecciosas junto da população utilizadora de drogas* [objetivo operacional 42], foram desenvolvidas **ações de sensibilização** pelas equipas de tratamento do ex-IDT, I.P. e outras estruturas de saúde, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, de acordo com as necessidades locais e os recursos disponíveis. Assim, foram desenvolvidos **643 rastreios** (na região Centro, 248 rastreios em Equipas de Rua e na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 395 rastreios). Na região Centro foram também realizadas 14 ações de informação/sensibilização de técnicos nos CRI de Aveiro, Guarda e Coimbra [ação 42.1.].

Foram, ainda, realizadas atividades para a *promoção da articulação com IPSS para implementação de Programas de Substituição de Baixo Limiar, com vista à implementação progressiva de Centros de Terapêutica Combinada*, num total de **11 PSOBLE e 11 Centros de Terapêutica Combinada**²³⁷ [ação 42.2.].

Tendo por objetivo *consolidar e aperfeiçoar o Modelo de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação de estruturas de redução de riscos e minimização de danos* [objetivo operacional 43], foram monitorizados, segundo este modelo 20 projetos²³⁸ e, no que diz respeito ao

²³⁵ Com abertura de novos procedimentos administrativos.

²³⁶ As novas estruturas implementadas na região norte foram 2 em Viana do Castelo, 4 em Braga, 3 no Porto, 1 em Matosinhos, 1 em Rio Tinto, 1 em Espinho, 1 em Santa Maria da Feira, 1 em Vila do Conde e 3 em Vila Real.

²³⁷ 10 PSOBLE em IPSS e 10 Centros de Terapêutica Combinada (DRN/CRI/IPSS) na região Norte e 1 PSOBLE numa IPSS e 1 Centro de Terapêutica Combinada pelo CRI de Coimbra e na região Centro.

²³⁸ Respetivamente 18 projetos na região Norte e dois projetos na região de Lisboa e Vale do Tejo.

alargamento deste modelo aos novos projetos de RRMD, foram monitorizados 7 novos projetos de RRMD na região Norte²³⁹.

Contribuindo para desenvolver um processo de melhoria contínua da qualidade da intervenção em redução de riscos e minimização de danos [objetivo operacional 44], no que respeita às ações de consolidação do modelo de autorização de funcionamento com vista à certificação de Programas e projetos [ação 44.2.], foram **autorizados/certificados um total de 24 projetos** (18 projetos na região Norte e 6 na região Centro²⁴⁰).

No que respeita à disponibilização de programas de redução de riscos e minimização de danos a grupos específicos, nomeadamente junto de consumidores em contextos de diversão noturna [objetivo operacional 47], foram desenvolvidas atividades de intervenção junto de organizadores de eventos, num total de **29 ações de informação e sensibilização**.

Quanto à intervenção em Meio Prisional [objetivo operacional 48], deu-se continuidade às **ações de informação e sensibilização** sobre redução de riscos e minimização de danos, alargando a outros Estabelecimentos Prisionais, num total de **12 EP** envolvidos (na região Norte foi envolvido 1 EP, na região Centro foram envolvidos 7 EP²⁴¹ e na região de Lisboa e Vale do Tejo foram envolvidos 4 EP). Ainda, no âmbito do mesmo objetivo, mas relativo ao estabelecimento da articulação entre esta intervenção e a realizada por entidades promotoras de projetos de RRMD autorizadas pelo ex-IDT, I.P., foram realizadas 8 ações de informação e sensibilização (6 na região Centro e 2 na região de Lisboa e Vale do Tejo).

4.2. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA

O **Programa nacional de troca de seringas Diz não a uma seringa em segunda mão**, criado em 1993, resulta de uma parceria entre o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA (PNSida) e a Associação Nacional de Farmácias (ANF).

O Programa de Troca de Seringas (PTS), cujos custos imputados em 2012 foram de 677.321,37€²⁴², 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.

Os dados relativos à evolução do volume de seringas trocadas ao longo do ano, trocas por postos móveis, por parcerias e farmácias, podem ser consultados na *Parte B do volume anexo ao Relatório Anual 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, capítulo Redução de Riscos e Minimização de Danos*, disponível no sítio web do SICAD (www.sicad.pt).

²³⁹ Pelos CRI Ocidental, Central e Oriental do Porto e pelo CRI de Braga.

²⁴⁰ 3 Autorizados e 3 certificados – referentes ao Cri de Aveiro e Coimbra.

²⁴¹ Envolvidos os CRI de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda Leiria e Viseu.

²⁴² Este valor é relativo aos meses compreendidos entre janeiro e outubro de 2012.

No que respeita ao Programa Nacional de Troca de Seringas, em 2012, foram recolhidas **1.341.710** seringas, (1.650.951 seringas, em 2011), e distribuídas **1.086.400** (1.210.000 seringas em 2011) tendo-se verificando, respetivamente, uma redução de 19% e 10% em relação ao ano anterior.

Entre outubro de 1993 e dezembro de 2012 foram recolhidas **50.463.192** seringas, por todas as entidades envolvidas no PTS. O número de seringas recolhidas aumentou progressivamente até 1997, tendo ocorrido algumas oscilações nos anos seguintes. No entanto, a partir de 2005 tem-se registado, na sua generalidade, uma tendência decrescente no número de seringas recolhidas.

No ano 2012 e relativamente ao ano anterior, verificou-se uma diminuição da percentagem de recolha de seringas (-19%) e seringas distribuídas (-10%).

4.3. Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (ex-DGSP e ex-DGRS)

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 2012 foram promovidas 54 ações específicas sobre redução de riscos, abrangendo um total de 343 reclusos.

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.

5. Tratamento

5.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

No ano em análise, sendo atribuição do SICAD a responsabilidade de “Planear a intervenção no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, através de uma rede de referenciação entre cuidados primários, centros de respostas integradas e unidades de internamento ou unidades hospitalares, consoante a gravidade da dependência ou dos consumos de substâncias psicoativas. “(alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto – lei n.º 17 / 2012, de 26 de janeiro – Lei orgânica do SICAD), foi proposta uma metodologia de trabalho para a **Revisão da Rede de Referenciação** dos Problemas Ligados ao Álcool (no sentido de a **adaptar à resposta às necessidades assistenciais de todos os cidadãos com problemas ligados aos comportamentos aditivos e às dependências**).

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 [ação 51.1]. Assim, o acesso aos programas de tratamento (programas de Metadona, internamento em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica públicas) foi monitorizado pelas ARS, no que respeita aos tempos de espera médios. 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], produziram-se as **Linhas de Orientação Técnica e Normativa para os Programas de Tratamento com Metadona**, justificando-se a sua importância pela própria natureza da intervenção (utilização de medicamento opióide) e pela sua posição de destaque, no que diz respeito ao tratamento em unidades públicas, entre as várias modalidades terapêuticas aplicadas.

Tendo em atenção a importância da ocorrência de comorbilidade física ou psíquica nos utentes, procedeu-se à monitorização da administração vigiada de medicamentos, nas unidades de tratamento das ARS, verificando-se que durante o ano, dos utentes em tratamento, 180 faziam toma sob observação direta (TOD) de antirretrovirais, 93 de tuberculostáticos e 845 de psicofármacos para patologia psiquiátrica associada aos consumos de substâncias psicoativas.

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, da rede pública, que podem ser consultados, de forma resumida, na Parte B do volume Anexo ao *Relatório Anual 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, capítulo Tratamento e que constam de forma mais detalhada na Parte A, capítulo Tratamento, deste relatório.

Em relação a alguns dados relativos ao Programa Terapêutico com Agonistas Opiáceos (que constam de forma mais detalhada na *Parte B* – capítulo *Tratamento* do anexo deste relatório), ao longo de 2012 estiveram inseridos em Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos cerca de 14.974 utentes, mantendo-se o acompanhamento e monitorização das intervenções em tratamento.

Refira-se, ainda, terem sido continuados pelos CRI os regimes de parceria na administração de Metadona, o que permitiu aos utentes a continuação dos seus tratamentos de forma adaptada à fase de evolução em que se encontravam, quer em termos de organização psicossocial, quer em termos da continuidade dos cuidados perante situações imprevistas (hospitalizações ou detenções).

5.2. Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (ex-DGSP e ex-DGRS)

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 de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) 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)²⁴³.

5.3. Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar

No âmbito do PPCDAFA²⁴⁴, 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 e NA).

²⁴³ Ver informação mais detalhada na Parte A – capítulo *Tratamento*, do anexo deste relatório.

²⁴⁴ 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 de forma mais detalhada na parte B – capítulo *Dissuasão* do Anexo deste relatório.

Em 2012, realizaram-se nos três ramos, nas respectivas Unidades Hospitalares e na UTITA, 191 consultas de psiquiatria (+65, que em 2011), por situações relacionadas com o consumo de álcool ou drogas, e o internamento de 27 militares (+4, que em 2011 e +7 que em 2010). 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.

Em 2012, o programa de internamento manteve a estrutura do ano anterior, tendo ocorrido, ao longo do ano, 7 programas de tratamento (igual a 2011), envolvendo 27 militares das Forças Armadas (+10 que no ano anterior).

Relativamente ao protocolo firmado com o SICAD, a UTITA realizou, no nível ambulatorio, um total de 400 consultas (-547 que no ano anterior), nas áreas de adição do álcool e outras drogas e, ao nível internamento, recebeu 20 pacientes (-19 que em 2011), por problemas relacionados com álcool e outras drogas (14 álcool e 6 outras drogas).

6. Reinserção

6.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

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 82.762 consultas (77.112 em 2011), que possibilitaram o desenvolvimento e acompanhamento dos percursos de inserção dos utentes.

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], estiveram em vigor **7.678 Planos Individuais de Inserção (PII)**, fruto da implementação do Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR). Em 2011, tinha-se verificado um aumento significativo do número de utentes com PII em todas as regiões, o que representou a generalização da implementação do MIR em todos os CRI. Em 2012, essa tendência manteve-se apenas na região Norte, verificando-se uma diminuição em todas as outras regiões, à exceção do Algarve que apresenta um ligeiro acréscimo. Apesar desta diminuição, o total nacional é superior ao registado em 2011 (7.509). Considerando a relação entre o número de utentes com PII e o total de utentes ativos na reinserção, verificou-se uma diminuição deste rácio para 41%, comparativamente com 2011 (44%). Esta diminuição está relacionada com o aumento do número de utentes acompanhados pela reinserção, uma vez que o número de PII em vigor foi superior ao valor verificado em 2012.

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.

Os **indicadores recolhidos no âmbito do processo de monitorização**, espelham os percursos de inserção dos utentes dos CRI²⁴⁵, nas principais dimensões desenvolvidas no âmbito destes percursos.

Ao nível da **Habitação**, foram identificadas **845** necessidades em utentes com consumos de substâncias ilícitas (1.359, em 2011), sendo a capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas de **45%**, correspondendo a um aumento que contraria a tendência de diminuição dos anos anteriores (32%, em 2011 e 37%, em 2010). Caracterizando um pouco mais a situação dos utentes com necessidades no âmbito da habitação, verifica-se que **371** dos 845 utentes estão em situação de sem-abrigo, ou seja, 44% do total.

²⁴⁵ Os dados dos CRI incluem as Comunidades Terapêuticas e o PIAM.

Na área da **Educação** foram identificadas **1.090** necessidades em utentes com consumos de substâncias ilícitas (1.766, em 2011), sendo a capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas de **41%** (49%, em 2011 e 44%, em 2010). O recurso aos centros de **Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências** (RVCC), foi a resposta mais frequente (à semelhança do verificado nos anos anteriores), configurando uma solução flexível e mais adaptada ao perfil dos utentes. Outra intervenção fundamental, que promove um conjunto de capacidades essenciais aos percursos de inserção, é a **intervenção socio terapêutica**. Uma das estratégias utilizadas é a constituição de grupos de treino de aptidões sociais que, em 2012, abrangeram 838 utentes, o que representa uma diminuição de 40% face aos 1.390 utentes de 2011.

No âmbito da **Formação profissional**, esta dimensão tem apresentado ao longo dos anos um baixo nível de satisfação de necessidades, condicionando a aquisição de competências profissionais, muitas vezes essenciais aos percursos de reinserção. Em 2012 foram diagnosticadas **1.401** necessidades junto dos utentes consumidores de substâncias psicoativas (1.675, em 2011), sendo a capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas de **35%** (36%, em 2011 e 26%, em 2010). Comparativamente ao ano anterior, os valores registados em 2012 foram inferiores ao nível das necessidades identificadas e do número de utentes que tiveram acesso à formação profissional.

No âmbito do **Emprego**, foram diagnosticadas **3.377** necessidades em utentes com consumos de substâncias psicoativas (4.246, em 2011), sendo a capacidade de resposta às necessidades diagnosticada de 43% (44%, em 2011 e 43%, em 2010). Face ao ano anterior, verifica-se que houve uma pequena diminuição do número de necessidades diagnosticadas, assim como do número de integrações em respostas de emprego.

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], refere-se que a concretização dos itinerários de inserção dos utentes só é conseguida com o apoio de diversas entidades parceiras, que são fundamentais para a concretização dos Planos Individuais de Inserção. Assim, em 2012, **estiveram em vigor 116 parcerias** na área da formação académica, profissional e emprego, nas regiões Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Destas parcerias, destacam-se **26 estabelecidas em 2012**, estando 89 em vigor estabelecidas em anos anteriores.

Um parceiro fundamental na concretização dos PII é o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP, I.P.), seja através dos Centros de Emprego, seja através dos Centros de Formação Profissional. Verifica-se que, em 2012, são vários os CRI que referem ter estabelecido canais de comunicação e articulação, facilitadores do processo de integração dos utentes em respostas de formação e emprego da responsabilidade do IEFP, I.P..

Ainda, no âmbito da dimensão emprego, destaca-se a **Bolsa de Empregadores**, aplicação informática que permite partilhar entre todos os técnicos a informação relativa a entidades empregadoras parceiras. A utilização da Bolsa de Empregadores iniciou-se em 2009, tendo vindo a verificar-se uma adesão progressiva dos técnicos. Em 2012 foram inseridas **102 novas entidades** que, em conjunto com as **926 entidades já existentes**, constituem uma rede de parceiros bastante abrangente. Verifica-se que a maioria das entidades empregadoras são empresas privadas (54%), e são micro empresas (52%), com menos de dez trabalhadores. No que respeita ao sector de atividade, 20% situam-se no sector das *Atividades de Saúde Humana e Apoio Social*, 15% no sector da *Administração pública e Defesa; Segurança Social obrigatória*

e 11% no sector do *Outras atividades de serviços* ²⁴⁶. Verifica-se ainda que da totalidade de entidades, 856 receberam utentes no âmbito do **Programa Vida-Emprego**, o que representa 83%.

Na sequência do trabalho desenvolvido no âmbito do **Projeto experimental InPar**, projeto de investigação-ação cofinanciado pelo ex-IDT, I.P. e desenvolvido pela Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), de 2009 a 2011, destaca-se a publicação de **O Trabalho Primeiro – Manual para a Empregabilidade de utilizadores de Drogas e Recomendações para a Integração pela Educação de Pares**. Este manual de boas práticas traduz o resultado da investigação desenvolvida ao longo do projeto, apresentando uma proposta de metodologia para a integração de utilizadores de drogas e recomendações referentes à educação de pares.

Tendo em vista a *promoção da coordenação intrainstitucional e interinstitucional, com vista à integração das intervenções* [ação 58.4], em 2012, continuou-se a assegurar a participação a nível nacional na **Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo**, nos dois órgãos que constituem o Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia (GIMAE): a Comissão de Acompanhamento Alargada e o Núcleo Executivo. De entre as principais atividades desenvolvidas pelo **Núcleo Executivo**, destacam-se a elaboração de questionário de caracterização da população sem-abrigo e elaboração de questionário tendo por objetivo efetuar um ponto de situação sobre a implementação da Estratégia, e posterior análise das respostas rececionadas.

Ao abrigo do Protocolo de Articulação **IDT, I.P. / ISS, I.P. / SCML**, tem vindo a ser desenvolvida uma dinâmica de resposta integrada a pessoas com problemas de consumo de substâncias psicoativas e em situação de carência económica. Este processo de articulação passa pela utilização da “ficha de ligação”, que constitui um instrumento facilitador da intervenção integrada, pois assegura a partilha de informação pertinente sobre os utentes em acompanhamento, entre os técnicos envolvidos no processo de inserção, tendo em vista uma resposta eficiente, que vá ao encontro das necessidades identificadas. As Unidades de Intervenção Local rececionaram 201 situações com ficha de ligação, encaminhadas pelos serviços locais do Instituto da Segurança Social e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa²⁴⁷. Em termos nacionais foram encaminhados 1.033 utentes com ficha de ligação para os Serviços de Ação Social²⁴⁸. Assim, continuou-se a promover o apoio integrado e a facilitar o acesso destes utentes à rede de recursos e às medidas de proteção social, tendo esta metodologia de resposta integrada facilitado o acompanhamento pelos serviços do ISS, I.P. e da SCML a cerca de **724 utentes** das Unidades de Intervenção Local do ex-IDT, I.P..

De referir, no que concerne ao **Meio Laboral**, que no ano de 2012, foi divulgado o documento **“Segurança e Saúde do Trabalho e a Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas: Linhas Orientadoras para a Intervenção em Meio Laboral”** salientando-se a sua difusão nas páginas eletrónicas do ex-IDT, I.P. e da ACT, editado sob a forma de livro eletrónico. Para além da referida divulgação foi elaborado, no âmbito do Grupo Restrito de Intervenção em Meio Laboral, um material informativo orientado para as necessidades do micro, pequenas e medias empresas. Em 2012, foram promovidas intervenções formativas dirigidas a profissionais

²⁴⁶ Tipologia definida na Classificação Portuguesa das Atividades Económicas do INE (CAE Rev.3).

²⁴⁷ Estas situações são, genericamente, de pessoas acompanhadas por estes serviços de proteção social, por força de situação de precariedade socioeconómica, ao abrigo do Rendimento Social de Inserção, proteção social à família, ou outros programas, e que apresentam sinais de consumo/dependência de álcool ou outras drogas.

²⁴⁸ Estas fichas de ligação quantificam as situações em que utentes acompanhados pelas Unidades de Intervenção Local apresentam carência económica e precisam de apoio para fazer face a necessidades básicas (alojamento, habitação, alimentação, transportes, medicação, outros).

e outros interventores em meio laboral, abrangendo 100 trabalhadores e chefias de diferentes áreas profissionais.

Na sequência do protocolo existente entre o ex-IDT, I.P. e a CGTP-IN, com o intuito de continuar o **projeto Eurídice**, no ano em referência, o mesmo continuou a desenvolver-se, tal como previsto, na Câmara Municipal de Loures, Seixal, Águeda, Sesimbra e de Vendas Novas. No âmbito deste protocolo foram, ainda, dinamizadas intervenções em outras duas entidades empregadoras, do sector privado e numa empresa, do sector público empresarial.

De referir, ainda, a criação de um grupo de trabalho²⁴⁹ com o objetivo de **definir linhas orientadoras para a Mediação Social**, iniciativa que surge na sequência do Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR), e que preconiza estratégias sistemáticas de mediação e acompanhamento social. Pretende-se que estas linhas orientadoras possam ser um instrumento operacional para os técnicos que intervêm na área da reinserção, constituindo-se como um conjunto de recomendações flexíveis para o desempenho da mediação social no âmbito do acompanhamento aos utentes.

6.2. Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.

A atuação desenvolvida pelo IEFP, I.P., no ano de 2012, centrou-se sobretudo na promoção da reinserção social e profissional 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 1.086 pessoas, número sensivelmente idêntico ao de 2009 (1.099), que marca o início do plano de ação, o que corresponde a cerca de menos 1,18%, não obstante a difícil situação do mercado de trabalho.

Em termos financeiros, durante o ano de 2012, 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 3.293.641,73€, (3.819.86€, em 2011), valor idêntico ao de 2009 (3.317.289,17€).

²⁴⁹ Este grupo integrou técnicos dos CRI e UA, com experiência e/ou conhecimentos privilegiados face ao objetivo do grupo de trabalho, procurando representar as diferentes especificidades regionais, assim como os problemas associados às diferentes substâncias de consumo (substâncias ilícitas e álcool).

No sentido de 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 Inserção²⁵⁰ – 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 +²⁵¹ – que 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 Adultos²⁵² – direcionados para elevarem os níveis de habilitação escolar e profissional dos adultos.

Cursos de Educação e Formação para Jovens²⁵³ – que 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.

6.3. Direção-Geral de Reinserção Social e Serviços Prisionais (ex-DGSP e DGRS)

Na área do ensino/formação escolar, a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) deu continuidade a algumas atividades já desenvolvidas em anos anteriores e promoveu outras, sempre com o objetivo de criar condições para o aumento das competências e qualificações escolares da população prisional.

²⁵⁰ Resolução do Conselho de Ministros n.º 104/96, de 09/07 e Portaria n.º 348-A/98, de 18/06.

²⁵¹ 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.

²⁵² 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.

²⁵³ 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.

Em 2012, o número de formandos/reclusos inscritos no ensino, foi o seguinte:

- Formandos/reclusos transitados de 2011 e que frequentaram curso (ensino básico, secundário, de especialização tecnológica e Ensino superior) – 1.479;
- Formandos/reclusos iniciados em 2012 e transitados para 2013 (ensino básico, secundário, de especialização tecnológica e Ensino superior) – 2.230.

Em relação à Formação Profissional em contexto prisional, esta visa fornecer aos reclusos instrumentos potenciadores de uma melhor reintegração socioprofissional, nomeadamente através da aquisição de competências técnicas, sociais e relacionais, tendo em vista o desempenho profissional qualificado e o desenvolvimento pessoal e social.

As Modalidades de Formação realizadas no ano de 2012 foram as seguintes:

- Curso de educação e formação para adultos de dupla certificação (723 formandos);
- Formação modular certificada (815 formandos);
- Formação para a inclusão (242 formandos).

No ano de 2012, foram abrangidos por ações de formação profissional 1.780 reclusos.

Na área do trabalho / atividade ocupacional, a DGRSP, em 2012, 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.

6.4. 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)²⁵⁴, a reinserção constitui-se pelo conjunto de ações integradas que visam a reintegração socio-laboral do militar, bem como a prevenção da recaída.

Estas ações são organizadas e estruturadas pelo comando da Unidade, com a colaboração do seu NAC, de forma a dar continuidade ao trabalho de recuperação iniciado com a desintoxicação e o internamento. Inclui o apoio familiar e social, a reintegração profissional e o controlo toxico-analítico regular, mantendo-se a afiliação em grupos de ajuda mútua (AA e NA).

No meio laboral militar envolvem-se, assim, todos os elementos úteis à recuperação do indivíduo: hierarquia de comando, oficial de segurança, operador de prevenção, médico, capelão, serviço de ação social e responsável pela educação física, que reforçarão a manutenção da abstinência e a mudança para um estilo de vida livre de drogas e álcool.

²⁵⁴ 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.

6.5. Autoridade para as Condições do Trabalho

No que respeita às atividades desenvolvidas pelos serviços públicos com intervenção nas diferentes áreas das drogas e das toxicodependências, a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) promoveu o contínuo esclarecimento legal, relativamente aos pedidos de entidades empregadoras a propósito dos regulamentos internos respeitantes ao consumo de substâncias psicoativas em meio laboral, seja pela promoção de reuniões prévias à elaboração dos referidos regulamentos, seja pela análise dos regulamentos enviados ao abrigo do disposto no art.º 99, do código do trabalho.

Em 2012, a ACT promoveu uma campanha de avaliação dos riscos psicossociais que abordou também, ainda que indiretamente, aspetos relacionados com as drogas e as toxicodependências.

VIII – Redução da Oferta²⁵⁵

1.1. Polícia Judiciária

A luta contra o tráfico de estupefacientes mantém-se como o objetivo prioritário na generalidade dos Estados Membros, em matéria de segurança e de justiça, 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 e interoperabilidade das bases de dados, da maximização do recurso às modernas técnicas de análise de informação e no reforço da cooperação policial e judiciária. 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 2012, 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/UNCITE, elabora relatórios estatísticos²⁵⁶ semestrais e anuais, onde são analisadas as quantidades de estupefaciente apreendido, o número de apreensões efetuadas e, através de estudos complementares, analisados outros indicadores, tendo sido tratados, em 2012, **5.270 TCD's**.

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 2012, ao **tratamento e monitorização de inúmeras embarcações**, sob suspeita de estarem a ser utilizadas para tráfico transcontinental [ação 63.1], resultando na apreensão de quantidades bastante significativas de cocaína. No ano em análise, foram, também, efetuadas **diversas operações de controlo, recolha de informação, vigilância de passageiros e análises de risco**, relacionados com suspeitos de envolvimento no

²⁵⁵ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, capítulo redução da oferta, disponível no sítio web do SICAD. (<http://www.sicad.pt>).

²⁵⁶ A elaboração destes relatórios tem por base a informação recebida através dos formulários TCDs.

tráfico de droga por via aérea. Quanto às atividades de controlo desenvolvidas no Aeroporto de Lisboa, foram em 2012, reportadas 551 situações²⁵⁷ [ação 63.4].

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.

No ano de 2012, 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 30% relativamente ao número de detidos, em comparação com o ano de 2011.

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 efetuou, através da Unidade de Controlo Costeiro, **11.121 ações** de vigilância, controlo e fiscalização (9.725 ações, em 2011).

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], a GNR tem, em articulação com as CDT, difundido e esclarecido a população, de uma forma geral, relativamente à descriminalização do consumo e da posse de drogas, tendo sido elaborados, no ano em referência, **3.979 relatórios TCD**. 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, foram intensificadas as políticas comunitárias de policiamento de proximidade e de policiamento orientado para o problema e do aumento da visibilidade das polícias [ação 66.2].

²⁵⁷ Neste período procedeu-se a um reforço de pessoal do Serviço de Prevenção presente no Aeroporto de Lisboa.

1.3. Polícia de Segurança Pública

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], especificamente pelo aumento do número de ações de controlo e fiscalização em pequenos aeroportos e aeródromos [ação 63.8], foram realizadas **101 ações**.

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], os resultados obtidos, no âmbito **do Programa Especial Escola Segura**, são exemplo claro da intensificação das políticas de prevenção ao consumo de estupefacientes. No decorrer do ano letivo 2011/2012 e no início do ano letivo 2012/2013, os elementos afetos ao Programa Especial Escola Segura realizaram **6.704 ações**, 674 das quais alusivas ao tema álcool e drogas, e 74 detenções, 20 das quais no âmbito do tráfico de estupefacientes. No decorrer da **operação Recreio Seguro II**, realizada no início do ano letivo 2012/2013, que envolveu **1.531 elementos e 761 viaturas**, foram efetuadas **56 detenções**, 9 das quais por tráfico de estupefacientes. O objetivo principal destas Operações Policiais foi garantir a consolidação de um sentimento de segurança nas escolas, na área de responsabilidade da PSP.

1.4. Autoridade Tributária e Aduaneira (ex-DGAIEC)

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], foi consolidado o sistema de seleção automática aplicado aos diversos sistemas declarativos aduaneiros.

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. Foram, também em 2012, controlados **4.189 contentores** por RX (2.305, em 2011), contribuindo, desta forma, para aumentar o número de contentores controlados por RX [ação 63.6] e, visando aumentar as 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 consolidado o funcionamento do Centro Nacional de Análise de Risco, no âmbito da segurança e proteção da UE. Ainda, referente a este 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 Autoridade

Tributária e Aduaneira efetua controlos regulares nestes locais, de acordo com o tráfego existente e respetivas origens de voos.

Refira-se, ainda, que relativamente à *intensificação do 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 AT participou num Workshop sobre “Substâncias Não Inventariadas”, do Grupo de Projeto sobre Precursores de Droga (GPPD) da DG TAXUD; participou na 12.ª reunião do “Grupo de Trabalho sobre Precursores de Droga” - GTPD - da DG TAXUD e da DG ENTR e participou na ação de formação da nova Base de Dados da UE sobre Precursores de Droga.

1.5. Direção-Geral de Autoridade Marítima

No âmbito do combate ao tráfico de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, a Direção-Geral da Autoridade Marítima (AM), no ano de 2012, 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, **84.933 ações** de patrulhamento, na vigilância e fiscalização (81.450 ações em 2011), 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, **1.162 foram especificamente dirigidas ao combate ao narcotráfico** (1.107 ações específicas em 2011).

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 do representante da AM junto do Maritime Analysis and Operations Center – Narcotics (MAOC-N), no período de 16 a 18 de agosto de 2012, em Cabo Verde, num exercício de *Law Enforcement* (aplicação da Lei) que envolveu equipas da guarda costeira Cabo-verdiana e da Marinha Inglesa, tendo a Marinha italiana dado apoio às operações.

Refira-se, também, a participação do Comando Local da Polícia Marítima de Faro, nas reuniões e operações da Equipa Mista de Prevenção criminal para a região do Algarve (EMPCRA), cujo objetivo está centralizado no combate à criminalidade, designadamente, no combate ao tráfico de estupefacientes e a realização de uma reunião, entre o Comando Local da Polícia Marítima de Vila Real de Santo António e o Ministério Público local, onde foram abordados diversos temas, nomeadamente, a localização dos pontos mais suscetíveis da prática de tráfico de estupefacientes ao longo do rio Guadiana.

No decurso de 2012, a Autoridade Marítima Nacional, suportou encargos financeiros estimados em cerca de **212.000€** (330.000€, em 2011) relativamente a custos com pessoal, material, combustíveis e outros consumíveis.

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, *intensificar 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.

1.7. Autoridade de Segurança Alimentar e Económica

No sentido de *Prevenir e combater o desvio e contrabando de precursores e outras substâncias utilizadas no fabrico ilícito de drogas* [objetivo operacional 67] nomeadamente no que diz respeito à fiscalização geral de produtos, a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica fiscalizou 159 operadores que procediam à comercialização de produtos psicoativos.

Apêndice 1

Estudos realizados ou promovidos pelo SICAD, em curso em 2012

- *Inquérito Nacional em meio escolar, 2011 – 3º ciclo. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada.* (INME/2011 - 3C). SICAD/DMI/DEI.
- *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 – Secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada.* (INME/2011 - Sec). SICAD/DMI/DEI.
- *Estudo sobre o consumo de álcool tabaco e drogas, em alunos do ensino público – Portugal 2011* (por cada grupos etário dos 13 aos 18 anos) – (ECATD/ 2011). SICAD/DMI/DEI.
- *Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2012.* (INPG-2012). Universidade Nova Lisboa/FCSH/CESNova.
- *Representações sociais da droga e da toxicodependência: inquérito à população jovem presente no “Rock in Rio”- Lisboa 2012.* SICAD/DMI/DEI.
- *Caraterização de utentes de projetos de redução de riscos e minimização de danos apoiados pelo SICAD – 2011.* SICAD/DPI (DPIC) /DMI (DEI).
- *Consumos, representações e perceções das novas substâncias psicoativas entre estudantes universitários – 2013.* SICAD/DMI/DEI.
- *Consumos e estilos de vida no Ensino Superior – 2012.* CNJ/OPJ/ICS-UL/SICAD.
- *Counting addictions - ALICE-RAP* (estudo Europeu, financiado pela EU, com a participação de SICAD/DMI/DEI).
- *Costing addictions - ALICE-RAP* (estudo Europeu, financiado pela EU, com a participação de SICAD/DMI/DEI).
- *Study on the further analysis of the EU illicit drug market and responses to it* (estudo Europeu, financiado pela EU, com a participação de SICAD/DMI/DEI).
- *KOSMICARE – 2012.* Organização Boom/UC-Porto/SICAD.

Estudos realizados ou promovidos pelo SICAD, concluídos em 2012

- *European Survey Project on Alcohol and other Drugs. ESPAD – 2011* (estudo Europeu, cofinanciado pelo OEDT).
- *Música, álcool e drogas – 2010. Uma análise das músicas dos tops*. SICAD/DMI/DEI.

Monografias Publicadas em 2012

- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2012). *Relatório anual 2011: a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: IDT, I.P.
- Marques, J.; Mora, A. S.; Santos, A. (2012). *O trabalho Primeiro: manual para a empregabilidade de utilizadores de drogas e recomendações para a integração pela educação*. (Com a colaboração da equipa do IDT: Alcina Ló, Marta Silva, Paula Andrade, Sara Carvalho). Vila Nova de Gaia: Agência Piaget para o Desenvolvimento.
- Matos, M.G. et al. (2012). *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários: relatório do estudo – Dados Nacionais 2010*. Lisboa: FMH / Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M.G. et al. (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: FMH / Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M.G. et al. (2012). *Qualidade de vida e saúde em crianças e adolescentes: relatório do estudo KIDSCREEN 2010 e 2006*. Lisboa: FMH / Universidade Técnica de Lisboa.
- Pereira dos Santos, J.C. et al. (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

**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 toxicodependência são provenientes do Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) e das Administrações Regionais de Saúde, das Unidades Licenciadas e da Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP).
- Os dados sobre as notificações do VIH são provenientes do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.) / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas.
- Os dados respeitantes às mortes são provenientes do INE, I.P., das Delegações do Norte, Centro e Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P. (INMLCF, I.P.), e do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.) / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas.
- Os dados relativos a processos de contraordenação por consumo de drogas, são provenientes do Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação Operacional do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (EMPECO/SICAD) e fornecidos anualmente à Divisão de Estatística e Investigação do SICAD.
- Os dados respeitantes às apreensões policiais ao abrigo da Lei da Droga e ao grau de pureza das drogas apreendidas são provenientes da Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes da Polícia Judiciária (UNCTE/PJ) e do Laboratório de Polícia Científica (LPC/PJ).
- Os dados relativos às decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga são extraídos de cópia das decisões enviadas pelos Tribunais ao SICAD.
- Os dados referentes a reclusos condenados são provenientes da Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP).

Parte B - Respostas e Intervenções

- Os dados relativos ao SICAD são extraídos do Relatório de Atividades de 2012 do SICAD;
- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica;
- Autoridade para as Condições do Trabalho;
- Autoridade Tributária e Aduaneira;
- Direção-Geral de Autoridade Marítima;
- Direção-Geral da Educação;
- Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar;
- Direção-Geral de Política Externa;
- Direção-Geral de Reinserção Social;
- Guarda Nacional Republicana;
- Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.;
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento;
- Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.;
- Polícia de Segurança Pública;
- Polícia Judiciária;
- Programa Nacional para a Infecção VIH/sida;
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras;
- 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. (2013). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral*, Portugal 2012 [no prelo]. Lisboa: SICAD.
- Departamento de Doenças Infeciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica & Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas (2013). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Dias, M., (2012a). *Relatório de Avaliação Final dos Resultados do Projeto DRUID, 2012*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- Dias, M., (2012b). *Seminário DRUID. Driving Under Influence of DRUGS, Alcohol and Medicines*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- Feijão, F. (2008a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2006. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*.
- Feijão, F. (2008b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2006. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*.
- Feijão, F. (2012a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_3ciclo_rev.pdf
- Feijão, F. (2012b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_secundario_rev.pdf
- Feijão, F. (2009). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal - 2007*.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2002a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2001. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/inquerito_meio_escolar_2001_sintese_grafica.pdf
- Feijão, F. & Lavado, E. (2002b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2001. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/Desdobravel_IDT.pdf

- Feijão, F. & Lavado, E. (2006). *Os Adolescentes e a Droga - Portugal 2003*.
- 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. (2013). *Unidades de Desabilitação Públicas 2011. Grupo de Trabalho Harmonização da Recolha de Dados nas Unidades de Desabilitação Públicas*.
http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Documents/2012/Relatorio_UD%202011.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Base de dados de indicadores da população*.
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorCod=0004163&contexto=bd&selTab=tab2.
- 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 (2013). *Combate ao Tráfico de Estupefacientes em Portugal: 2012. Relatório Anual Estatística - TCD*. Lisboa: PJ.
- The Gallup Organization (2011). *Flash Eurobarometer 330: youth attitudes on drugs (Analytical Report)*. Directorate-General Justice, European Commission. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf.
- Torres, A., Cruz, R., Maciel, D., Sousa, I. (2009). *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*. Lisboa: IDT, I.P.

Sinais convencionais

- .. Resultado nulo
- ... Segredo estatístico
- Dados não disponíveis
- Δ Variação
- % Percentagem
- c/ Com
- O total não corresponde à soma das parcelas

Lista de siglas e abreviaturas

2C-B	• 4-Bromo-2,5-dimetoxifenetilamina
AA	• Alcoólicos Anónimos
ACT	• Autoridade para as Condições do Trabalho
ADR	• Aconselhamento, Detecção e Referenciação
ALICE-RAP	• <i>Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe-Reframing Addictions Project</i>
AM	• Autoridade Marítima
ANF	• Associação Nacional de Farmácias
ANSR	• Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
APDES	• Agência Piaget para o Desenvolvimento
ARS, I.P.	• Administração Regional de Saúde, I.P.
ASAE	• Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
ASI	• <i>Attaché de Sécurité Intérieure</i>
AT	• Autoridade Tributária e Aduaneira
AWF	• <i>Analysis Work Files</i>
CAD	• Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção de VIH-SIDA
CAD	• Comportamentos Aditivos e Dependências
CADT	• Comissão de Análise dos Diagnósticos dos Territórios
CD	• Centro de Dia
CDT	• Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
CE	• Centros Educativos
CeCLAD-M	• <i>Centre de Coordination pour la Lutte Anti-drogue en Méditerranée</i>
CED	• Centros de Educação e Desenvolvimento
CEPOL	• <i>Contributing to European Police Cooperation Through Learning – European Police College</i>

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
CIG	• Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
CND	• <i>Commission on Narcotics Drugs</i>
CNJ	• Conselho Nacional da Juventude
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
CSI	• Competências Sociais Integradas
CT	• Comunidade Terapêutica
DEA	• <i>Drug Enforcement Agency</i>
DEI	• Divisão de Estatística e Investigação
DGE	• Direção Geral da Educação
DGPRM	• Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar
DGS	• Direção Geral de Saúde
DGRSP	• Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DMI	• Direção de Serviços de Monitorização e Informação
DMT	• Dimetiltryptamina
DMX	• Dextrometorfano
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>
EMPECO	• Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação Operacional
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	• Ácido gama-hidroxibutírico
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.
INMLCF, I.P.	• Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.
INME	• Inquérito Nacional em Meio Escolar
INPG	• Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral
INSA, I.P.	• Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.
INTERPOL	• <i>International Criminal Police Organization</i>
IPDJ, I.P.	• Instituto Português do Desporto e 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
JCPO	• <i>Joint Customs and Police Operation</i>
KLOTHO	• Programa de Identificação Precoce da Infecção VIH e Prevenção direcionado a Utilizadores de Drogas
LAFTM	• Laboratório de Análise Fármaco-Toxicológicas da Marinha
LPC/PJ	• Laboratório da Polícia Científica/Polícia Judiciária
LSD	• Dietilamida do Ácido Lisérgico
MAOC-N	• <i>Maritime Analysis and Operations Centre - Narcotic</i>
mCPP	• 1-3-clorofenil-piperazina
MDA	• Metilenodioxianfetamina
MDMA	• Metilenodioximetanfetamina
MDN	• Ministério da Defesa Nacional
MIR	• Modelo de Intervenção em Reinserção
MNE	• Ministério dos Negócios Estrangeiros
NA	• Narcóticos Anónimos
NESASE	• Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar
NPISA	• Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo
NSP	• Novas Substâncias Psicoativas
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
PTS	• Programa Troca de Seringas
PIAC	• Projeto Integrado de Apoio à Comunidade
PIAM	• Projeto Integrado de Atendimento Materno
PIF	• Programa de Intervenção Focalizada
PII	• Plano Individual de Inserção
PJ	• Polícia Judiciária
PNRCAD	• Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências
PNsida	• Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA
PORI	• Plano Operacional de Respostas Integradas

PPCDAFA	• Programa Para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas
PRACE	• Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
PREMAC	• Plano de Redução e Melhoria da Administração Central
PRI	• Programa de Respostas Integradas
PSI	• Plano Sancionatório Individual
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
SEN	• Sistema Estatístico Nacional
SICAD	• Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
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
SNISPCAD	• Sistema Nacional de Informação sobre Substâncias Psicoativas, Comportamentos Aditivos e Dependências
TAS	• Taxa de Alcoolémia no Sangue
TCD	• Tráfico/Consumo de Droga
THC	• Tetrahydrocannabinol
TIC	• Tecnologias da Informação e Comunicação
UA	• Unidade de Alcoologia
UCIC	• Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta
UD	• Unidade de Desabilitação
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
UNODC	• <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
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 (Linfadenopatia 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 “findos” e levado a Tribunal por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **indivíduo condenado** entende-se o indivíduo constante nos processos “findos”, julgado e com pena condenatória, por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **novo utente (utente em primeira consulta)** entende-se o utente que tem pela primeira vez um ato terapêutico numa estrutura da rede pública de tratamento da toxicodependência, 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	11
Consumos e Problemas relacionados	13
1. Alguns Resultados de Estudos	19
Quadro 1 População Geral, Portugal – Grupo 15-24 anos, Idades de Início dos consumos, (2001, 2007 e 2012)	25
Quadro 2 Estimativas da Prevalência de Consumidores Problemáticos de Drogas em Portugal (2000 e 2005)	29
2. Tratamento	41
2.1. Tratamento em meio livre	41
Quadro 3 Consumos dos Utentes em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura, Rede Pública e Licenciada, Portugal Continental (2012)	46
Quadro 4 Socio demografia dos Utentes em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura, Rede Pública e Licenciada, Portugal Continental (2012)	49
2.2. Tratamento em meio prisional	51
Quadro 5 Utentes em Programas de Tratamento em Estruturas dos Estabelecimentos Prisionais (2012 e variações relativas a 2011/2009/2006)	51
3. Doenças Infecciosas	53
3.1. Notificações da Infecção VIH / SIDA	53
Quadro 6 Notificações dos Casos de Infecção VIH: Total e Casos Associados à Toxicodependência, por Estadio Clínico (01/01/1983-31/12/2012)	53
Quadro 7 Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura, Rede Pública e Licenciada, Portugal Continental (2012)	59
Quadro 8 Doenças Infecciosas nos Utentes com Consumos Endovenosos ao Longo da Vida, por Tipo de Estrutura, Rede Pública e Licenciada, Portugal Continental (2012)	59
4. Mortalidade	63
Quadro 9 Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Substância (2008-2012)	66
Quadro 10 Outras Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano, por Causa de Morte (2008-2012)	68
5. Contraordenações	71
5.1. Processos e Decisões	71
Quadro 11 Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito (2012 e variações relativas a 2011 / 2009 / 2006)	71
5.2. Indivíduos	77

Quadro 12	Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação (2012)	78
Oferta		79
1. Alguns Resultados de Estudos		83
2. Apreensões Policiais		87
2.1. Apreensões / quantidades / rotas / preços		87
Quadro 13	Droga Apreendida, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2006-2012)	88
Quadro 14	Preço Médio das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2006-2012)	90
2.2. Presumíveis Infratores		91
Quadro 15	Presumíveis Infratores, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga (2012 e variações relativas a 2011 / 2009 / 2006)	92
Quadro 16	Socio demografia dos Presumíveis Infratores (2012)	95
3. Decisões Judiciais		97
Quadro 17	Indivíduos Condenados, por Situação face à Droga e Tipo de Droga (2012)	101
Quadro 18	Socio demografia dos Indivíduos Condenados (2012)	104
4. Reclusões		105
Quadro 19	Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, por Tipo de Crime (2012 e variações relativas a 2011 / 2009 / 2006)	105
Quadro 20	Socio demografia dos Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga (2012)	106
Tendências por Drogas		107
1. Cannabis		111
Quadro 21	Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cannabis ao Longo da Vida (%) (2001-2003;2006-2012)	113
Quadro 22	Cannabis: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2010-2012)	116
Quadro 23	Cannabis: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2010-2012)	119
2. Heroína / Opiáceos		121
Quadro 24	Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Heroína ao Longo da Vida (%) (2001-2003;2006-2012)	122
Quadro 25	Heroína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2010-2012)	125
Quadro 26	Heroína: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2010-2012)	128
3. Cocaína		129
Quadro 27	Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína ao Longo da Vida (%) (2001-2003;2006-2012)	130
Quadro 28	Cocaína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2010-2012)	133
Quadro 29	Cocaína: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2010-2012)	136
4. Ecstasy		137
Quadro 30	Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Ecstasy ao Longo da Vida (2001-2003;2006-2012)	138
Quadro 31	Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2010-2012)	140
Quadro 32	Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2010-2012)	143

Índice de figuras

Parte A - Caracterização e Evolução da Situação	11
Consumos e Problemas relacionados	13
1. Alguns resultados de estudos	19
Figura 1 População Geral, Portugal - Total (15-64 anos): Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)	19
Figura 2 População Geral, Portugal – População Jovem Adulta (15-34 anos): Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)	19
Figura 3 População Geral, Portugal - Total (15-64 anos): Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)	20
Figura 4 População Geral, Portugal: População Jovem Adulta (15-34 anos), Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)	20
Figura 5 População Geral, Portugal – Total (15-64): Taxa de Continuidade dos Consumos, por Tipo de Droga	21
Figura 6 População Geral, Portugal: População Jovem Adulta (15-34 anos): Taxas de Continuidade dos Consumos, por Tipo de Droga	22
Figura 7 População Geral, Portugal - Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): Avaliação da Dependência através do CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>) (% total Inquiridos)	23
Figura 8 População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): Avaliação da Dependência através do CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>) (% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses)	23
Figura 9 População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): Avaliação da Dependência através do SDS (<i>Severity of Dependence Scales – Cannabis</i>) (% total de Inquiridos)	24
Figura 10 População Geral, Portugal – Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): Avaliação da Dependência através do SDS (<i>Severity of Dependence Scales – Cannabis</i>) (% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses)	24
Figura 11 População Geral, Portugal: Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, por Região (NUTS II) (%) (2012)	27
Figura 12 População Jovem (15-24 anos): Perceção do Risco para Saúde associado ao Consumo de Drogas, Portugal e Média Europeia (%) (2011)	28
Figura 13 População Escolar – HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano): Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)	31
Figura 14 População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos): Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)	31
Figura 15 População Escolar – ECATD (alunos de 13-18 anos): Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida (%)	32

Figura 16	População Escolar – INME (3º Ciclo e Secundário): Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)	33
Figura 17	População Escolar – INME (3º Ciclo e Secundário): Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)	34
Figura 18	População Escolar – INME (3º Ciclo e Secundário): Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, por Região (NUTS II) (%) (2011)	34
Figura 19	População Reclusa Nacional: Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) ...	35
Figura 20	População Reclusa Nacional: Prevalências de Consumo segundo o Momento Face à Reclusão, por Tipo de Droga (%)	36
Figura 21	População Reclusa Nacional: Consumo Regular em Reclusão, segundo o Ano, por Tipo de Droga (%)	36
Figura 22	População de Condutores em Geral: Prevalências de Consumo de Substâncias Psicoativas (%) (2008-2009)	38
Figura 23	População de Condutores Mortos em Acidentes de Viação: Prevalências de Consumo de Substâncias Psicoativas (%) (2008/2009)	39
2. Tratamento	.....	41
2.1. Tratamento em meio livre	.....	41
Figura 24	Utentes em Tratamento no Ano, Novos e Readmitidos, Rede Pública – Ambulatório, Portugal Continental (2006-2012)	42
Figura 25	Utentes em Tratamento no Ano, segundo a Residência, Rede Pública – Ambulatório, Portugal Continental (2012).....	43
Figura 26	Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo a Residência, Novos Utentes e Utentes Readmitidos, Rede Pública – Ambulatório, Portugal Continental (2012)].....	44
Figura 27	Utentes em Tratamento em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica, segundo o Ano, Rede Pública e Licenciada, Portugal Continental (2006-2012)]	45
Figura 28	Substância Principal dos Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo o Ano, Novos Utentes e Utentes Readmitidos, Rede Pública – Ambulatório, Portugal Continental (2006-2012)	46
Figura 29	Consumo Endovenoso nos Últimos 12 Meses, segundo o Ano, Novos Utentes e Utentes Readmitidos, Rede Pública – Ambulatório, Portugal Continental (2006-2012)	47
Figura 30	Partilha de Material de Consumo Endovenoso ao Longo da Vida e Últimos 12 Meses, segundo o Ano/ Total de Utentes, Novos Utentes e Utentes Readmitidos, Rede Pública – Ambulatório, Portugal Continental (2006-2012)	48
Figura 31	Partilha de Material de Consumo Endovenoso ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, segundo o Ano / Injetores ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, Novos Utentes e Utentes Readmitidos, Rede Pública – Ambulatório, Portugal Continental (2006-2012)	49
Figura 32	Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo o Ano, por Grupo Etário, Novos Utentes e Utentes Readmitidos, Rede Pública – Ambulatório, Portugal Continental (2006-2012)	50
3. Doenças Infecciosas	.....	53
3.1. Notificações da Infecção VIH/SIDA	.....	53
Figura 33	Notificações de Infecção pelo VIH Associados ou não à Toxicodependência, nos diferentes Estádios Clínicos (%) (01/01/1983-31/12/2012)	53
Figura 34	Casos de Infecção pelo VIH Diagnosticados em 2012, Associados ou não à Toxicodependência, por Ano Provável de Infecção (%)	54
Figura 35	Notificações de VIH e SIDA: Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Diagnóstico	55

Figura 36	Notificações de VIH e SIDA: % Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Diagnóstico	55
Figura 37	Notificações de SIDA: % das Patologias Indicadoras de SIDA, em Casos Associados ou não à Toxicodependência (01/01/1983 – 31/12/2012)	56
Figura 38	Notificações de Casos de Infecção pelo VIH Associados à Toxicodependência, por Zona Geográfica de Residência (01/01/1983 – 31/12/2012)	57
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência		58
Figura 39	Prevalências e Novas Infecções de VIH nos Utentes em Tratamento no Ano: Total de Utentes e Injetores, segundo o Ano, Rede Pública – Ambulatório, Portugal Continental (2006-2012)	60
4. Mortalidade		63
Figura 40	Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas	64
Figura 41	Autópsias, Exames Toxicológicos e Resultados Positivos <i>post-mortem</i> , segundo o Ano	65
Figura 42	Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano	65
Figura 43	Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Sexo (2012)	67
Figura 44	Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Grupo Etário (2012)	67
Figura 45	Notificações de Óbitos VIH e SIDA: % de Casos Mortos segundo o Ano de Diagnóstico, em Casos Associados ou não à Toxicodependência	69
Figura 46	Notificações de Óbitos VIH e SIDA: Mortes segundo o Ano de Óbito, em Casos Associados ou não à Toxicodependência	69
Figura 47	Notificações de Óbitos VIH e SIDA: % das Mortes segundo os Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Óbito	70
5. Contraordenações		71
5.1. Processos e decisões		71
Figura 48	Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito (2012)	72
Figura 49	Processos de Contraordenação e Decisões, segundo o Ano	73
Figura 50	Processos de Contraordenação, segundo o Ano, por Tipo de Decisão	73
Figura 51	Processos de Contraordenação, segundo o Ano, por Tipo de Droga	74
Figura 52	Distribuição dos Processos de Contraordenação, segundo a Droga Envolvida, por Distrito (%) (2012)	75
Figura 53	Percentagens Intradistritais de Processos de Contraordenação por Tipo de Droga (2012)	76
Figura 54	Processos de Contraordenação por Tipo de Droga: Intervalos das Percentagens Intradistritais, segundo o Ano	77
Oferta		79
1. Alguns resultados de estudos		83
Figura 55	População Jovem (15-24 anos), Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado), Portugal e Média Europeia (%) (2011)	83
Figura 56	População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos): Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado), Portugal e Média Europeia (% dos que responderam relativamente fácil / muito fácil) (2011)	84
Figura 57	População Geral, Portugal – Total (15-64 anos), Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado) (% dos Consumidores ao Longo da Vida de cada Droga) (2012)	85
2. Apreensões Policiais		87
2.1 Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços		87
Figura 58	Número de Apreensões, segundo o Ano, por Tipo de Droga	87
Figura 59	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) (2012)	89

2.2 Presumíveis Infratores	91
Figura 60 Presumíveis Infratores, segundo o Ano, por Situação Face à Droga	91
Figura 61 Total de Presumíveis Infratores, por Zona Geográfica de Ocorrência da Infração (2012)	91
Figura 62 Presumíveis Infratores, segundo o Ano, por Tipo de Droga	93
Figura 63 Distribuição dos Presumíveis Infratores, segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região	
Autônoma (%) (distritos ou R.A. com mais de 10% do total de presumíveis infratores na posse de cada tipo de droga) (2012)	93
Figura 64 Percentagens Intradistritais de Presumíveis Infratores, por Tipo de Droga (2012)	94
3. Decisões Judiciais	97
Figura 65 Processos, Indivíduos Acusados e Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano	97
Figura 66 Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Situação Face à Droga	98
Figura 67 Total de Indivíduos Condenados, por Zona Geográfica de Ocorrência da Condenação (2012)	99
Figura 68 Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Pena	99
Figura 69 Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Droga	101
Figura 70 Distribuição dos Indivíduos Condenados segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região	
Autônoma (%) (distritos ou R.A. com mais de 10% do total de condenados na posse de cada tipo de droga) (2012)	102
Figura 71 Percentagens Intradistritais dos Indivíduos Condenados por Tipo de Droga (2012)	103
4. Reclusões	105
Figura 72 Total de Reclusos Condenados e Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga,	
segundo o Ano	105
Parte B - Respostas e Intervenções	153
VII - Redução da Procura	175
1. PORI	177
Figura 73 Esquema Operacional do PORI	177
Figura 74 Total de indivíduos abrangidos, por eixo de intervenção (N=28.363)	178



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



SICAD

Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências