

Relatório Anual

2013

A Situação do País em Matéria de
Drogas e Toxicodependências

Relatório Anual 2013

A Situação do País em Matéria de
Drogas e Toxicodependências

Ficha Técnica

Título: **Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências**

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

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências

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

Edição: 2014

Impressão:

Depósito Legal:

Tiragem:

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

Preâmbulo

O ano de 2012 marcou o final de um ciclo estratégico, 2013 foi o ano do início de um novo ciclo. Com base na avaliação das políticas e intervenções no domínio das drogas, das toxicodependências e do uso nocivo do álcool, no plano Nacional de Saúde e nas estratégias da UE, para o álcool e para as drogas e da OMS para o álcool enfrentámos o desafio de construir um novo Plano Nacional, agora para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020.

As mudanças profundas na orgânica de alguns serviços públicos que intervêm nestas áreas e que têm responsabilidades no planeamento das políticas, o alargamento das competências do SICAD às novas substâncias psicoativas, aos medicamentos e anabolizantes e às dependências sem substância, neste ano em que o SICAD e as ARS assumiram de modo independente, mas sempre articulado, as suas competências de coordenação nacional e de intervenção “no terreno”, obrigaram a um esforço maior de articulação e trabalho de parceria. Cerca de 150 entidades participaram na construção do Plano Nacional e assumem o papel de o implementar.

Nesta conjuntura de mudança e de desenho de um novo ciclo estratégico, impõe-se uma palavra de apreço, em primeiro lugar aos Coordenadores das Subcomissões e a todos os representantes das entidades que contribuíram para a construção deste novo Plano. Fizeram um trabalho de muita qualidade, que nunca é demais realçar. Em segundo lugar aos Profissionais que atuam nestas áreas, já que, como esperado, responderam com elevado espírito de missão na implementação das iniciativas e ações planeadas ou ainda em pleno processo de planeamento. Também às ARS, 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 para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016*, constituindo-se assim como um instrumento imprescindível para a avaliação das políticas nesta matéria. Contudo para este ano de 2013 o planeamento (elaboração do Plano) e a intervenção correram a par, o que dificultou o trabalho de compilação de toda a informação disponível.

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 na preparação deste novo ciclo estratégico, estando certo que o reforço da cooperação e integração das políticas e intervenções permitirá ultrapassar os novos desafios que se nos irão colocar.

Lisboa, 29 de dezembro de 2014

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: Anabela Bento, Helena Neto, José Luis Costa, Lúcia Dias,
Rosário Mendes

Divisão de Informação e Comunicação do SICAD

Equipa Responsável

Coordenação: Mário Castro

Redação: Paula Vale de Andrade

Apoio Técnico: Filipa Cunha, Liliana Ferreira

Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção do SICAD

Coordenação: Graça Vilar

Redação: Natacha Silva, Paula Frango, Sofia Pereira

Índice

Parte A - Caracterização e Evolução da Situação	11
Consumos e Problemas relacionados	13
1. Alguns Resultados de Estudos	19
2. Tratamento	41
3. Doenças Infecciosas	53
3.1. Notificações da infeção VIH/SIDA	51
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência	56
4. Mortalidade	63
5. Contraordenações	71
5.1. Processos e Decisões	71
5.2. Individuos	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. Cocaína	121
2.1. Consumos e Problemas relacionados	121
2.2. Oferta	127
3. Heroína / Opiáceos	131
3.1. Consumos e Problemas relacionados	131
3.2. Oferta	137

4. Ecstasy	141
4.1. Consumos e Problemas relacionados	141
4.2. Oferta	145
5. Outras Drogas e Policonsumos	149
5.1. Consumos e Problemas relacionados	149
5.2. Oferta	154
Parte B - Respostas e Intervenções	157
Domínio da Procura	161
Domínio da Oferta	181
1. Atuação no âmbito das substâncias ilícitas e das NSP	182
2. Atuação no âmbito do álcool, medicamentos e anabolizantes	193
2.1. Álcool	193
2.2. Atuação no âmbito do Jogo	193
Temas Transversais	197
1. Informação e Investigação	198
2. Formação	211
3. Comunicação	216
4. Relações Internacionais e Cooperação	218
5. Qualidade	225
Coordenação	229
Fontes	235
Referências Bibliográficas	237
Sinais Convencionais	241
Lista de Siglas e Abreviaturas	243
Definição de Termos	249
Índice de Quadros	251
Índice de Figuras	254

Parte A

Caracterização e Evolução da Situação

Consumos e Problemas relacionados

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

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

Quanto às novas substâncias psicoativas, em 2012, cerca de 0,4% da população portuguesa (0,9% da população jovem adulta) já tinha tido pelo menos uma experiência de

consumo ao longo da vida e 0,1% nos últimos 12 meses (0,3% da população jovem adulta). À semelhança das substâncias ilícitas, os consumidores eram maioritariamente jovens e do sexo masculino, e Lisboa, Açores e o Alentejo apresentaram prevalências de consumo ao longo da vida acima da média nacional.

Recentemente foi realizado um outro estudo periódico que permite a análise de tendências no contexto nacional e europeu, sobre as estimativas do consumo problemático/de alto risco de drogas. As estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para taxas por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 7.1‰ para os consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas, e de 2.2‰ para os consumidores recentes de drogas por via endovenosa. A tendência para a redução do número estimado de consumidores problemáticos nos estudos realizados em 2000 e 2005, é de novo verificável entre 2005 e 2012, para estas duas definições de caso. Em 2012, a estimativa encontrada do número de consumidores recentes de cocaína foi superior à de consumidores recentes de opiáceos. Foi também realizada pela primeira vez em Portugal uma estimativa do consumo de alto risco de cannabis, cujos resultados apontam, em 2012, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem dos 7.0‰ para os consumidores de alto risco de cannabis em Portugal.

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

No contexto das **populações escolares**, os resultados dos estudos nacionais evidenciaram que o consumo de drogas que vinha aumentando desde os anos 90 diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, constatando-se em 2010 e 2011 novamente um aumento, 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%). No final de 2014 foi realizado um novo estudo, não estando os dados ainda disponíveis.

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

No âmbito do **tratamento da toxicodependência**, em 2013, no ambulatório da rede pública estiveram em tratamento 28 133 utentes, inscritos como utentes com problemas relacionados com o uso de drogas. Dos que iniciaram tratamento em 2013, 2154 eram utentes readmitidos e 1985 eram novos utentes, ou seja, utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*). Constata-se nos últimos quatro anos uma tendência para o aumento do número de novos utentes, cerca de metade dos quais tendo como droga principal a cannabis, o que poderá refletir a maior articulação dos vários serviços interventores com vista a adequar as respostas às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população.

Em 2013, nas redes pública e licenciada registaram-se 1631 internamentos em Unidades de Desabilitação (1535 em UD públicas e 96 em UD licenciadas), 55% dos quais por problemas relacionados com o uso de drogas. O número de internamentos em Comunidades Terapêuticas foi de 3534 (127 em CT públicas e 3407 em CT licenciadas), 71% por problemas relacionados com o uso de drogas.

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

Os indicadores relativos ao consumo de droga injetada e partilha de material deste tipo de consumo apontam para reduções destes comportamentos. São evidentes as descidas das prevalências dos consumos recentes de droga injetada, variando, em 2014, entre 3% e 25% nos utentes das diferentes estruturas. Verifica-se, de um modo geral, também a tendência de diminuição das proporções de utentes com práticas recentes de partilha de material deste tipo de consumo (em 2014, variaram entre 0% e 34% nos subgrupos de injetores das diferentes estruturas), existindo no entanto, algumas "bolsas de utentes" ainda com prevalências elevadas destas práticas.

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

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

No contexto das estruturas de tratamento da toxicodependência da responsabilidade do sistema prisional, em 2013 estiveram integrados 185 reclusos nos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência, e a 31/12/2013 estavam integrados 466 reclusos em Programas Farmacológicos. Desde o anterior ciclo estratégico que se verifica uma tendência de decréscimo no número de reclusos nos Programas Orientados para a Abstinência, mas em contrapartida, e sobretudo a partir de 2009, constata-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.

Relativamente às **doenças infecciosas** entre as populações em tratamento da toxicodependência em meio livre, em 2013, as prevalências nos vários grupos de utentes enquadram-se no padrão dos últimos anos - VIH+ (3% - 16%), VHC+ (18% - 61%) e AgHBs+ (1% - 5%)-, sendo superiores nos respetivos subgrupos de injetores - VIH+ (9% - 25%) e VHC+ (66% - 88%). No que respeita às novas infeções, constata-se, tanto no total de utentes em ambulatório como nos subgrupos de injetores, uma descida significativa nas proporções de novas infeções pelo VIH em 2010 e 2011, mantendo-se estas proporções estáveis nos últimos três anos. Em relação às hepatites B e C, as proporções de novas infeções não têm apresentado variações relevantes nos últimos anos. No contexto prisional, entre os reclusos em tratamento da toxicodependência, as prevalências de VIH+ (15%), VHC+ (42%) e AgHBs+ (2%), enquadram-se no padrão encontrado em meio livre. Em ambos os contextos constata-se uma elevada comorbilidade de VIH+ e VHC+ nestas populações.

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 este 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 a nível do consumo injetado de drogas. É de notar no entanto, que também parece persistir ainda um diagnóstico tardio, com reflexos a nível da mortalidade observada no grupo de risco associado à toxicodependência.

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

No que respeita à **mortalidade relacionada com o consumo de drogas**, a nível das estatísticas nacionais de mortalidade do INE, I.P., os dados de 2013 não estavam disponíveis à data da conclusão deste Relatório. Após o aumento contínuo 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 segundo o critério do OEDT, registaram-se 16 mortes relacionadas com o consumo de drogas.

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2013, dos 184 óbitos com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito e com informação sobre a causa de morte, 22 (12%) foram considerados *overdoses* (-24% em relação a 2012), mantendo-se os valores dos últimos três anos muito aquém dos registados entre 2008 e 2010. Entre as substâncias detetadas nestas *overdoses*, é de destacar a presença de opiáceos em 46% dos casos, seguindo-se-lhe a cocaína (36%) e a metadona (27%). É de notar, enquanto tendência emergente, embora ainda com valores residuais, a ocorrência de casos de *overdose* com a presença de drogas sintéticas. Uma vez mais, na maioria (91%) das *overdoses* foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar em associação com as drogas ilícitas, as *overdoses* com a presença de benzodiazepinas (50%) e de álcool (36%). Em relação às outras causas das mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito em 2013 (162 casos), foram maioritariamente atribuídas a acidentes (44%) tal como nos anos anteriores, seguindo-se-lhes a morte natural (33%), o suicídio (12%) e o homicídio (7%).

No que se refere à mortalidade relacionada com o VIH/SIDA e de acordo com as notificações de óbitos recebidas no INSA, em 2013 foram notificados 101 óbitos ocorridos no próprio ano em casos de infeção VIH associados à toxicodependência, 69 dos quais em estadios SIDA. A distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia uma tendência decrescente no número de mortes ocorridas a partir de 2002, e a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência. No entanto, 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 o diagnóstico mais tardio neste grupo de risco.

No contexto das **contraordenações por consumo de drogas**, foram instaurados 8729 processos relativos às ocorrências de 2013, representando o valor mais elevado desde 2001. À data da recolha de informação, 86% dos processos relativos às ocorrências de 2013 tinham decisão proferida (36% estavam suspensos e 51% arquivados), constatando-se nos últimos dois anos um significativo aumento da capacidade decisória em relação aos anos anteriores, tanto mais relevante quanto o número de processos em 2013 atingiu o valor mais elevado desde 2001. Entre as decisões proferidas, uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (70%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (12%). Tal como nos anos anteriores, a maioria dos processos estavam relacionados com a posse de cannabis (82% só cannabis e 2% cannabis com outras drogas), o que é consistente com os resultados dos estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas em Portugal. Os perfis de consumo e demográficos predominantes desta população e a sua evolução nos últimos anos – nomeadamente mais consumidores não toxicodependentes, mais jovens e mais estudantes –, são indicadores das estratégias e abordagens específicas de sinalização e intervenção precoce, preconizadas no planeamento estratégico na área da dissuasão.

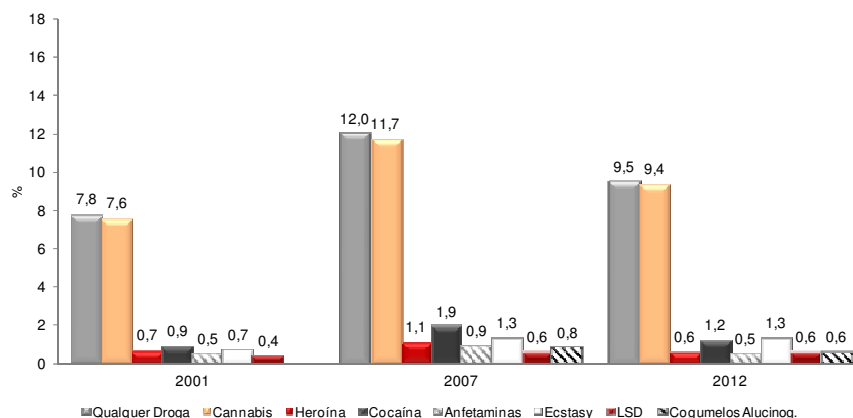
1. Alguns Resultados de Estudos¹

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

Contexto População Geral

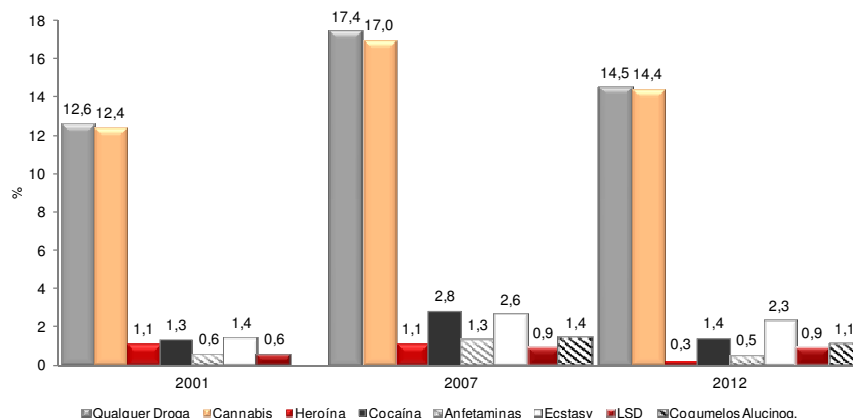
Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*², replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na população geral de 15 - 64 anos³ residente em Portugal.

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



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

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



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

¹ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 19 à pág. 34, disponível em <http://www.sicad.pt>

² Balsa et al., 2014.

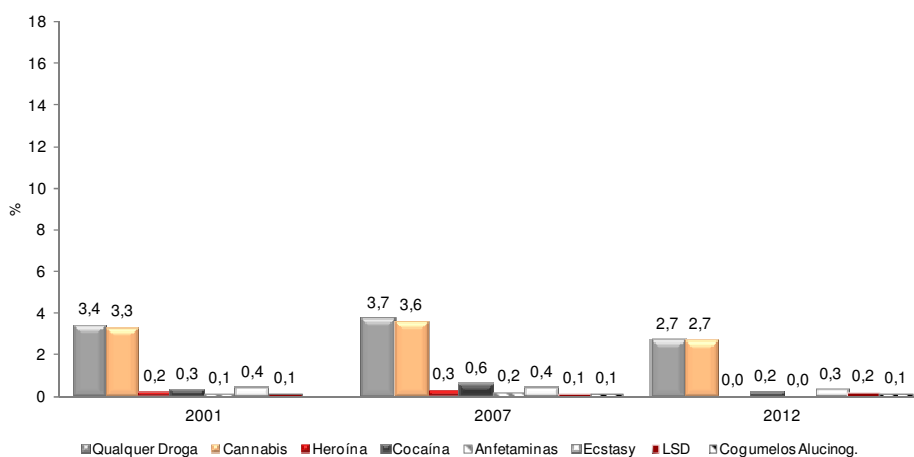
³ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

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

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

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

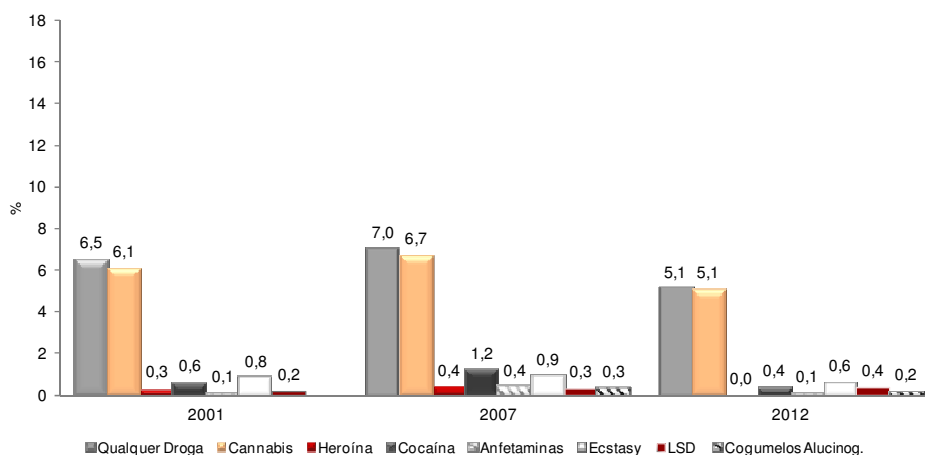
Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)



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

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

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



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

Entre 2007 e 2012, na população residente em Portugal, 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.

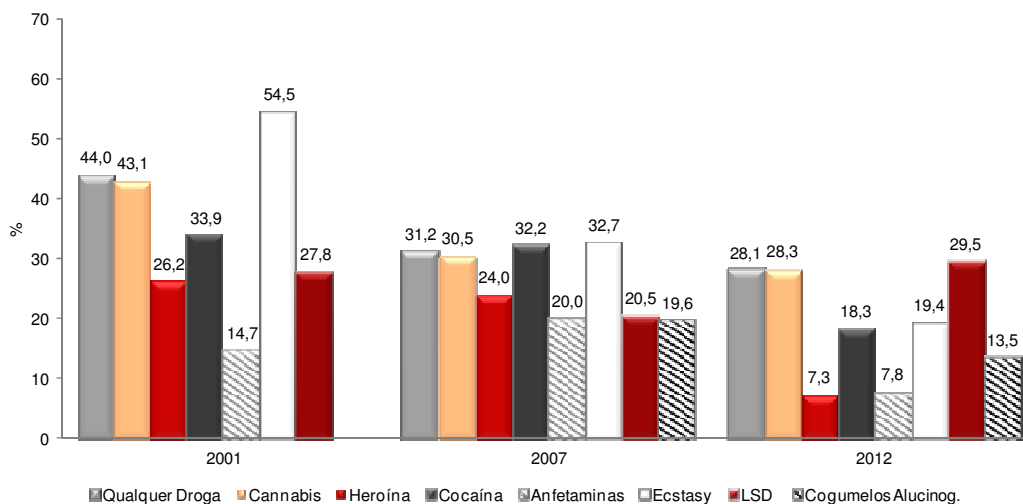
São de destacar, tanto na população total como na jovem adulta, para além das descidas das prevalências de consumo de cannabis, enquanto a substância mais consumida, também as de heroína, de cocaína e de anfetaminas.

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



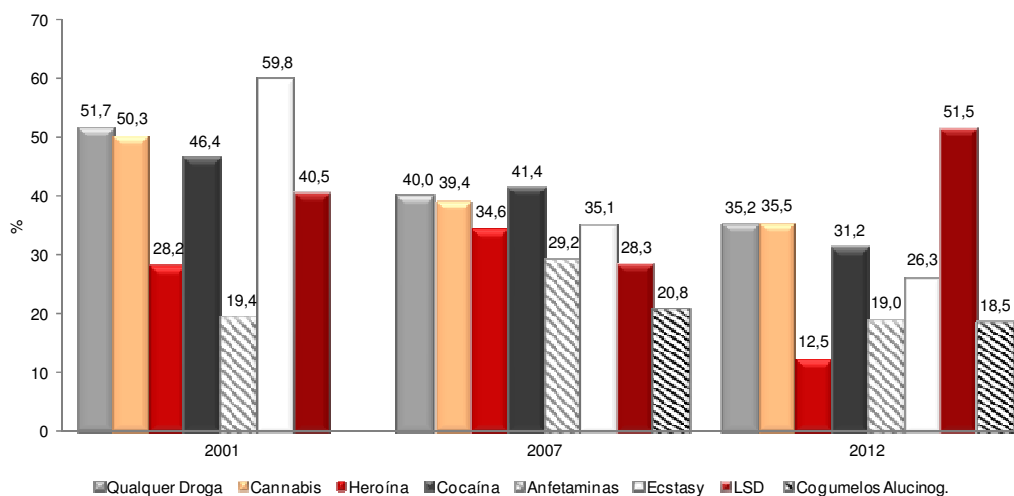
* A taxa de continuidade dos consumos indica a proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

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

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

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

Taxas de Continuidade* dos Consumos, por Tipo de Droga



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

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

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

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

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

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

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

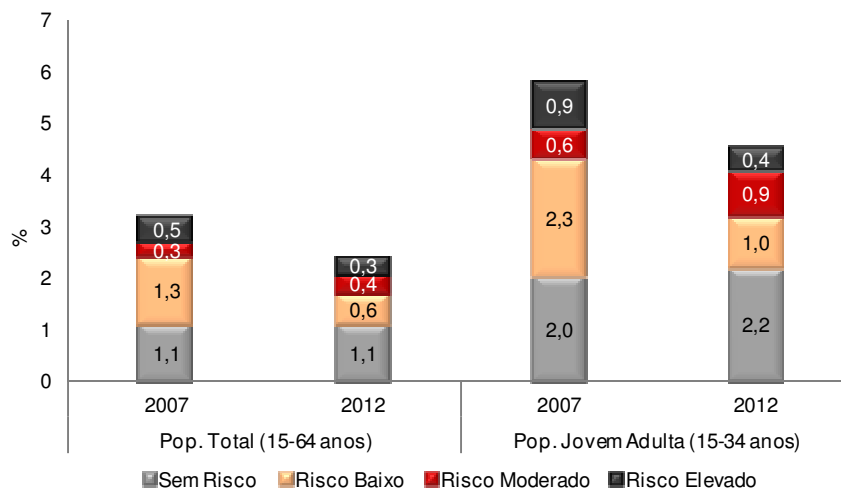
⁵ O Teste *Cannabis Abuse Screening Test (CAST)*, desenvolvido pelo Observatório Francês da Droga e Toxicodependência, é um questionário com 6 questões que procuram identificar padrões e comportamentos de risco associados ao uso de cannabis no último ano (Balsa et al., 2014).

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

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

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

% total de Inquiridos



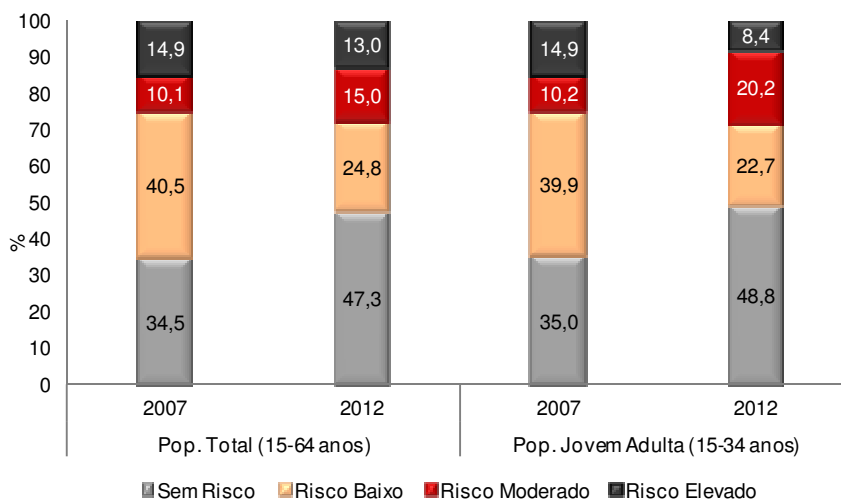
Fonte: Balsa et al., 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

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

% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses



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

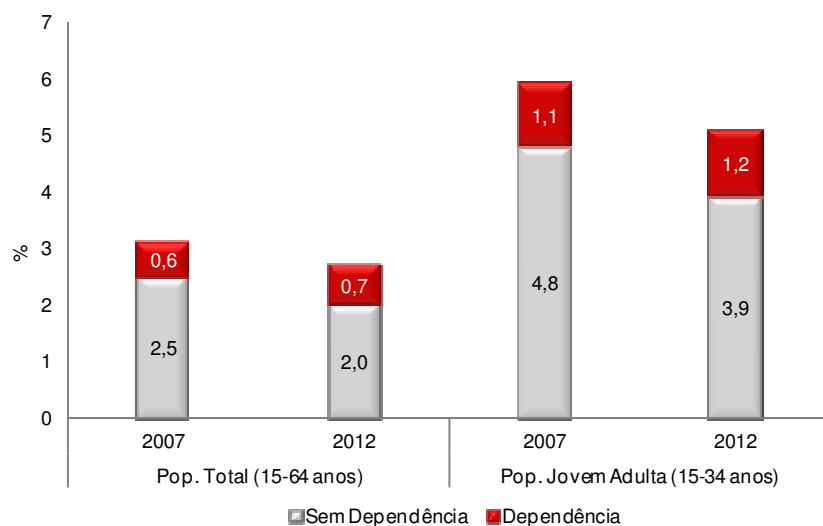
Entre 2007 e 2012, aumentaram as prevalências de consumo de risco moderado quer nos consumidores de cannabis de 15-64 anos (de 10,1% para 15%) quer nos consumidores de cannabis jovens adultos (de 10,2% para 20,2%), e, diminuiram as de consumo de risco elevado em ambos os grupos de consumidores (respetivamente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

% total de Inquiridos

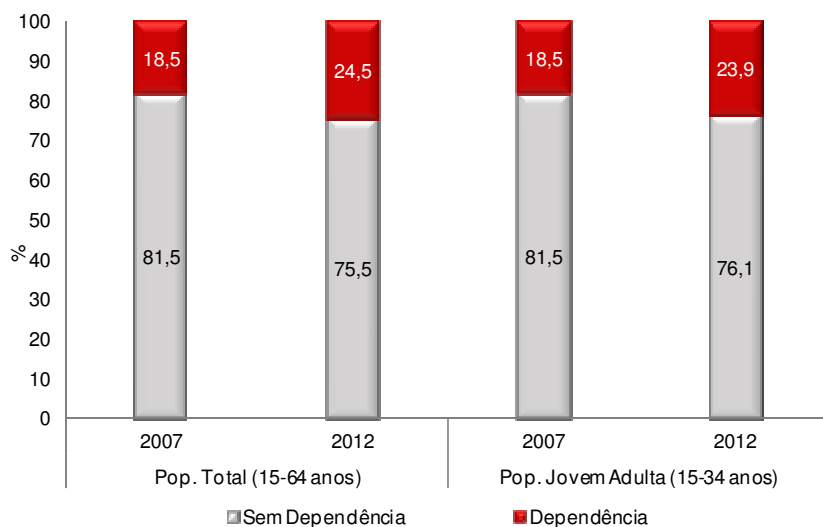


Fonte: Balsa et al., 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses



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

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

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

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

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

Idades de Início dos consumos
2001, 2007 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., 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

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

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

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

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

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

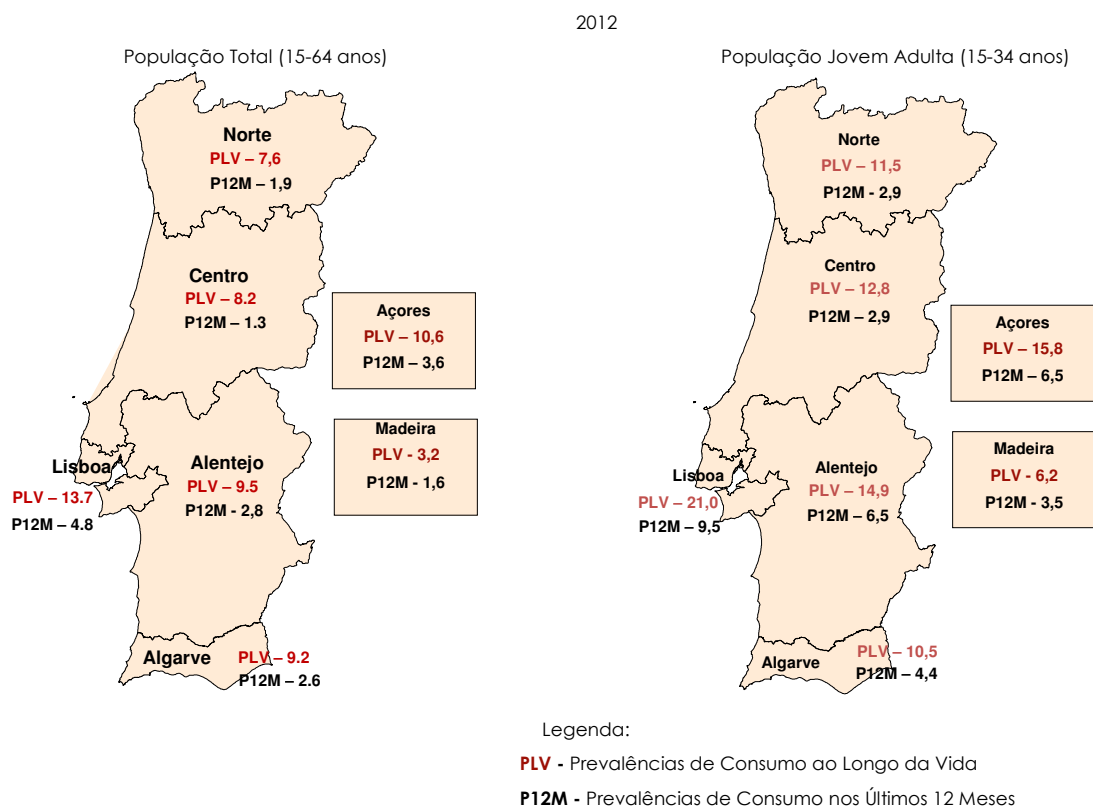
O padrão preferencial de consumo da população portuguesa – em primeiro lugar o consumo de cannabis, seguindo-se-lhe o de ecstasy e o de cocaína - manteve-se em ambos os sexos, na população total e na jovem adulta, salvo algumas variações nos consumos recentes da população jovem adulta, com as mulheres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

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

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

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

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



* Segundo a classificação por NUTS de 2002.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para taxas por mil habitantes de 15-64 anos de 7.1‰ (IC 6.3 - 7.9) para os consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas e de 2.2‰ (IC 1.9 - 2.5) para os consumidores recentes de drogas por via endovenosa.

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

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

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

⁹ Negreiros *et al.*, 2009.

Dada a prevalência do consumo de cannabis na população geral, entende-se que a prevalência do consumo de alto risco de cannabis é adequadamente estimada através dos inquéritos dirigidos à população geral. Tomando por referência o último inquérito representativo da população residente em Portugal, realizado em 2012, as estimativas apontam, a nível de Portugal, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos de 7.0% (IC 4.0 – 10.0) para os consumidores de alto risco de cannabis. É de notar que a frequência de consumo não é determinante da perceção da existência de problemas atribuídos ao consumo de cannabis, pois apenas uma parte dos consumidores de alto risco de cannabis identifica problemas associados ao consumo desta substância e muito poucos declaram ter procurado, na sua vida, ajuda especializada relativamente a este consumo.

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

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

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

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

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

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

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

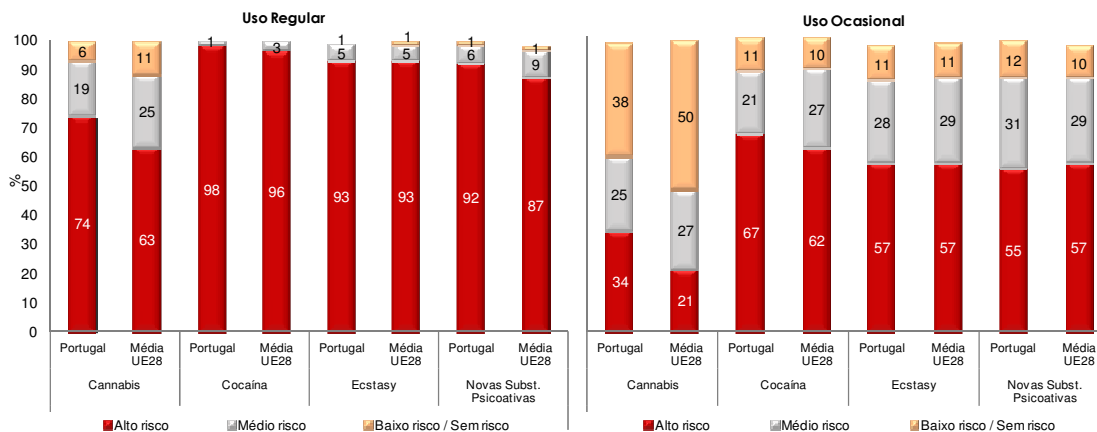
¹⁰ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à perceção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem),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

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

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

Figura 12 - População Jovem (15-24 anos)

Perceção do Risco para a Saúde associado ao Consumo de Drogas, 2014
Portugal e Média Europeia (%)



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

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

No estudo de 2011¹², no conjunto dos jovens europeus constataram-se diferenças entre as perceções dos não consumidores e dos 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 perceções dos consumidores, consoante tivessem ou não consumos recentes.

Também se constataram diferenças nestas perceções 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.

¹² À data, ainda não se encontravam disponíveis os resultados destas análises relativos ao estudo de 2014.

Contexto Populações Escolares

Nas populações escolares, no ciclo estratégico 2005-2012 foram realizados vários estudos nacionais: em 2006, o HBSC/OMS¹³ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁴ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁵ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁶ (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.

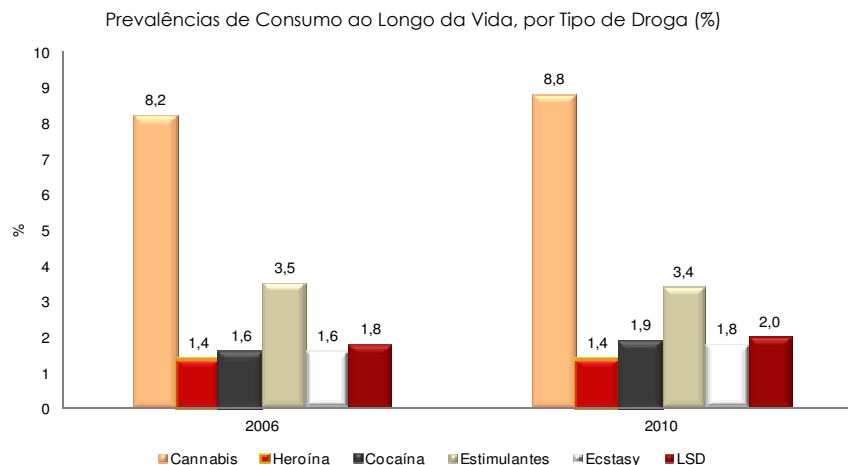
¹³ Portugal integra o HBSC/OMS - *Health Behaviour in School-aged Children* - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006 e 2010, encontram-se publicados (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010).

¹⁴ 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).

¹⁵ 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).

¹⁶ O ECATD - *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas* - 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)



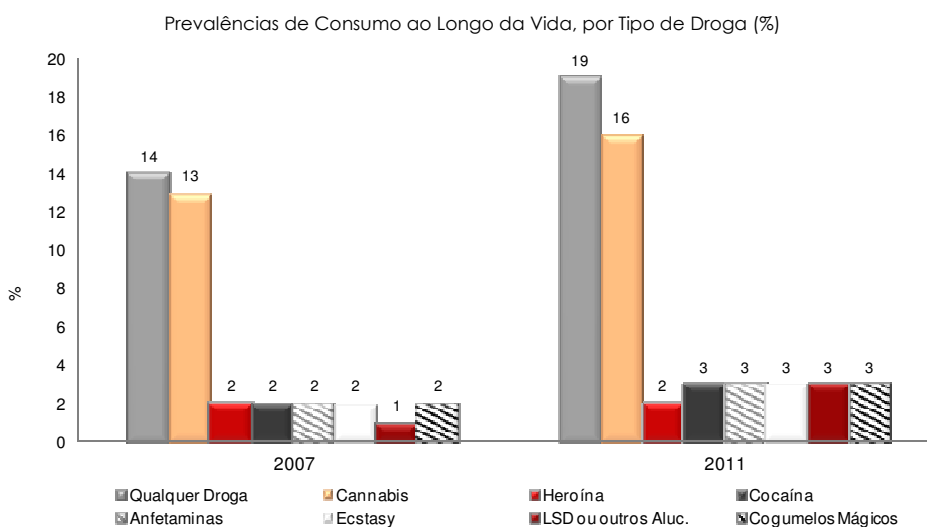
Fonte: Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al. 2010 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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 2002-2006¹⁷. 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)



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

¹⁷ 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. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

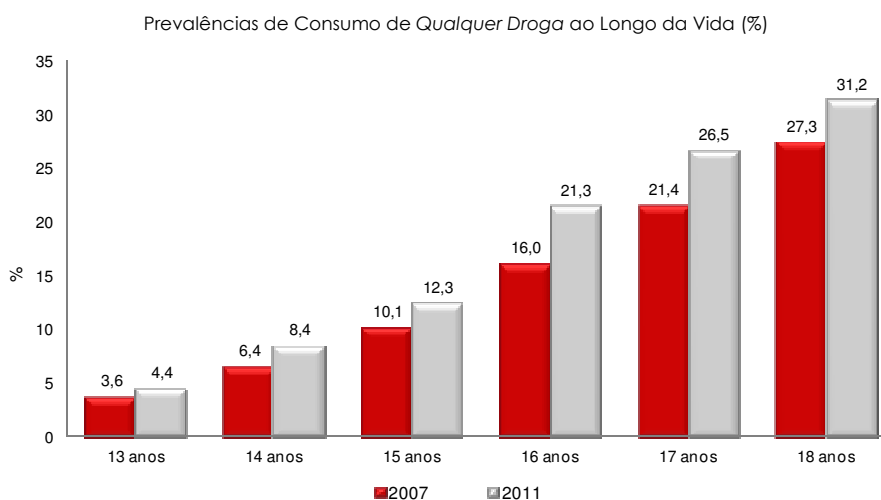
No *ESPAD 2011*, mais uma vez a cannabis foi a droga que apresentou a maior prevalência de consumo ao longo da vida (16%), com um valor próximo da prevalência de consumo de *qualquer droga* (19%). Entre 2007 e 2011, aumentou a prevalência de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* (de 14% para 19%), 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 2007¹⁸, 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

¹⁸ 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.

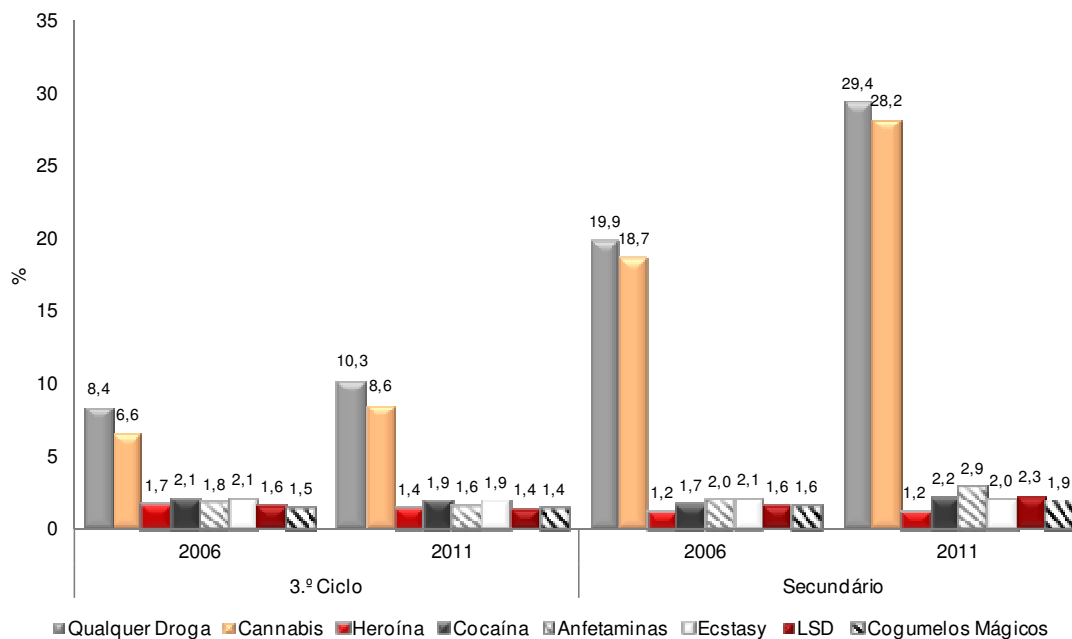
No **INME 2011**, as prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* foram de 10,3% no 3.º Ciclo e de 29,4% no Secundário. Uma vez mais a cannabis destacou-se com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida no 3.º Ciclo (8,6%) e no Secundário (28,2%). Seguiu-se-lhe a cocaína e o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

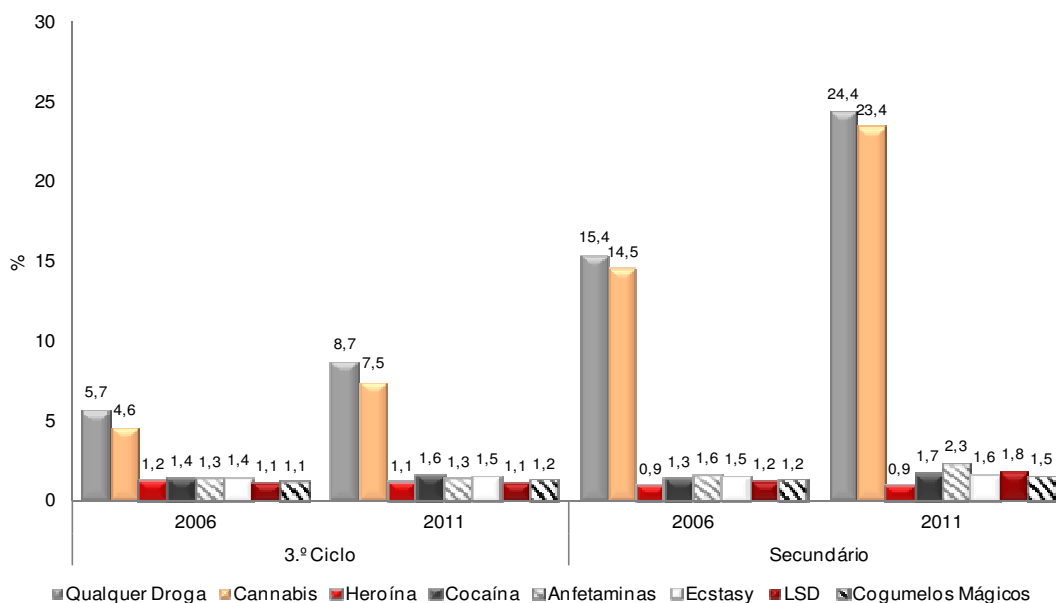
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)



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)

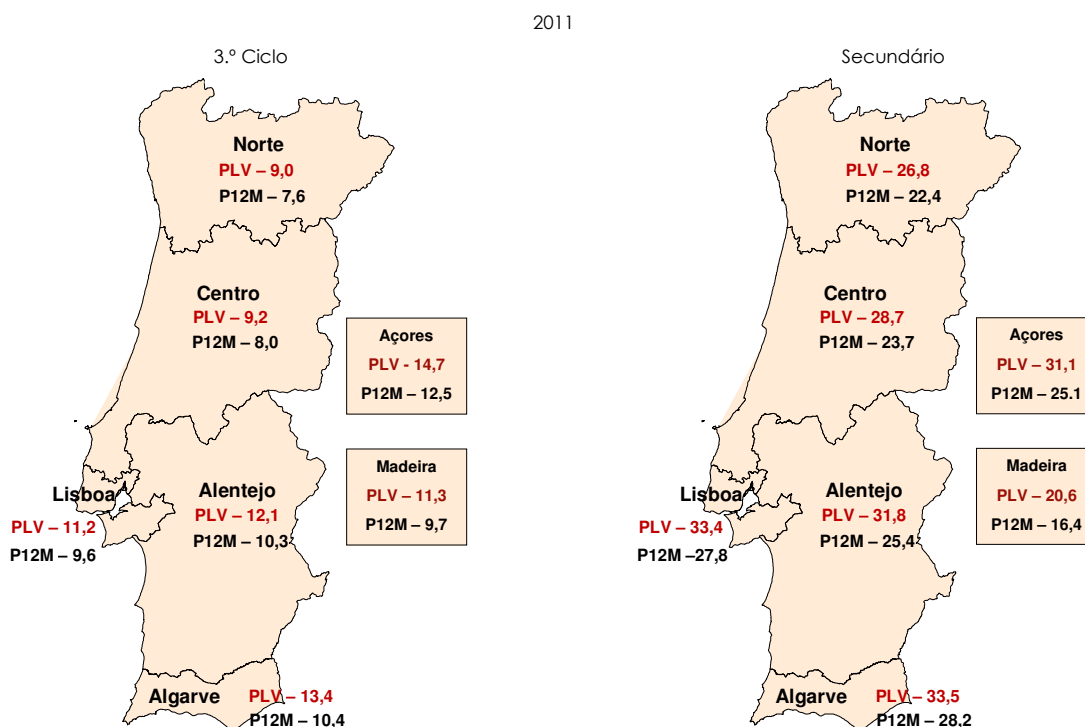
Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)



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) (%)



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

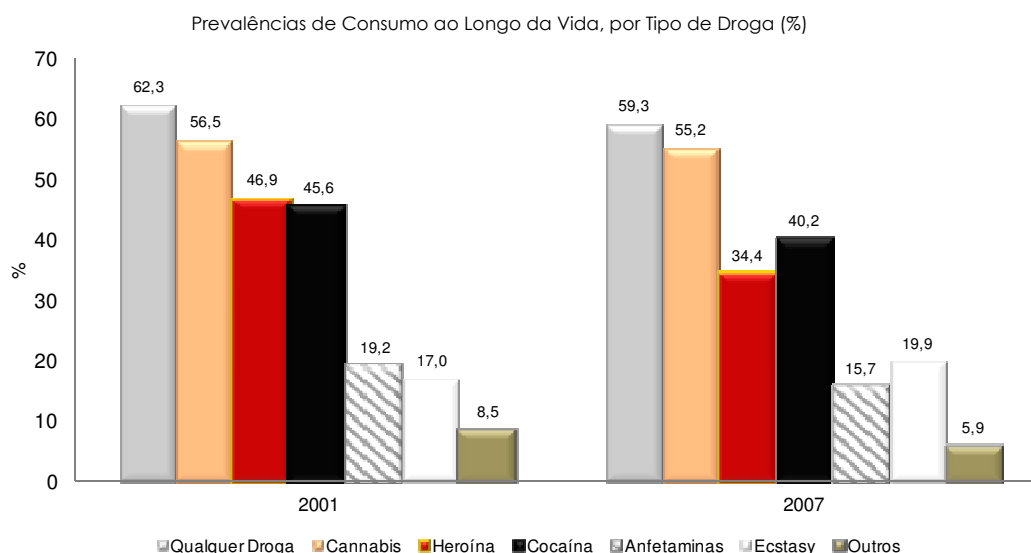
Os resultados do ESPAD evidenciaram um aumento do **risco percebido associado ao consumo regular de drogas** no ciclo estratégico 2005-2012. No que se refere à cannabis, a droga com maiores prevalências de consumo, respetivamente 79%, 82% e 71% dos alunos em 2011, 2007 e 2003 referiram ser de *grande 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*¹⁹-, que replicou o de 2001, não tendo sido possível assegurar a sua replicação prevista para o final do ciclo estratégico que terminou em 2012²⁰. 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

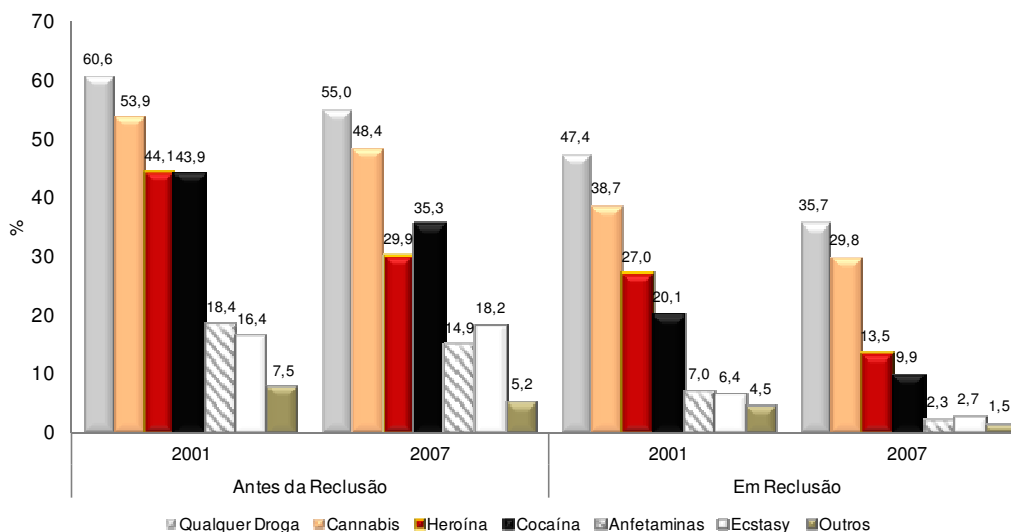
¹⁹ Torres et al., 2009.

²⁰ Um novo estudo foi realizado no final de 2014, não estando ainda os dados disponíveis.
Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

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 (%)



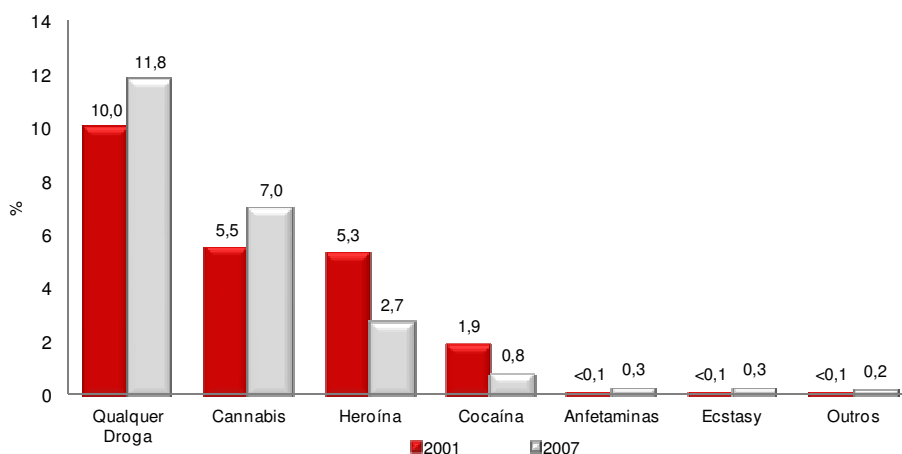
Fonte: Torres et al., 2009 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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 tinha um papel de contenção dos consumos, tendo a diminuição dos consumos com a entrada em reclusão sido 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*, 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 estudo²¹ sobre o impacto dos tratamentos de substituição opiácea no sistema prisional português, integrado no projeto AGIS²², 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*)²³. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011²⁴.

No caso dos **condutores em geral**, constatou-se que o álcool ($\geq 0,1$ 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*²⁵ (10,0%), superior à média dos 13 países europeus incluídos no estudo (7,4%), mas inferior à média da Europa do Sul (14,5%).

Também apresentou, em relação às médias europeias, prevalências superiores para o álcool e os medicamentos, mas inferior para as drogas ilícitas. Em relação às médias da Europa do Sul, registou prevalências inferiores de álcool e de drogas ilícitas e superior de medicamentos (a prevalência mais elevada da Europa, devido às benzodiazepinas).

²¹ Fernandes & Silva, 2009.

²² 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.

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

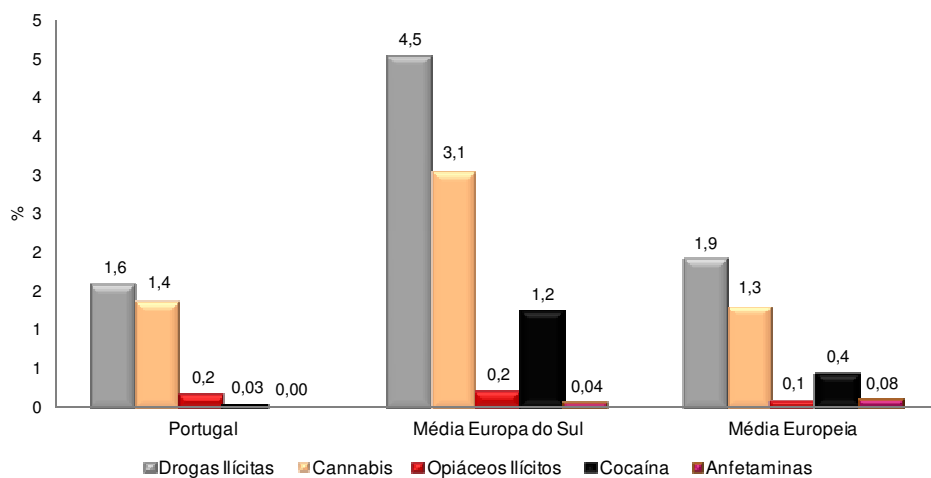
²⁴ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti, et al., 2011.

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

Figura 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

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

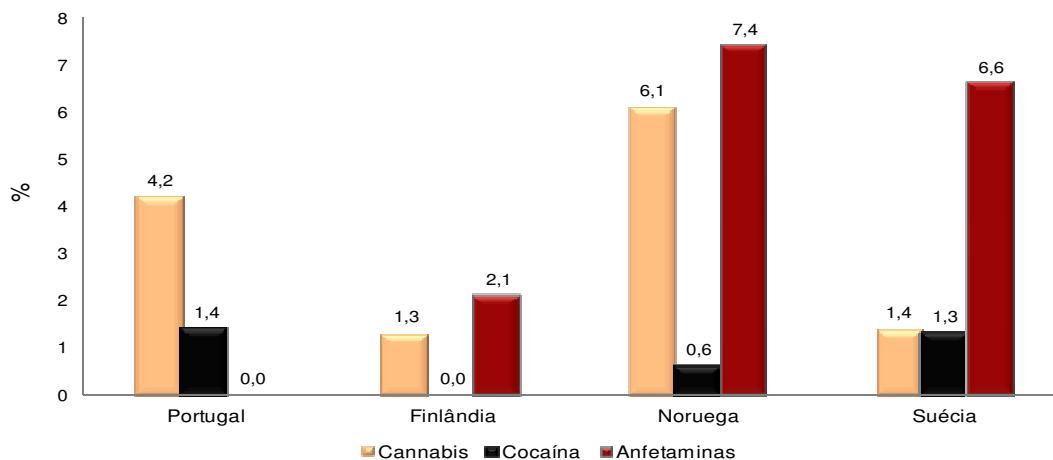
Entre os quatro países com estudo realizado sobre os condutores mortos em acidentes de viação²⁶, Portugal apresentou a maior prevalência de álcool e as menores prevalências de medicamentos e de drogas ilícitas (exceto a Finlândia, que teve prevalências inferiores de drogas ilícitas).

²⁶ Finlândia, Noruega, Portugal e Suécia.

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 – DEI

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 se destacaram as anfetaminas.

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

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

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

2. Tratamento²⁷

Em 2013 deu-se continuidade à articulação dos vários recursos de saúde e socio sanitários, públicos e privados, de modo a melhorar as respostas às múltiplas necessidades dos utentes com problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas²⁸.

Antes de mais, importa fazer uma contextualização metodológica relativamente aos dados deste capítulo do Relatório.

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

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

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

Em relação à informação sobre os utentes em camas convencionadas da rede privada licenciada, o SICAD não possui a informação relativa aos últimos dois anos devido à alteração na orgânica das estruturas de tratamento²⁹, não sendo por isso aqui disponibilizada de forma autónoma, embora esteja incluída na informação disponível sobre a 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.

Na rede pública de tratamento da toxicod dependência (ambulatório) estiveram em tratamento no ano, 28 133 utentes, inscritos como utentes com problemas relacionados com o

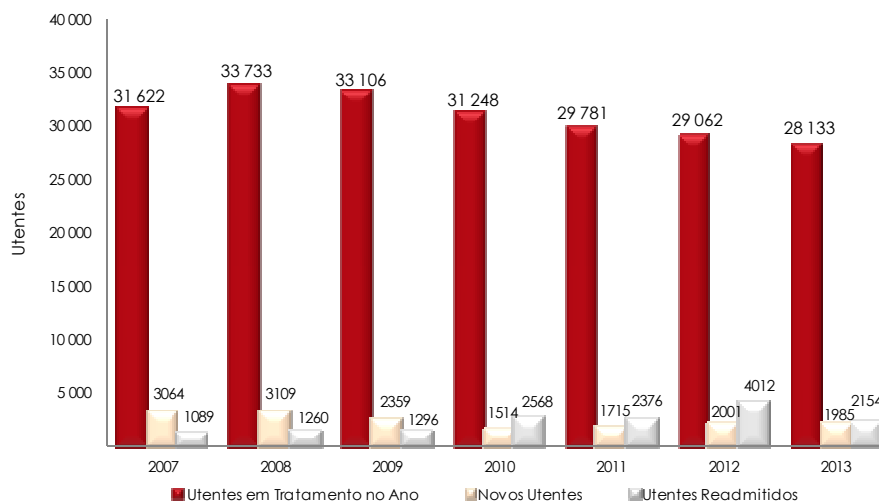
²⁷ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências, pág. 35 à pág. 54, disponível em <http://www.sicad.pt>. As fontes dos dados apresentados são o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) e a informação enviada ao SICAD pelas estruturas de internamento públicas e licenciadas, no âmbito das suas competências de proceder à recolha e tratamento dos dados reunidos nos serviços públicos e organizações privadas com intervenção nestas áreas.

²⁸ Ver Parte B - Respostas e Intervenções deste Relatório.

²⁹ A extinção do IDT, I.P. e a fusão da componente operacional da intervenção, designadamente terapêutica, nas ARS, I.P., Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

uso de drogas e com pelo menos um evento assistencial no ano. Dos que iniciaram tratamento em 2013, 2154 eram utentes readmitidos e 1985 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)
2007-2013



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

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

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

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

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

Apesar das cautelas a ter na leitura evolutiva dos dados, constata-se desde 2009 uma tendência para o decréscimo do número de utentes em tratamento. Em contrapartida, regista-se nos últimos quatro anos uma tendência para o aumento de novos utentes, cerca de metade dos quais tendo como droga principal a cannabis, o que poderá refletir a maior articulação dos vários serviços interventores com vista a adequar as respostas às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população.

Relativamente aos readmitidos, a tendência para um maior número destes do que de novos utentes a partir de 2010 e contrariamente aos anos anteriores, poderá em parte refletir as alterações já referidas no sistema de registo de dados³⁰. No entanto, o valor registado em 2013 foi o mais baixo dos últimos quatro anos.

Em 2013, estiveram integrados 16 401 utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos³¹, 10 613 só em metadona, 5552 só em buprenorfina e 236 em metadona e buprenorfina.

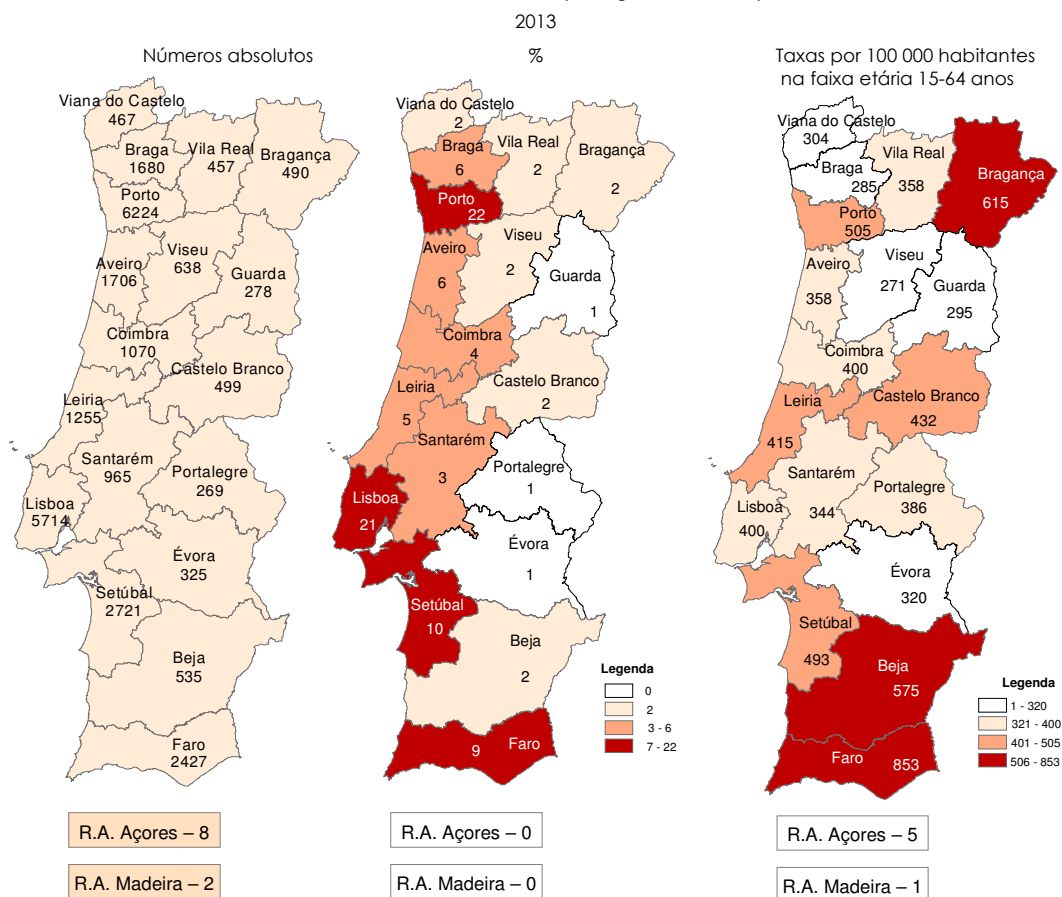
³⁰ 2010 foi o ano em que o SIM entrou em funcionamento a nível nacional e a inversão da tendência neste ano poderá refletir os ajustamentos dos registos a nível nacional (por exemplo, as junções de processos, bem como outros procedimentos de registo de utentes que entretanto têm vindo a ser otimizados).

³¹ Com pelo menos uma toma de metadona ou uma receita de buprenorfina no ano. Existe um subregisto dos utentes em programa de metadona no SIM por parte de algumas Equipas de Tratamento (em particular na ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Alentejo).

Os utentes em tratamento em 2013 no contexto desta rede pública eram, à data do início do tratamento, maioritariamente residentes nos distritos do Porto (22%), Lisboa (21%), 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 e Beja.

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

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)



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

**Desconhece-se o local de residência de 403 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 2013, os novos utentes eram predominantemente residentes nos distritos de Lisboa (24%), do Porto (18%) e de Setúbal (10%), seguindo-se-lhes Faro (7%), Viana do Castelo (7%) e Aveiro (6%). As taxas mais elevadas de novos utentes por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Viana do Castelo, Bragança, Faro e Portalegre.

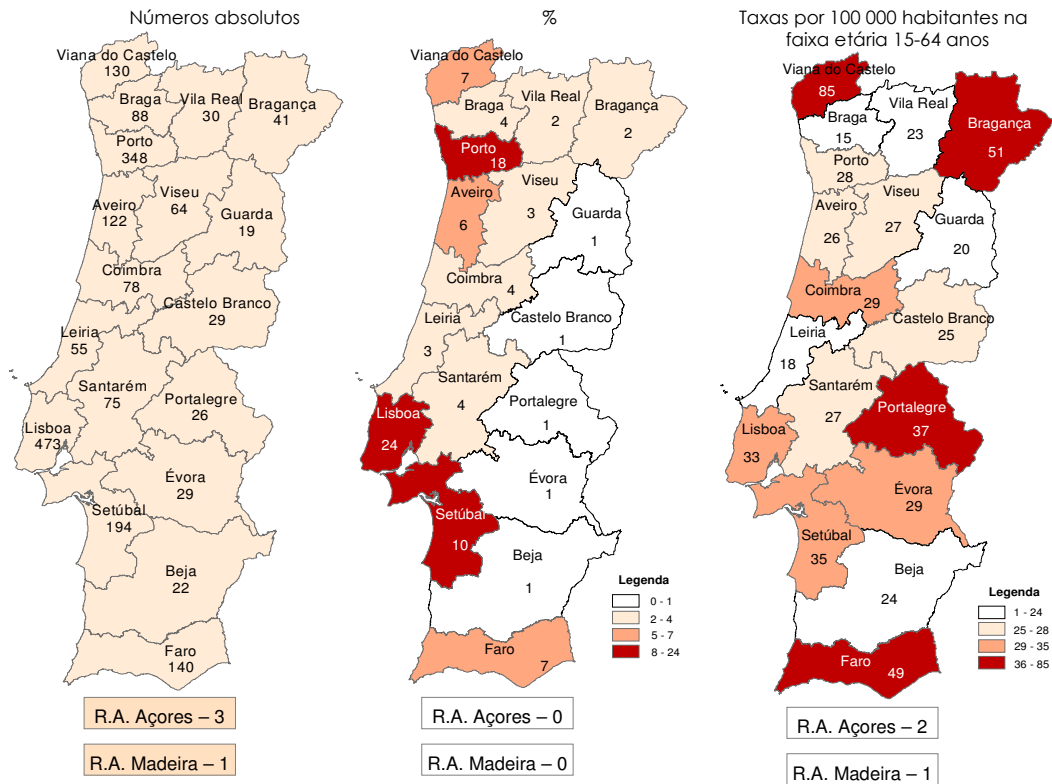
Quanto aos utentes readmitidos, residiam sobretudo nos distritos de Lisboa (30%) e Porto (17%), seguindo-se-lhes Setúbal (8%), Braga (8%) e Faro (7%). As taxas mais elevadas de utentes readmitidos em 2013 por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Faro, Lisboa, Bragança e Leiria.

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

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)

2013

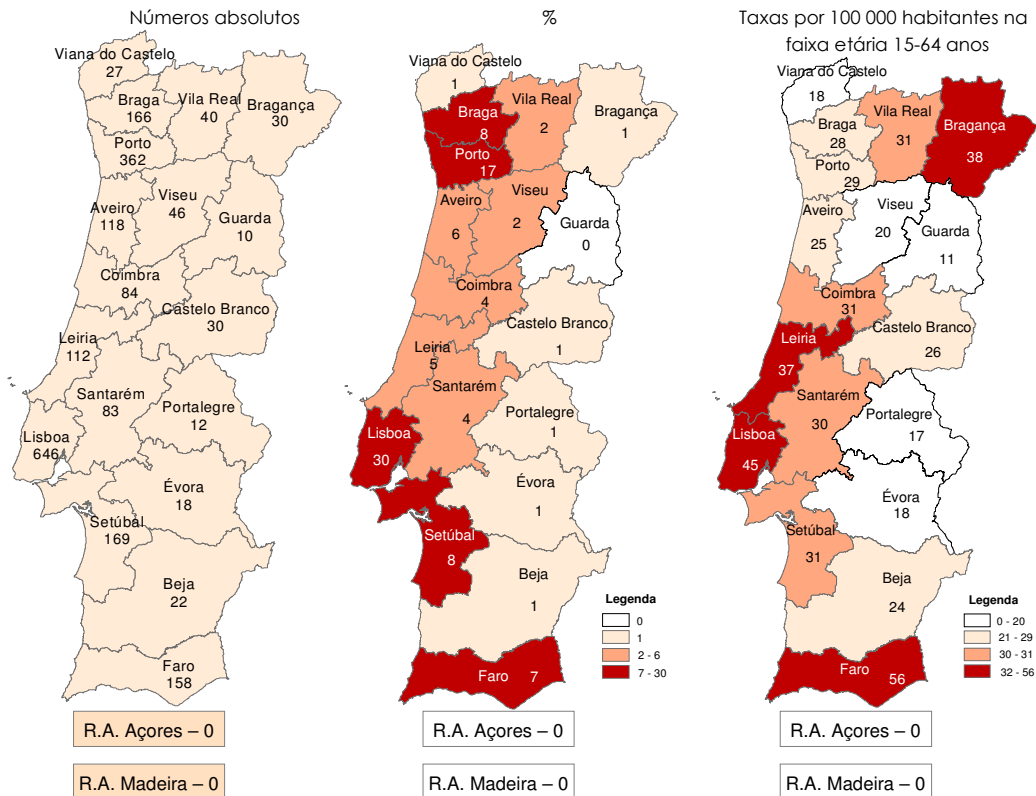
Novos Utentes**



*Desconhece-se o local de residência de 18 indivíduos.

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

Utentes Readmitidos

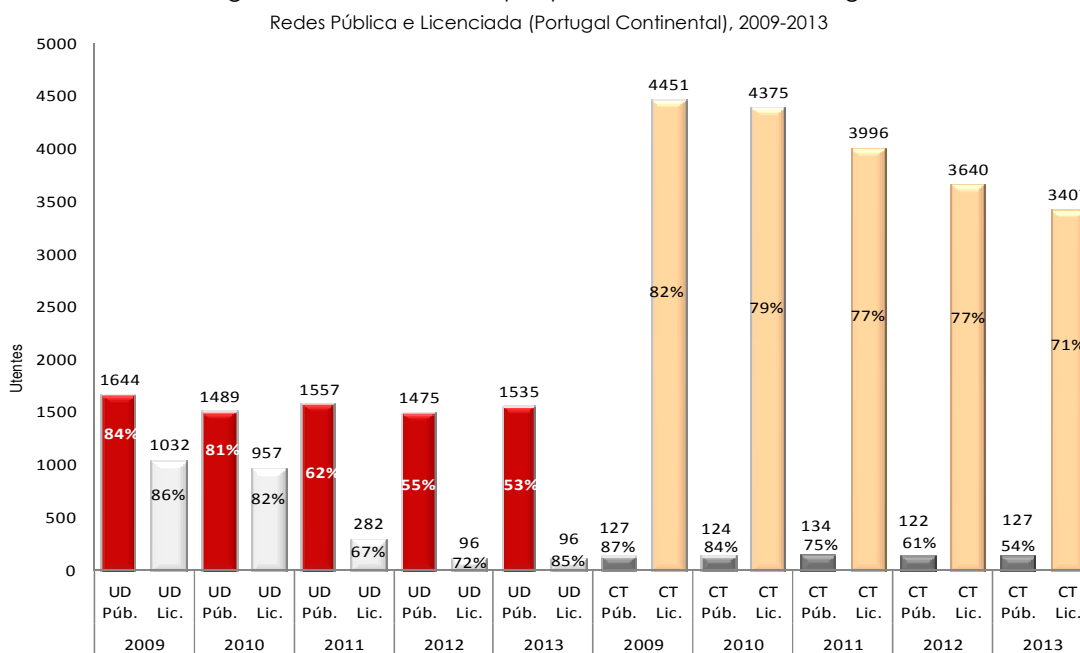


*Desconhece-se o local de residência de 21 indivíduos.

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

Em 2013, nas redes pública e licenciada³², registaram-se 1631 internamentos em Unidades de Desabilitação (1535 em UD públicas e 96 em UD licenciadas), 55% dos quais por problemas relacionados com o uso de drogas³³. O número de internamentos em Comunidades Terapêuticas foi de 3534 (127 em CT públicas e 3407 em CT licenciadas), 71% por problemas relacionados com o uso de drogas³⁴.

Figura 27 - Utentes em Tratamento em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica, segundo o Ano: Total e % por problemas de uso de drogas*



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

Dados das estruturas licenciadas: os dados de 2012 foram atualizados com a informação recebida até 31/03/2014; os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2015.

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

De um modo geral, o número total de internamentos em UD e CT públicas tem-se mantido estável nos últimos quatro anos, vindo no entanto a descer a proporção de internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas.

A nível da rede licenciada, nos últimos quatro anos, constata-se uma diminuição do número total de internamentos em UD e CT, bem como descidas nas proporções de internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas.

Relativamente à caracterização dos consumos dos utentes que recorreram em 2013 a estas estruturas de tratamento³⁵ por problemas relacionados com o uso de drogas, constata-se que, no ambulatório, a heroína continua a ser a substância principal mais referida pelos utentes em tratamento no ano (82%). A nível dos que iniciaram tratamento em 2013, tal ocorreu também com os utentes readmitidos (77%), mas não com os novos utentes, em que a cannabis surgiu como a substância principal mais referida (49%).

³² Os dados de 2013 das estruturas licenciadas são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2015. Base % : casos com informação sobre as dependências/patologias.

³³ 45% por problemas relacionados com o consumo de álcool e 0.4 % relacionados com outras dependências/patologias.

³⁴ 27% por problemas relacionados com o consumo de álcool e 2% relacionados com outras dependências/patologias.

³⁵ Estruturas de ambulatório da rede pública - Centros de Respostas Integradas (CRI) - em que se diferenciam os utentes em tratamento no ano, os novos utentes e os utentes readmitidos, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas das redes pública e licenciada.

Também entre os utentes das Unidades de Desabilitação a heroína foi a droga principal mais referida (66% nas públicas e 69% nas licenciadas), mas, nas Comunidades Terapêuticas tal ocorreu a nível das licenciadas (42%) mas não das públicas, em que a droga principal mais referida foi a cocaína (61%).

Quadro 3 - Consumos dos Utes em Tratamento da Toxicodependência*, por Tipo de Estrutura
Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2013

Consumos ^{a)}		Estrutura / Rede	Utes em Ambulatório			Utes		Utes	
			na Rede Pública			Unidades Desab.		Comunidades Terap.	
			Em Tratamento	Ano	Novos	Readmitidos	Públicas	Licenciadas ^{b)}	Públicas	Licenciadas ^{b)}
Substância Principal	Heroína	81,7%	25,7%	76,5%	65,5%	69,1%	23,2%	41,9%	
	Cocaína	6,9%	17,3%	9,3%	20,3%	17,3%	60,9%	27,5%	
	Cannabis	7,0%	48,7%	8,1%	2,3%	7,4%	7,2%	23,6%	
Consumo de Droga Injetada	Longo da Vida	36,4%	9,0%	34,1%	59,3%	45,0%	36,8%	38,5%	
	Nos Últimos 12 Meses	16,9%	3,4%	15,4%	25,0%	18,8%	19,1%	21,8%	
Partilha Material Consumo	Longo da Vida								
		Qualquer Mat. Cons. Droga injetada ^{c)}	28,4%	35,4%	28,5%	50,6%	39,3%	36,4%	60,4%
		Material Cons. de Droga não Injetada	22,4%	21,0%	23,8%	41,0%	37,9%	40,3%	45,3%
	Nos Últimos 12 Meses								
	Qualquer Mat. Cons. Droga injetada ^{c)}	17,2%	22,5%	16,1%	12,8%	0,0%	18,2%	33,8%	
	Material Cons. de Droga não Injetada	8,3%	10,4%	8,6%	12,8%	15,0%	22,6%	29,6%	

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2014.

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

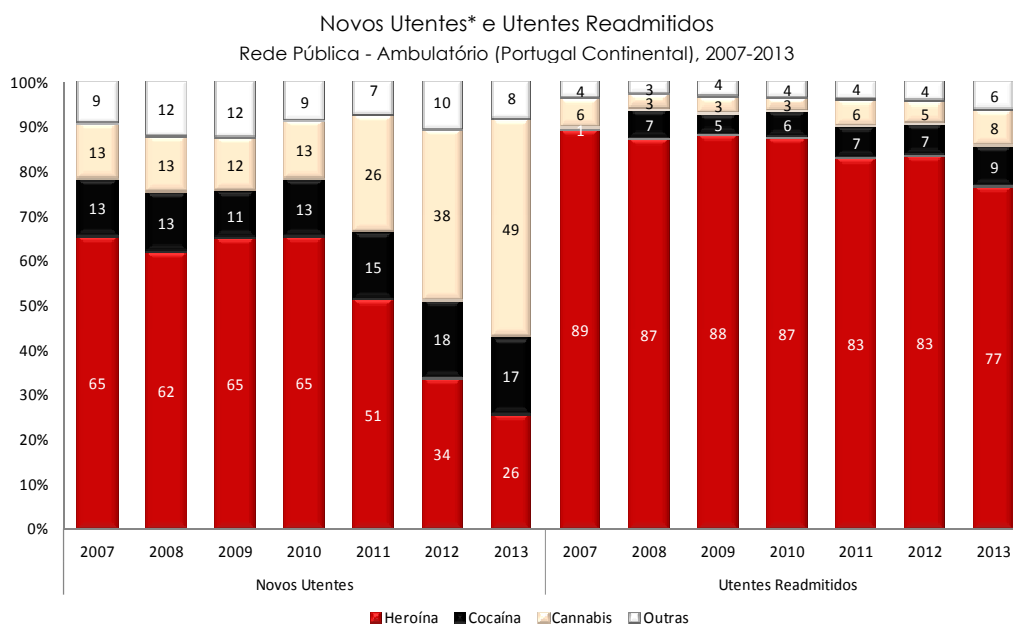
a) Nas variáveis consideradas, apenas se referem às categorias com maior relevância percentual.

b) Os dados são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2015.

c) Os valores reportam-se aos subgrupos de injetores no período em referência. 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 – Utes que Iniciaram Tratamento no Ano: Substância Principal, segundo o Ano



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

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

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

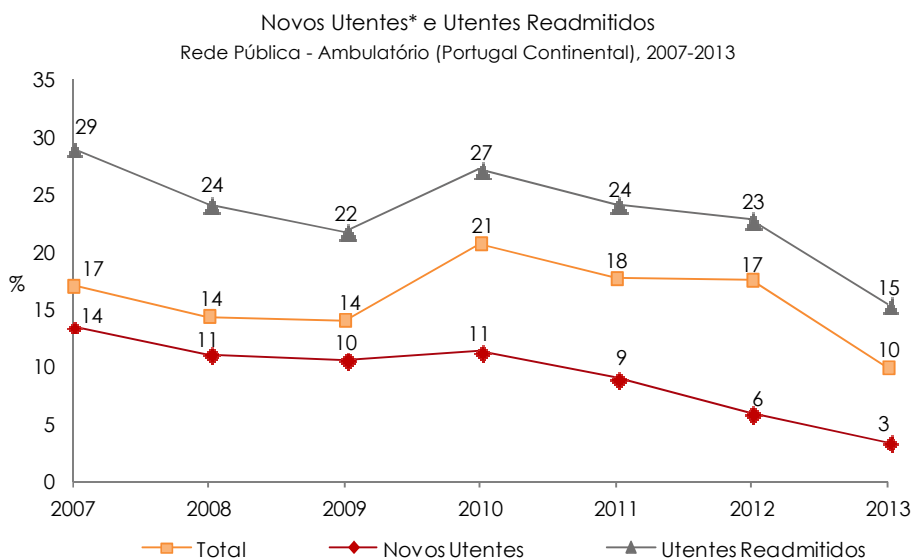
Quanto ao consumo de droga injetada, com exceção dos novos utentes em ambulatório, as prevalências ao longo da vida variaram entre os 34% e 59% e as prevalências nos últimos 12 meses entre os 15% e 25%, apresentando os utentes das UD públicas as prevalências mais elevadas. Entre os novos utentes em ambulatório, em que como se viu a substância predominante é a cannabis, as prevalências de consumo de droga injetada foram bastante inferiores, na ordem dos 9% ao longo da vida e 3% nos últimos 12 meses.

Como se pode constatar, de um modo geral, as proporções de utentes com consumos recentes (últimos 12 meses) de droga injetada diminuem para menos 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 evidencia descidas das prevalências dos consumos recentes de droga injetada quer entre os novos utentes, quer entre os utentes readmitidos no ambulatório da rede pública³⁶.

Figura 29 – Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano:

Consumo de Droga Injetada nos Últimos 12 Meses, segundo o Ano



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

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

De um modo geral, esta tendência de diminuição dos consumos recentes de droga injetada é também evidente entre os utentes das UD e CT³⁷.

³⁶ 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 de drogas por via endovenosa 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.

³⁷ SICAD (2014 a), SICAD (2014 b).

Relativamente às proporções de partilha de material de consumo de droga injetada³⁸ entre os subgrupos de injetores das estruturas consideradas, entre 28% e 60% de injetores partilharam este tipo de material ao longo da vida. Nos últimos 12 meses, estas proporções variaram entre os 0% e 34%, surgindo a mais elevada entre os injetores das CT licenciadas.

Como se pode constatar, as proporções de injetores com comportamentos recentes de partilha deste tipo de material diminuem bastante quando comparadas às de injetores com essas práticas ao longo da vida, indiciando alterações relevantes nestes comportamentos.

Quanto à partilha de material de consumo de droga não injetada, as proporções de utentes com essas práticas ao longo da vida variaram entre os 21% e 45%, e nos últimos 12 meses entre os 8% e 30%, apresentando os utentes das CT licenciadas as proporções mais elevadas.

A análise das características sociodemográficas dos utentes que recorreram em 2013 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência evidencia que, continuam a ser na sua maioria do sexo masculino (74% a 88%), com idades entre os 35-44 anos (21% a 52%) e 25-34 anos (18% a 44%), variando as idades médias entre os 30 e 40 anos.

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

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2013

Estrutura / Rede		Utentes em Ambulatório na Rede Pública			Utentes Unidades Desab. ^{b)}		Utentes Comunidades Terap. ^{b)}	
		Em Tratamento no Ano	Novos	Readmitidos	Públicas Licenciadas ^{c)}	Públicas	Licenciadas ^{c)}	
Caract. Sociodemográfica^{a)}								
Sexo	Masculino	83,9%	84,6%	87,9%	81,2%	87,7%	73,9%	85,5%
Grupo Etário	25-34 anos	18,1%	35,2%	19,3%	23,1%	18,8%	43,5%	23,4%
	35-44 anos	44,9%	21,0%	46,8%	52,3%	46,3%	37,7%	35,9%
	Idade Média	40	30	40	39	40	35	35
Nacionalidade	Portuguesa	95,3%	92,5%	97,8%	96,7%	95,1%	100,0%	94,6%
Estado Civil	Solteiro	59,3%	69,2%	59,3%	48,0%	60,3%	66,7%	70,7%
	Casado / União de Facto	27,4%	20,9%	25,5%	27,7%	20,5%	11,6%	14,1%
Situação Coabitación	Só c/ família de origem	46,9%	56,5%	42,4%	40,3%	44,4%	48,5%	44,6%
	Sozinho	13,3%	7,3%	16,7%	21,1%	20,8%	22,1%	22,9%
	Só c/ companheiro	11,8%	8,7%	11,5%	12,0%	6,9%	4,4%	6,4%
	Só c/ companheiro e filhos	13,1%	10,4%	11,3%	10,1%	12,5%	4,4%	4,6%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	57,6%	39,9%	57,0%	31,5%	53,4%	13,2%	36,1%
	3.º Ciclo	26,3%	33,6%	25,1%	38,9%	26,0%	42,6%	34,6%
Situação Profissional	Empregado	40,3%	32,0%	34,0%	29,4%	17,9%	14,7%	18,3%
	Desempregado	48,7%	45,7%	54,5%	61,4%	73,1%	77,9%	57,0%
	Estudante / F. Profissional	4,3%	14,9%	3,6%	1,6%	..	2,9%	17,6%

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2014.

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

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

b) Os dados são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2015.

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

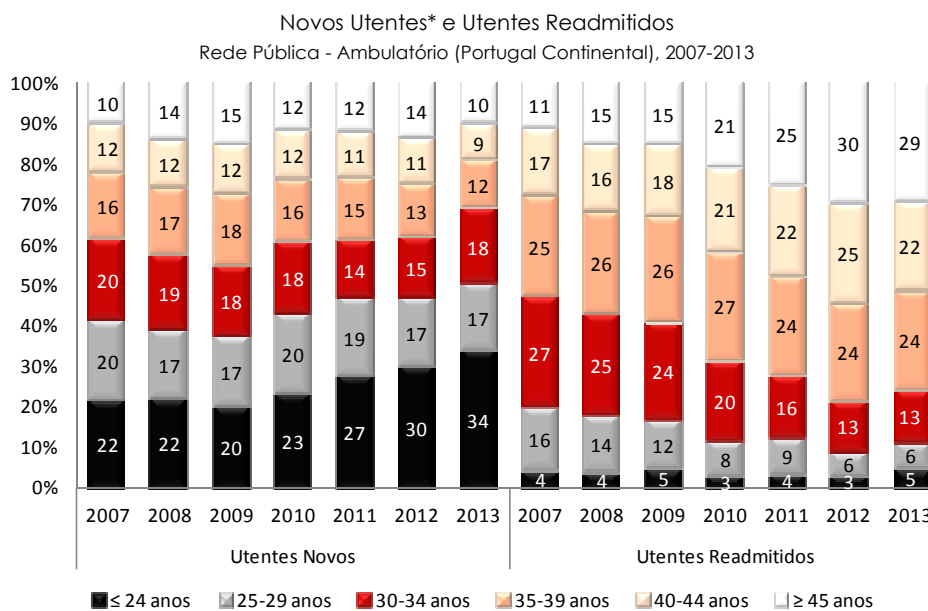
Continuam a ser predominantemente indivíduos de nacionalidade portuguesa (93% a 100%) e solteiros (48% a 71%). A maioria vive com familiares, predominando uma vez mais a coabitación só com a família de origem (40% a 57%) ou só com a família constituída (9% a 25%).

³⁸ No caso dos utentes em ambulatório, a partilha de material de consumo de droga injetada reporta-se apenas à partilha de agulhas/seringas, contrariamente aos utentes das outras estruturas, cuja informação respeita a qualquer material deste tipo de consumo.

De um modo geral, continuam a ser populações com baixas habilitações literárias (13% a 58% 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 quatro últimos anos, aumentos nas proporções de novos utentes em idades jovens, verificando-se em contrapartida, um progressivo envelhecimento dos utentes readmitidos.

Figura 30 - Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo o Ano, por Grupo Etário



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

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

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

Contexto Prisional³⁹

Em 2013, no contexto das estruturas de tratamento da toxicodependência da responsabilidade do sistema prisional, persiste a tendência de decréscimo verificada nos últimos na capacidade dos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência, tendência que reflete a procura destes Programas por parte da população reclusa.

Em 2013 estiveram integrados 185 reclusos nos Programas de Tratamento Orientados para a Abstinência, representando o valor mais baixo desde a década anterior e reforçando a tendência de decréscimo verificada no anterior ciclo estratégico 2005-2012.

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

2013 e variações relativas a 2012 / 2010 / 2007

Programas de Tratamento	2013	%	Δ 12-13	Δ 10-13	Δ 07-13
Programas de Tratamento Orientados para Abstinência	185	100,0	-14,0	-11,9	-42,5
Unidades Livres de Drogas	185	100,0	-14,0	-11,9	-42,5
	31 Dez. 2013	%	Δ 31 Dez. 12-13	Δ 31 Dez. 10-13	Δ 31 Dez. 07-13
Programas Farmacológicos	466	100,0	-7,0	-17,5	17,4
Programas Terapêuticos c/ Agonistas Opiáceos	435	93,3	-3,5	-13,9	42,2
Programas Terapêuticos c/ Antagonistas Opiáceos	31	6,7	-38,0	-48,3	-65,9

* Programas cuja coordenação é da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais. A 31/12/2013, para além dos dados constantes no quadro, estavam também em programas farmacológicos 613 reclusos em articulação com as estruturas da rede pública da toxicodependência (meio livre – prescrição e acompanhamento pelos técnicos das ET) e 155 noutras estruturas das Regiões Autónomas. Nessa data, existiam ainda 194 reclusos em outras unidades / programas de tratamento da toxicodependência.

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

A 31/12/2013 estavam integrados 466 reclusos em Programas Farmacológicos da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais, 435 dos quais com agonistas opiáceos e 31 com antagonistas opiáceos, valores um pouco inferiores aos registados em 2012.

É de referir no entanto que, ao longo do ciclo estratégico 2005-2012, e sobretudo a partir de 2009⁴⁰, 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.

Por último, é ainda de mencionar que a 31/12/2013, para além dos reclusos inseridos em programas farmacológicos ou orientados para a abstinência (ULD), existiam 194 reclusos em outras unidades / programas de tratamento da toxicodependência, que têm vindo a surgir face às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população reclusa.

³⁹ 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*.

⁴⁰ O aumento de utentes em programas com agonistas opiáceos ocorrido sobretudo a partir de 2009, pode refletir uma tomada de decisão baseada na evidência científica, uma vez que neste ano foi publicado um estudo (Fernandes & Silva, 2009) sobre o impacto destes tratamentos na gestão e controle dos reclusos consumidores de opiáceos e no próprio ambiente prisional, 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.

3. Doenças Infecciosas⁴¹

3.1. Notificações da Infeção VIH/SIDA⁴²

De acordo com os dados do INSA, I.P., a 31/12/2013⁴³ encontravam-se notificados 47 390 casos de infeção por VIH em Portugal, 19 075 (40%) dos quais com diagnóstico de SIDA.

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

01/01/1983 - 31/12/2013

Ano Diagnóstico ^{a)}	Casos de Infeção pelo VIH							
	Total Casos de VIH				Casos de SIDA			
	Total	Associados à Toxicodependência	Não Associados à Toxicodependência	Não referido	Total	Associados à Toxicodependência	Não Associados à Toxicodependência	Não referido
Total	47 390	17 178	29 217	995	19 075	8 351	10 334	390
2013 ^{b)}	1 093	78	1 003	12	322	74	242	6

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

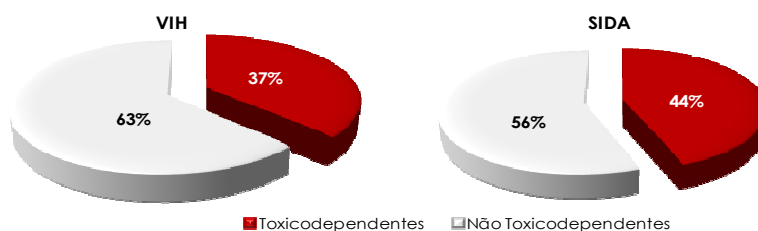
b) A atualização posterior das notificações de casos diagnosticados em anos anteriores e a introdução de nova informação em casos já registados, impõe a leitura destes dados como provisórios.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Nas categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência encontravam-se notificados 17 178 casos de infeção por VIH, 8 351 (49%) dos quais com diagnóstico de SIDA. Os casos associados à toxicodependência representavam 37% do total das notificações de casos de infeção por VIH e 44% das notificações de casos de SIDA.

Figura 31 - Notificações de Casos de Infeção VIH e Casos de SIDA, Associados ou não à Toxicodependência (%)

01/01/1983 - 31/12/2013



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

⁴¹ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 55 à pág. 66, disponível em <http://www.sicad.pt>

⁴² Em 2012, foram atualizadas a nível europeu, as definições de caso para a notificação de doenças transmissíveis (J.O. L 262/1 de 27.9.2012), contribuindo para uma melhor uniformização da informação epidemiológica nos diferentes países do espaço comunitário. Face aos requisitos atuais da vigilância epidemiológica da infeção por VIH, a informação apresentada reporta-se aos dados da vigilância dos "casos de infeção VIH" e dos "casos de SIDA", de acordo com as definições europeias. Em 2013 foram também alterados no âmbito deste Relatório, os critérios de análise dos dados relativos às datas do diagnóstico (em relação à SIDA, passou a considerar-se a data de diagnóstico deste estadio, que pode ser posterior à data inicial de diagnóstico do VIH) e os relativos às categorias de transmissão (os casos sem informação deixaram de ser considerados no cálculo das proporções dos grupos *toxicodependentes/não toxicodependentes*). À semelhança do efetuado nos anos anteriores, na categoria de transmissão relacionada com a toxicodependência, consideram-se os casos "toxicodependente" e "homo / toxicodependente", tendo em atenção o foco da abordagem no contexto deste Relatório.

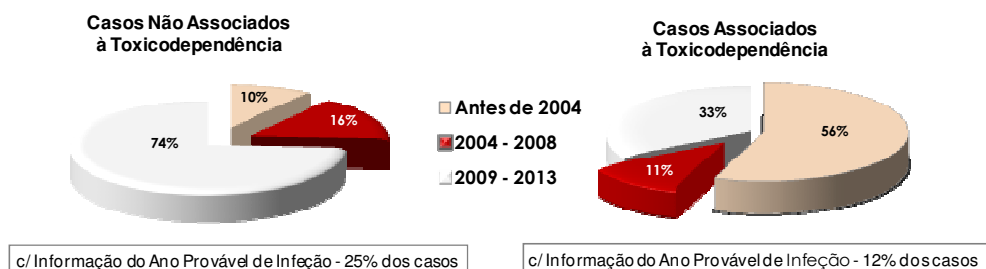
⁴³ Em resposta a orientações do Programa Nacional para a Infeção por VIH/SIDA e no âmbito da implementação do programa SiVIDA nos hospitais nacionais onde são seguidos os indivíduos infetados por VIH, registou-se em 2013 um esforço massivo de notificação retrospectiva com vista a melhorar o conhecimento da epidemia em Portugal. Face a este volume extraordinário de notificações, foram registadas todas as notificações recebidas e referentes a novos casos diagnosticados nos anos 2010 a 2013, bem como as evoluções para SIDA ou óbitos ocorridos nesse intervalo de tempo. As notificações relativas aos casos que referiam diagnóstico em anos anteriores a 2010 foram parcialmente processadas, completando-se a sua integração durante o ano 2014. (Departamento de Doenças Infecciosas et al., 2014).

Durante o ano de 2013 foram notificados 1093 casos de infeção por VIH cujos diagnósticos ocorreram no próprio ano, 7% dos quais em categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência. Neste ano foram notificados 322 casos de SIDA diagnosticados em 2013, 23% dos quais associados à toxicodependência.

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, quer 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 32 – Notificações de Casos de Infeção VIH Diagnosticados em 2013, 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, 31/12/2013 / 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 e diagnóstico precoce junto da população toxicodependente, impulsionado em 2007 com o Programa KLOTHO⁴⁴. 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.

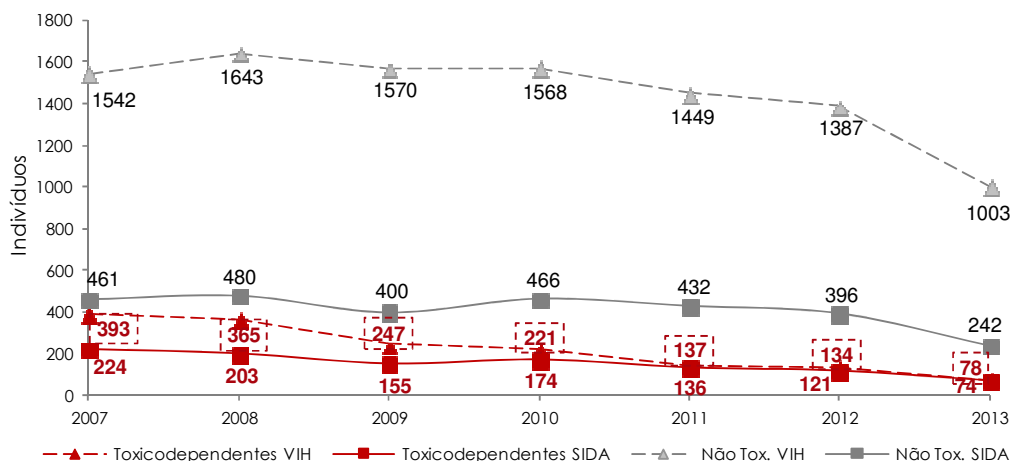
A análise da evolução das notificações em Portugal, ou seja, a distribuição dos casos notificados por ano de diagnóstico, evidencia uma tendência decrescente a partir de 2000 no número de casos diagnosticados com a infeção VIH, refletindo sobretudo a diminuição verificada nos casos associados à toxicodependência.

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 restantes casos.

⁴⁴ Em 2007 e 2008 foi desenvolvido em colaboração com a Coordenação Nacional para a Infeção VIH/Sida, um Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infeção 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.

Nos anos mais recentes (últimos sete anos), continua a registar-se a tendência de decréscimo no número total de notificações 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 toxicoddependência (78 casos diagnosticados com VIH em 2013, 137 em 2011, 247 em 2009 e 393 em 2007), salvaguardadas as atualizações futuras dos dados.

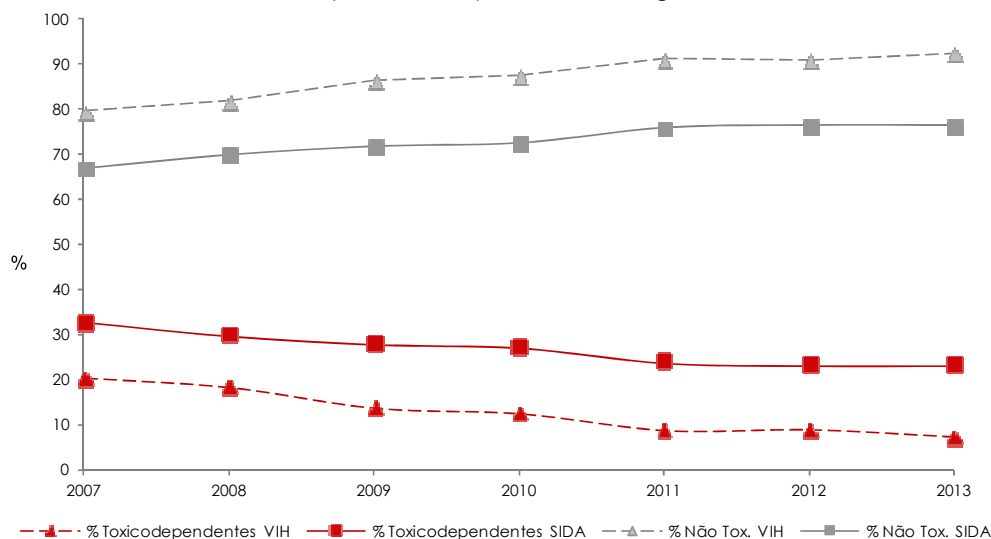
Figura 33 - Notificações de Casos de Infeção VIH e Casos de SIDA: Casos Associados ou não à Toxicoddependência, por Ano de Diagnóstico*



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

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Figura 34 - Notificações de Casos de Infeção VIH e Casos de SIDA: % Casos Associados ou não à Toxicoddependência, 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. Nos casos de infeção VIH, o ano de diagnóstico refere-se ao diagnóstico inicial de infeção pelo VIH independentemente do estadio clínico. Nos casos de SIDA, refere-se ao ano de diagnóstico do estadio SIDA, podendo ser posterior ao ano de diagnóstico inicial de VIH.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

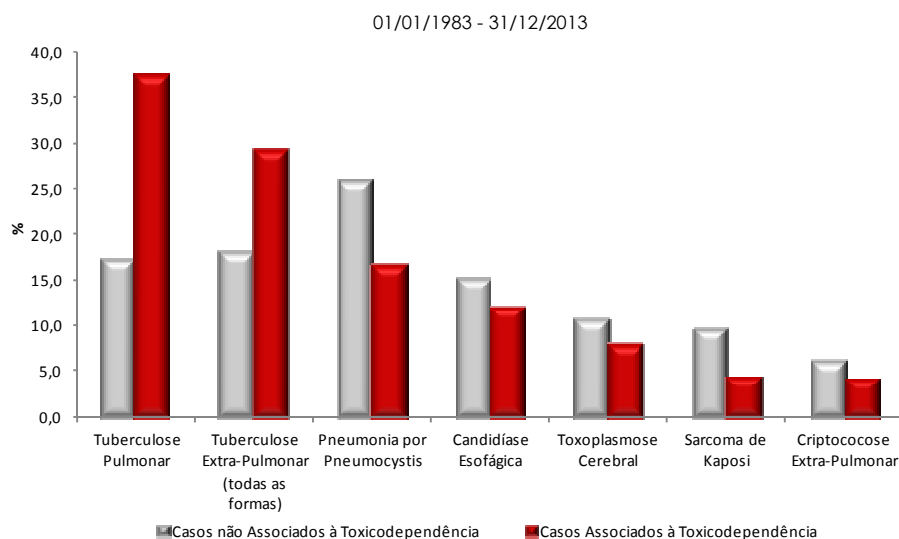
Como se pode verificar, mantém-se a tendência decrescente do peso das categorias de transmissão relacionadas com a toxicoddependência, embora com um abrandamento do ritmo nos últimos três anos, quer nos diagnósticos de VIH (7%, 9%, 9%, 12%, 14%, 18% e 20% dos casos diagnosticados em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007), quer nos diagnósticos de SIDA

(23%, 23%, 24%, 27%, 28%, 30% e 33% dos casos diagnosticados em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007).

Esta tendência de decréscimo de novos casos de infecção 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 injetado de drogas e da partilha de material deste tipo de consumo⁴⁵.

Quanto às doenças definidoras de SIDA mais comuns observadas à data do diagnóstico, destacam-se, nos casos relacionados com a toxicodependência notificados até 31/12/2013, a tuberculose em qualquer das suas formas clínicas - pulmonar (38%) e extra-pulmonar (29%) -, sendo estas patologias bastante menos expressivas nos restantes casos de SIDA (respetivamente 17% e 18%). Em contrapartida, as restantes doenças definidoras de SIDA têm menor relevância nos casos associados à toxicodependência por comparação aos restantes casos de SIDA.

Figura 35 – Notificações de Casos de SIDA: % por Doença Definidora de SIDA*, em Casos Associados ou não à Toxicodependência



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

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2013 / 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 infecção VIH e casos de SIDA, a informação mais detalhada consta mais adiante no Capítulo Mortalidade. A distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia uma tendência decrescente no número de mortes ocorridas a partir de 2002, e a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência. No entanto, nos casos diagnosticados mais recentemente, a mortalidade observada continua a ser superior nas categorias de transmissão associadas à toxicodependência comparativamente aos restantes casos, o que poderá estar relacionado, entre outros aspetos, com a maior proporção de infeções antigas à data do diagnóstico, nos casos de infecção VIH associados à toxicodependência.

⁴⁵ Ver capítulos *Alguns Resultados de Estudos e Tratamento da Parte A* deste Relatório.

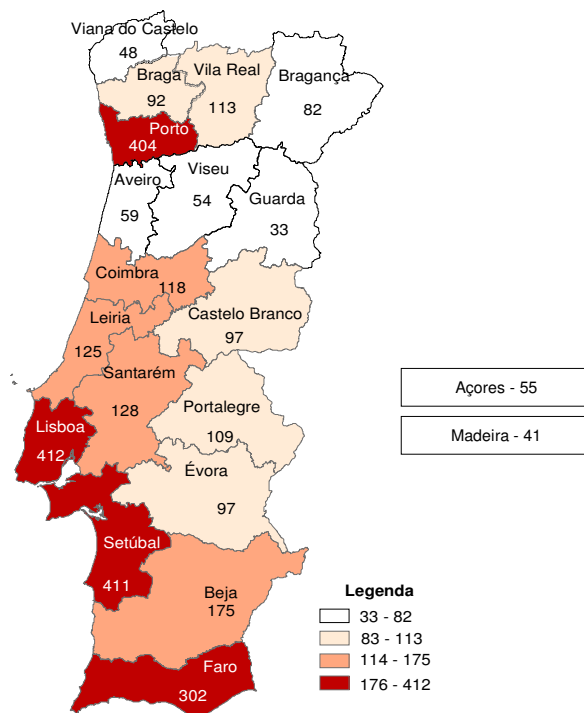
A análise das características demográficas dos casos de infeção VIH notificados até 31/12/2013 evidencia que, em relação à residência à data da notificação, continuam a ser Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, os distritos com maior número de casos acumulados de infeção VIH associados à toxicod dependência (35%, 29%, 13% e 5% destes casos respetivamente) e não associados à toxicod dependência (respetivamente 45%, 15%, 11% e 5% destes casos).

Nos casos associados à toxicod dependência, a análise da distribuição geográfica dos casos por ano de diagnóstico evidencia, nos últimos quatro anos e por comparação com os anos anteriores, uma diminuição das proporções de notificações no distrito do Porto, constatando-se em contrapartida, um acréscimo das proporções de notificações no distrito de Lisboa. Dos casos notificados associados à toxicod dependência e com diagnóstico de VIH em 2013, cerca de 37%, 19%, 16% e 11% residiam, à data da notificação, respetivamente nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro.

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

Figura 36 - Notificações de Casos de Infeção VIH Associados à Toxicod dependência, por Zona Geográfica de Residência*

01/01/1983 - 31/12/2013
Taxas por 100 000 habitantes na faixa etária 15-64 anos



* Residência à data de notificação.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.); DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Relativamente à distribuição por sexo e idade, a maioria dos casos de infeção VIH associados à toxicod dependência notificados até 31/12/2013 pertenciam ao grupo masculino (83%), e à data da notificação, 87% tinham idades compreendidas entre os 20-39 anos, existindo um peso relevante de jovens (20%) e de jovens adultos (54%). Dos casos notificados associados à toxicod dependência e com diagnóstico de VIH em 2013, a maioria era do sexo masculino (87%) e 68% tinham idades compreendidas entre os 35-49 anos, 19% entre os 20-34 anos e 29% acima dos 39 anos.

3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência⁴⁶

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

As taxas de cobertura dos rastreios aqui apresentadas foram calculadas sobre o total dos utentes em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas nas diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência⁴⁷, apesar de nem todos 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. Assim, apresentam-se também as taxas dos subgrupos de consumidores de droga injetada alguma vez ao longo da vida.

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

Rede Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2013

Estrutura / Rede	VIH						
	Total Utentes				Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (VIH+)	Novas Infecções ^{a)} (VIH+)	Tratamento	Cobertura	Prevalências (VIH+)	Novas Infecções ^{a)} (VIH+)
Ambulatório/Rede Pública							
Utentes Tratamento no Ano ^{b)}	77%	14%	4%	55%	84%	23%	7%
Novos Utentes ^{c)}	26%	3%	3%	7%	31%	9%	9%
Utentes Readmitidos	64%	12%	5%	14%	67%	18%	6%
Unidades de Desabilitação							
Públicas	91%	16%	–	43%	94%	23%	–
Licenciadas	64%	12%	–	33%	69%	24%	–
Comunidades Terapêuticas							
Públicas	88%	11%	–	57%	92%	17%	–
Licenciadas	86%	12%	–	68%	91%	25%	–

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2014.

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

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

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

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

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

De acordo com a informação registada sobre a cobertura dos rastreios de VIH nos utentes em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas nas estruturas do ambulatório, em 2013, eram conhecidos os resultados dos rastreios para 77% dos utentes em tratamento no ano, 26% dos novos utentes e 64% dos utentes readmitidos, sendo estas taxas ligeiramente superiores nos subgrupos de injetores. De um modo geral, as taxas de cobertura dos rastreios de VIH foram superiores nas UD e nas CT, situando-se acima dos 90% nos respetivos subgrupos de injetores (exceto no caso das UD licenciadas).

⁴⁶ Ver contextualização metodológica relativa aos dados utilizados no capítulo *Tratamento da Parte A* deste Relatório.

⁴⁷ 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 (UD) e Comunidades Terapêuticas (CT) das redes pública e licenciada.

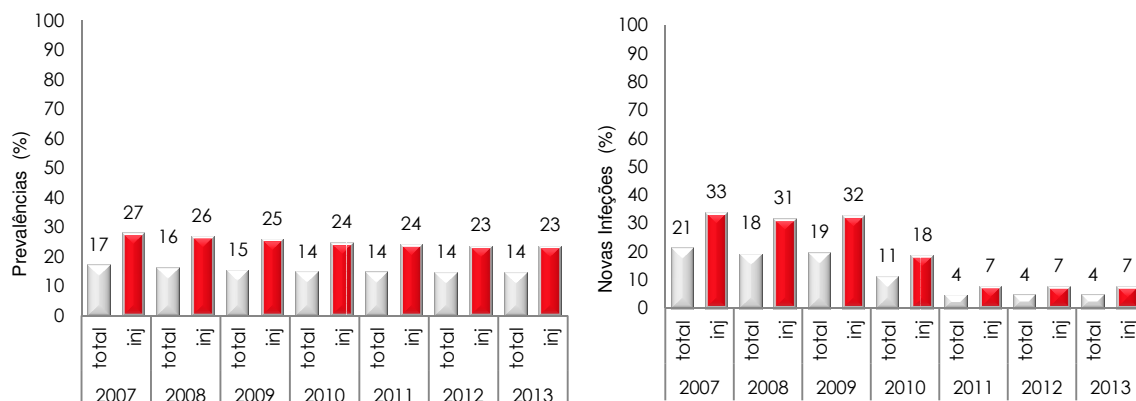
Em 2013, as prevalências de VIH+ variaram entre os 3% e os 16% consoante o grupo de utentes, correspondendo o valor mínimo aos novos utentes e o valor máximo aos utentes das UD públicas. Como expectável, as prevalências foram superiores nos subgrupos dos que consumiram droga injetada alguma vez na vida, variando entre os 9% e os 25%.

A proporção de novas infeções⁴⁸ nos utentes em ambulatório foi de 4%, e, de 7% no subgrupo dos injetores. Entre os que iniciaram tratamento em ambulatório em 2013, as proporções variaram entre os 3% (novos utentes) e os 5% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de injetores entre os 9% e os 6%.

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

Figura 37 – Prevalências de VIH+ e Novas Infeções* nos Utentes em Tratamento no Ano**
(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)
2007-2013



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

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

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

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

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

Constata-se, tanto no total de utentes em ambulatório como nos respetivos subgrupos de injetores ao longo da vida, uma descida significativa nas proporções de novas infeções em 2010 e 2011 face aos anos anteriores, mantendo-se estas proporções estáveis nos últimos três anos. É de referir que, apesar de o número de utentes rastreados entre 2007 e 2009 ter sido superior aos dos anos anteriores e posteriores⁴⁹, tal não está necessariamente relacionado com as proporções elevadas de novas infeções registadas nesse período, pois as dos anos anteriores

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

⁴⁹ Ver Quadro 49, no volume Anexo deste Relatório. Tal, estará relacionado com a implementação entre 2007 e 2008 do Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infecção VIH/Sida direccionado a Utilizadores de Drogas - Programa KLOTHO - a nível dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicod dependência, continuando nos anos seguintes a ser aplicada a metodologia ADR (Aconselhamento, Detecção e Referenciação).

foram superiores, confirmando assim a tendência de descida destas proporções⁵⁰ até 2011, e com particular relevo em 2010 e 2011, mantendo-se a partir desta data com valores idênticos.

De um modo geral, a evolução das prevalências de VIH+ entre os utentes internados por problemas relacionados com o uso de drogas em UD e em CT, bem como nos respetivos subgrupos de injetores, enquadram-se no padrão dos utentes em ambulatório, embora com maiores flutuações anuais e valores ligeiramente mais baixos⁵¹.

Em 2013, as proporções de seropositivos com terapêutica antirretroviral variaram entre os 7% e os 68% consoante o grupo de utentes, correspondendo os valores mais baixos aos que iniciaram tratamento em ambulatório em 2013 (7% nos novos utentes e 14% nos readmitidos) e os mais altos aos dos utentes das CT. Estes valores indiciam a necessidade de reforço das políticas promotoras do acesso à terapêutica antirretroviral por parte destas populações.

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

Em 2013, as taxas de cobertura dos rastreios do vírus da Hepatite C variaram entre os 12% e os 96%, consoante o grupo de utentes, sendo estas taxas um pouco superiores nos respetivos subgrupos de injetores.

Quadro 8 – Hepatite C nos Utes em Tratamento da Toxicodependência*

(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)

Rede Pública e Licenciada (Portugal Continental)

2013

Estrutura / Rede	Hepatite C					
	Total Utes			Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infecções ^{a)} (VHC+)	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infecções ^{a)} (VHC+)
Ambulatório/Rede Pública						
Utes Tratamento no Ano ^{b)}	66%	61%	48%	75%	88%	84%
Novos Utes ^{c)}	12%	18%	17%	18%	85%	85%
Utes Readmitidos	53%	53%	48%	57%	84%	84%
Unidades de Desabilitação						
Públicas	96%	56%	–	96%	82%	–
Licenciadas	83%	49%	–	86%	77%	–
Comunidades Terapêuticas						
Públicas	94%	34%	–	96%	71%	–
Licenciadas	85%	32%	–	89%	66%	–

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2014.

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

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

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

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

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

⁵⁰ As proporções de novas infeções nos utentes em tratamento em ambulatório por problemas relacionados com o uso de drogas foram, em 2005 e 2006, de 25% e 22%. Por outro lado, o número de rastreios (com informação sobre os resultados) em 2005 foi próximo ao de 2010, tendo sido a proporção de novas infeções em 2005 mais do dobro da de 2010 (25% e 11%).

⁵¹ Ver Quadro 48, no volume Anexo deste Relatório e SICAD (2014 a), SICAD (2014 b).

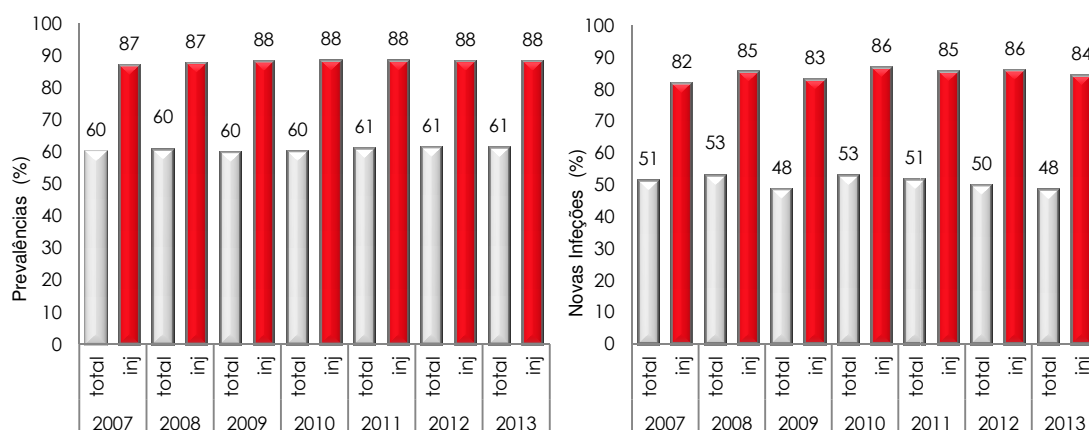
As prevalências de VHC+ variaram entre os 18% e os 61% nos diferentes grupos de utentes, sendo bastante superiores nos subgrupos com consumos endovenosos (entre os 66% e os 88%).

A proporção de novas infeções⁵² nos utentes em ambulatório foi de 48%, sendo de 84% no subgrupo dos que consumiram droga injetada alguma vez na vida. Entre os que iniciaram tratamento em ambulatório em 2013, as proporções variaram entre os 17% (novos utentes) e os 48% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de injetores entre os 85% e os 84%.

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

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

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)
2007-2013



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

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

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

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

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

As prevalências de VHC+ entre os utentes internados por problemas relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabilitação e em Comunidades Terapêuticas⁵³, assim como nos respetivos subgrupos de injetores, têm registado ao longo dos anos sempre valores mais baixos do que as dos utentes em ambulatório, sobretudo no caso dos utentes das CT. Apesar das oscilações anuais dessas prevalências (maior mobilidade dos utentes), de um modo geral, estas não têm apresentado variações relevantes que indiquem alterações de tendências nos últimos anos.

Em 2013, as taxas de cobertura dos rastreios do vírus da Hepatite B variaram entre os 11% e os 91% consoante o grupo de utentes, sendo estas taxas ligeiramente superiores nos subgrupos de injetores.

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

⁵³ Ver Quadro 52 no volume Anexo deste Relatório, e SICAD (2014 a), SICAD (2014 b).

Quanto à Hepatite B, em 2013, as prevalências de AgHBs+ variaram entre os 1% e os 5%, consoante os grupos de utentes, sendo de um modo geral um pouco superiores nos subgrupos de injetores.

A proporção de novas infeções⁵⁴ nos utentes em ambulatório foi de 2%, sendo que entre os que iniciaram tratamento em 2013, as proporções variaram entre os 1% (novos utentes) e os 3% (utentes readmitidos).

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

Rede Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2013

Estrutura / Rede	Hepatite B					
	Total Utes			Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções ^{a)} (AgHBs+)	Cobertura	Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções ^{a)} (AgHBs+)
Ambulatório/Rede Pública						
Utes Tratamento no Ano ^{b)}	62%	5%	2%	72%	6%	3%
Novos Utes ^{c)}	11%	1%	1%	17%	..	..
Utes Readmitidos	51%	5%	3%	55%	7%	4%
Unidades de Desabilitação						
Públicas	91%	2%	–	90%	3%	–
Licenciadas	75%	2%	–	78%	..	–
Comunidades Terapêuticas						
Públicas	77%	..	–	72%	..	–
Licenciadas	84%	2%	–	87%	3%	–

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2014.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contexto Prisional

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

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

Quadro 10 – Doenças Infecciosas nos Reclusos em Tratamento da Toxicodependência

31/12/ 2013

Doenças Infecciosas	Prevalências			Tratamento
	VIH+	VHC+	AgHBs+	VIH+
Reclusos em Tratamento da Toxicodependência	15%	42%	2%	76%

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

Entre a população reclusa em tratamento da toxicodependência a 31/12/2013⁵⁵, a prevalência de VIH + era de 15%, situando-se dentro do intervalo das prevalências encontradas nos diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre.

A proporção de seropositivos com terapêutica antirretroviral era de 76%, valor acima das encontradas entre os diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre.

A prevalência de Hepatite C (VHC+) era de 42%, e a de Hepatite B (AgHBs+) de 2%, estando enquadradas no padrão das prevalências registadas entre os diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre.

Verifica-se uma elevada comorbilidade de VIH+ e VHC+ na população reclusa em tratamento da toxicodependência, sendo que 59% dos infetados pelo VIH são também positivos para o VHC.

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

⁵⁵ Segundo informação da DGRSP, a 31/12/2013 estavam 1524 reclusos em tratamento da toxicodependência.
Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

4. Mortalidade⁵⁶

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 tendências⁵⁷.

Na sequência de uma das recomendações estratégicas para o ciclo 2009-2012⁵⁸, assim como da implementação na última década de vários procedimentos com vista à melhoria da qualidade das estatísticas nacionais da mortalidade⁵⁹, 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., os dados de 2013 não estavam disponíveis à data da conclusão deste Relatório. 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

⁵⁶ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 67 à pág. 78, disponível em <http://www.sicad.pt>

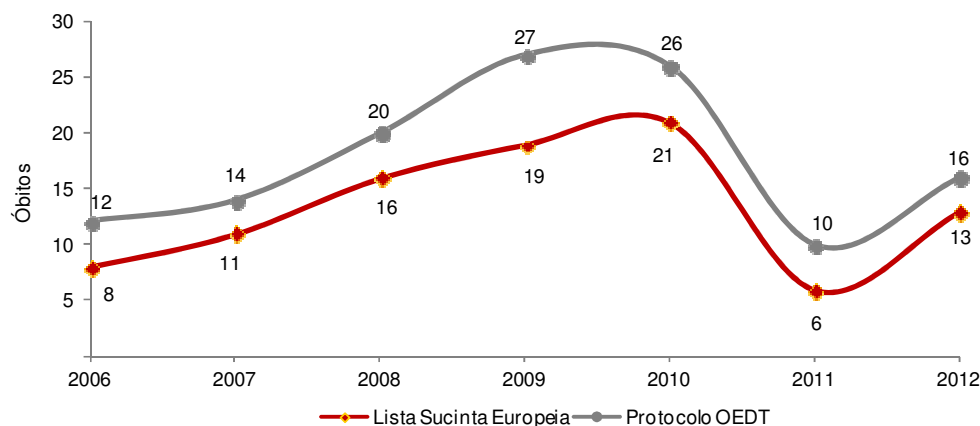
⁵⁷ Portugal possui dados sobre os resultados toxicológicos *post-mortem* efetuados no INMLCF, I.P. há mais de 25 anos.

⁵⁸ 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.

⁵⁹ Entre outros, 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* (iniciada a implementação em 2013).

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

Figura 39 – Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas*, segundo o Ano



* 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 ⁶⁰ 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).

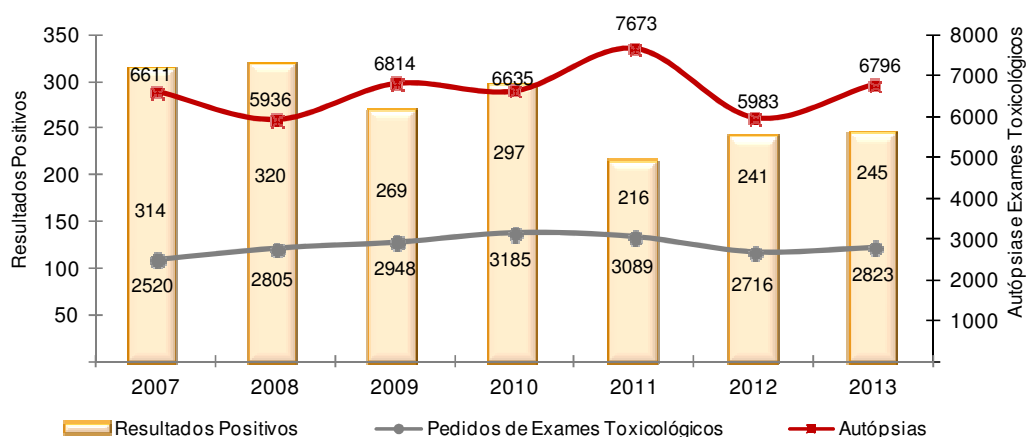
Relativamente à informação dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., importa contextualizá-la no âmbito de alguns indicadores relativos à atividade deste Instituto.

Em 2013, foram realizadas no INMLCF, I.P. 6796 autópsias sendo que em 2823 dos casos (42%) foram solicitados exames toxicológicos, uma percentagem que se enquadra nas registadas em 2012 (45%) e 2011 (40%).

O número de casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas (245) foi próximo ao registado em 2012, mantendo-se a proporção de positividade no conjunto dos exames efetuados dentro dos valores registados nos últimos anos (9%, 9%, 7%, 9%, 9%, 11%, e 12%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007).

⁶⁰ 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

Figura 40 – Autópsias, Exames Toxicológicos e Resultados Positivos *Post-mortem*, segundo o Ano



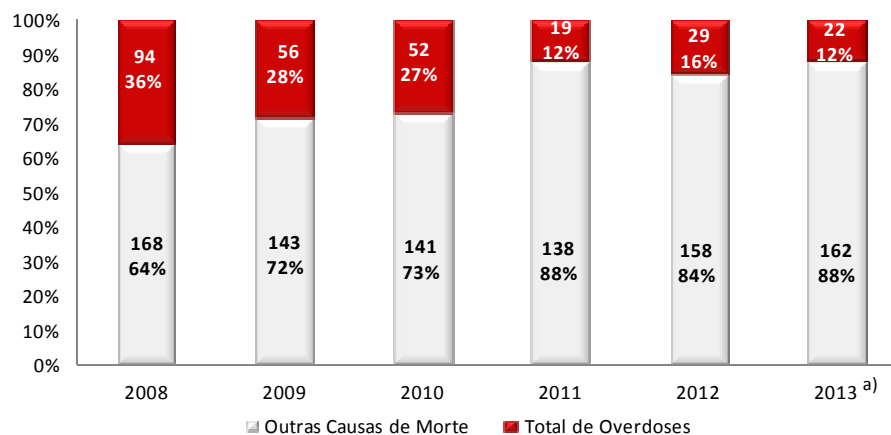
Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Relativamente à informação sobre as causas de morte direta e etiologia médico-legal dos casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas, dado tratar-se de óbitos que exigem investigação médico-legal e consequentemente com dificuldades na celeridade da recolha dessa informação⁶¹, optou-se pela atualização posterior (a dois anos) dos dados de determinado ano, facto que pode condicionar a leitura comparativa dos dados.

Em 2013, dos 184 óbitos com informação sobre a causa de morte (75% dos casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas)⁶², cerca de 12% foram considerados overdoses com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

Apesar das limitações comparativas referidas, constata-se em relação a 2012 uma diminuição de overdoses em valores absolutos (22 casos em 2013 e 29 em 2012) e proporcionais (a proporção de overdoses nestes óbitos com causa de morte conhecida foi de 12% em 2013 e de 16% em 2012), mantendo-se os valores registados nos últimos três anos muito aquém dos registados entre 2008 e 2010.

Figura 41 – 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 2014; os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

⁶¹ Seja pelo atraso na conclusão do relatório final, seja por dificuldades de acesso a este.

⁶² Em 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008 estas percentagens foram respetivamente de 78%, 73%, 65%, 74% e de 82%.

Em relação às substâncias detetadas nestas overdoses, é de destacar a presença de opiáceos⁶³ em 46% dos casos (48%, 42%, 73%, 88% e 82%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008), e a presença de cocaína em 36% dos casos (52%, 26%, 50%, 43% e 54%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). Seguiram-se-lhe a metadona, detetada em 27% dos casos (31%, 53%, 15%, 4% e 9%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008) e a presença de cannabis em 18% dos casos (3% e 16%, respetivamente em 2012 e 2011). É de destacar, enquanto tendência emergente, a ocorrência de 3 casos de overdose com a presença de drogas sintéticas em 2013 (nos anos anteriores tinha surgido um caso em 2012 e outro em 2011), 1 dos quais com a presença de metcatinona e efedrina.

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

Quadro 11 – Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Substância
2008 – 2013

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

a) Data da recolha de informação julho 2014; os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo.

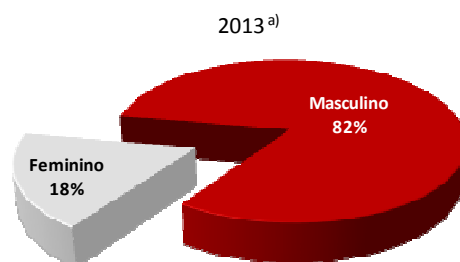
b) Inclui heroína, morfina e codeína.

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

⁶³ Inclui heroína, morfina e codeína.

Em 2013, uma vez mais a grande maioria dos casos de overdose (82%) pertenciam ao sexo masculino (97%, 84%, 88%, 89% e 92%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008).

Figura 42 – Mortes por Overdose, segundo o Sexo

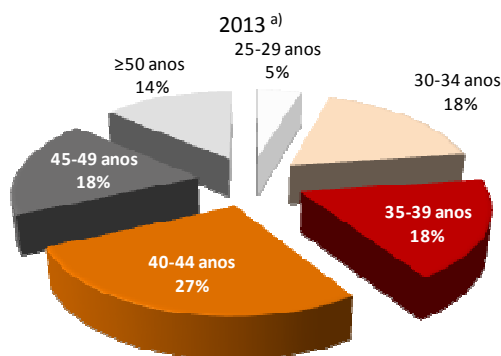


a) Data da recolha de informação julho 2014; os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

Estas overdoses ocorreram na sua grande maioria em indivíduos entre os 25 e 49 anos (86%), com uma maior expressão nos dois grupos superiores (45%) do que nos dois inferiores (23%). A idade média foi de 41 anos (37 anos em 2012, 38 anos em 2011, 39 anos em 2010, 38 anos em 2009 e 36 anos em 2008).

Figura 43 – Mortes por Overdose, segundo o Grupo Etário



a) Data da recolha de informação julho 2014; os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

Em relação às outras causas das mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito em 2013 (162 casos), é de referir que foram maioritariamente atribuídas⁶⁴ a acidentes (44%) tal como nos anos anteriores, seguindo-se-lhes a morte natural (33%), suicídio (12%) e homicídio (7%).

⁶⁴ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

Quadro 12 – Outras Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos*, segundo o Ano, por Causa de Morte
2008 – 2013

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

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

a) Data da recolha de informação julho 2014; os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

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

Nestas mortes, as substâncias ilícitas mais presentes foram os opiáceos (44%)⁶⁵ e a cannabis (40%), seguindo-se-lhes a metadona (17%) e a cocaína (14%). Foram também detetadas drogas sintéticas em 8 casos (5%). Na maioria destas mortes (67%) 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 (33%) e/ou de benzodiazepinas (28%).

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 INE⁶⁶, 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 31/12/2013⁶⁷ tinham sido notificados 9880 óbitos em casos de infeção VIH, 5025 (53%) relacionados com a toxicodependência. Dos óbitos notificados, 8229 ocorreram em casos classificados como SIDA, 4185 (53%) associados à toxicodependência. A mortalidade observada nos casos de infeção VIH associados à toxicodependência era de 29% (sobrevida 71%) e nos restantes casos de 16% (sobrevida 84%), e, nos casos de SIDA associados à toxicodependência era de 50% (sobrevida 50%) e nos restantes casos de SIDA de 38% (sobrevida 62%).

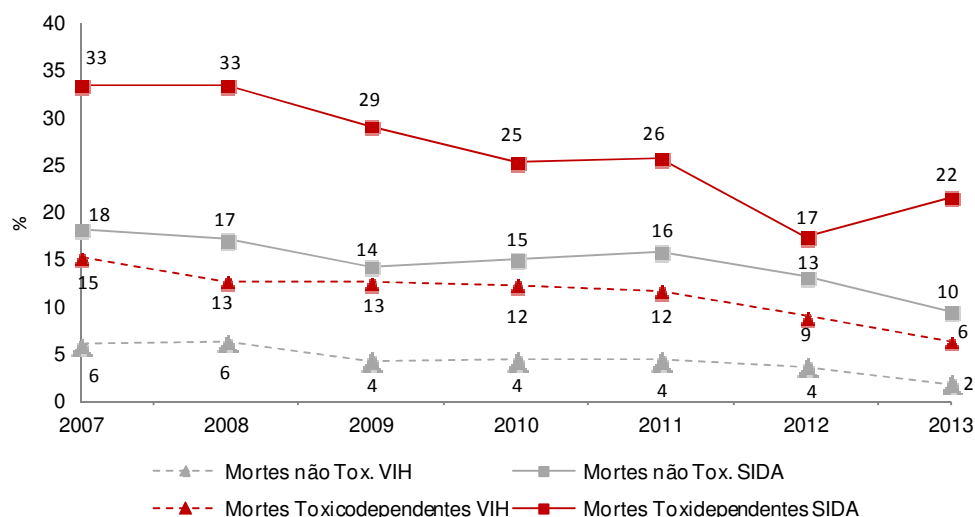
⁶⁵ Inclui heroína, morfina e codeína.

⁶⁶ 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 sobrevivência dos casos. (Departamento de Doenças Infecciosas et al., 2013).

⁶⁷ Ver nota 43. Em 2013 foram também alterados no âmbito deste Relatório, os critérios de análise dos dados relativos às datas do diagnóstico (em relação à SIDA, passou a considerar-se a data de diagnóstico deste estadió, que pode ser posterior à data inicial de diagnóstico do VIH) e os relativos às categorias de transmissão (os casos sem informação deixaram de ser considerados no cálculo das proporções dos grupos *toxicodependentes/não toxicodependentes*). À semelhança do efetuado nos anos anteriores, na categoria de transmissão relacionada com a toxicodependência, consideram-se os casos "toxicodependente" e "homo / toxicodependente", tendo em atenção o foco da abordagem no contexto deste Relatório.

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

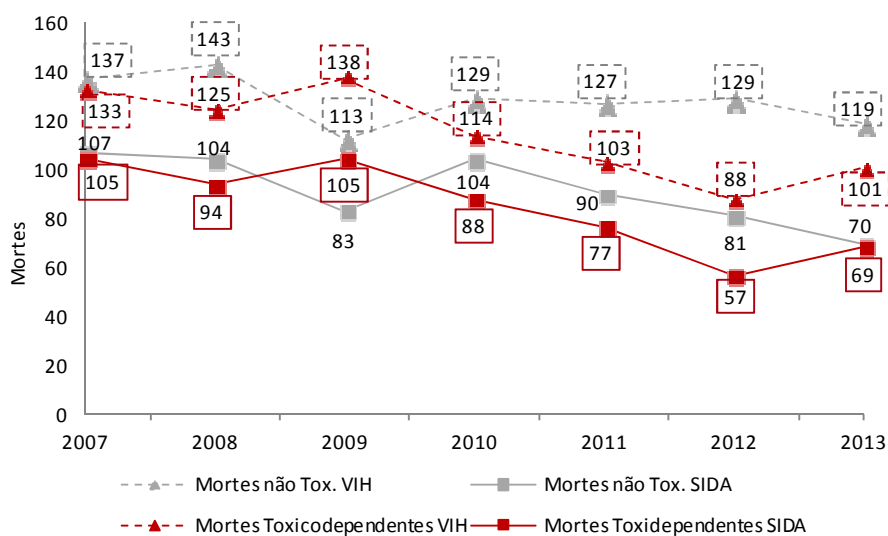
Figura 44 – Notificações de Óbitos em Casos de Infeção VIH e em Casos de SIDA: % de Casos Mortos segundo o Ano do Diagnóstico, em Casos Associados ou não à Toxicoddependência*



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

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Figura 45 - Notificações de Óbitos em Casos de Infeção VIH e em Casos de SIDA: Mortes segundo o Ano do Óbito, em Casos Associados ou não à Toxicoddependência*



* 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.

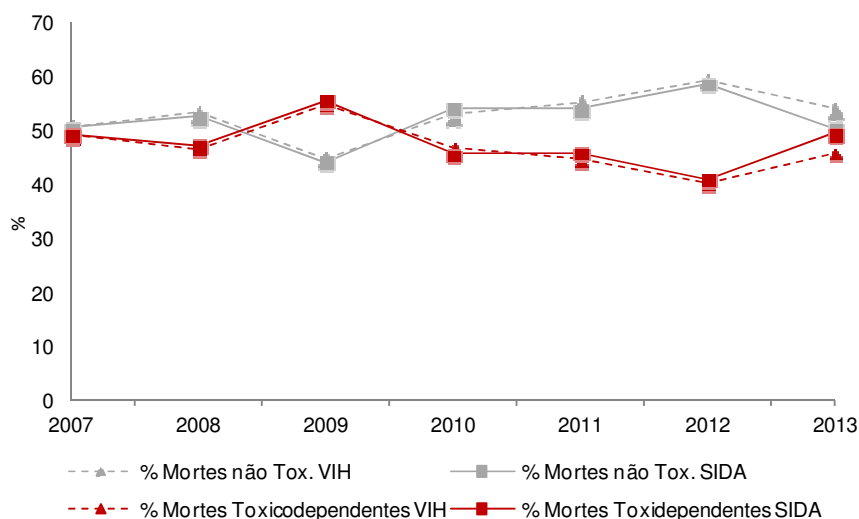
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em 2013 foram notificados 226 óbitos ocorridos no próprio ano em casos de infeção pelo VIH, 101 (46%) associados à toxicodependência. Dos óbitos notificados em 2013 e ocorridos no próprio ano, 145 ocorreram em casos de SIDA, 69 (50%) associados à toxicodependência.

A distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia, para os casos de infeção VIH e para os casos 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, e a um ritmo mais acentuado nos associados à toxicodependência, apesar de alguns picos anuais, como é o caso, espera-se, em 2013.

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 46 - Notificações de Óbitos em Casos de Infeção VIH e em Casos de 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, 31/12/2013 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

A maioria dos óbitos notificados até 31/12/2013 associados à toxicodependência – seja em casos de infeção VIH, seja em casos de SIDA -, residiam, à data de notificação, nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, ou seja, naqueles que apresentavam o maior número de notificações de casos de infeção VIH e de casos de SIDA associados à toxicodependência.

Quanto à distribuição por sexo e idade, e no que se refere aos casos associados à toxicodependência, a maioria dos óbitos notificados até 31/12/2013 em casos de infeção VIH pertenciam ao grupo masculino (86%), e no ano do óbito⁶⁸, 70% tinham idades compreendidas entre 25-39 anos (50% entre 25-34 anos), sendo estas proporções muito semelhantes nos óbitos em casos de SIDA. Em relação aos óbitos notificados em 2013 e ocorridos no próprio ano em casos de infeção VIH associados à toxicodependência, a maioria pertencia ao sexo masculino (86%) e 77% tinham idades compreendidas entre os 35-49 anos (58% entre 40 -49 anos), sendo estas proporções muito idênticas nos óbitos em casos de SIDA associados à toxicodependência. É de notar, a ocorrência de óbitos em idades mais jovens nos casos associados à toxicodependência do que nos restantes casos de infeção VIH e casos de SIDA.

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

5. Contraordenações⁶⁹

5.1. Processos e Decisões

No âmbito das contraordenações por consumo de drogas⁷⁰, nas 18 Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência com sede em cada capital de distrito de Portugal Continental, foram instaurados 8729 processos⁷¹ relativos às ocorrências de 2013, representando o valor mais elevado desde 2001 e um ligeiro aumento (+ 2%) em relação a 2012.

Quadro 13 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito
2013 e variações relativas a 2012 / 2010 / 2007

Distrito	2013	%	Δ 12-13	Δ 10-13	Δ 07-13
Total	8 729	100,0	1,8	19,3	29,4
Aveiro	590	6,8	-1,2	15,5	26,6
Beja	113	1,3	-40,2	-34,7	-47,9
Braga	770	8,8	3,8	11,4	41,3
Bragança	76	0,9	61,7	38,2	94,9
Castelo Branco	81	0,9	-13,8	15,7	65,3
Coimbra	206	2,4	-12,3	-28,0	-9,3
Évora	64	0,7	-26,4	-28,9	-36,0
Faro	662	7,6	-5,4	18,0	-7,2
Guarda	103	1,2	-33,1	6,2	119,1
Leiria	333	3,8	10,3	79,0	144,9
Lisboa	1 281	14,7	-2,6	-6,4	-19,8
Portalegre	123	1,4	98,4	55,7	8,8
Porto	2 687	30,8	13,8	49,2	96,4
Santarém	265	3,0	15,7	90,6	50,6
Setúbal	828	9,5	-0,1	30,2	42,5
Viana do Castelo	228	2,6	9,1	1,3	67,6
Vila Real	81	0,9	-48,7	-35,7	-16,5
Viseu	238	2,7	-9,2	7,7	75,0

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

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

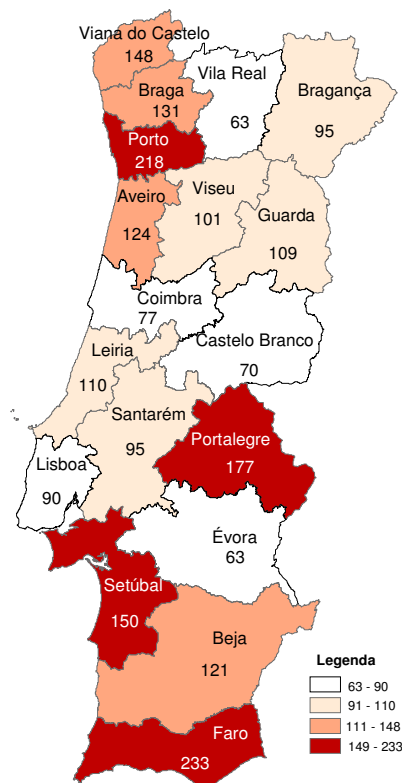
Relativamente a 2012, os acréscimos mais elevados em valores absolutos registaram-se no distrito do Porto, e em valores percentuais nos distritos de Portalegre e Bragança.

⁶⁹ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 79 à pág. 102, disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados apresentados neste capítulo é o Registo Central dos processos de contraordenação (Portaria n.º 604/2001, de 12 de junho), com informação recolhida a 31 de março do ano seguinte a que se reportam os dados.

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

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

Figura 47 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito
2013
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 46% das ocorrências de 2013 foram remetidas às CDT pela PSP, 39% pela GNR e 14% pelos Tribunais, proporções estas que se enquadram no padrão registado nos últimos anos.

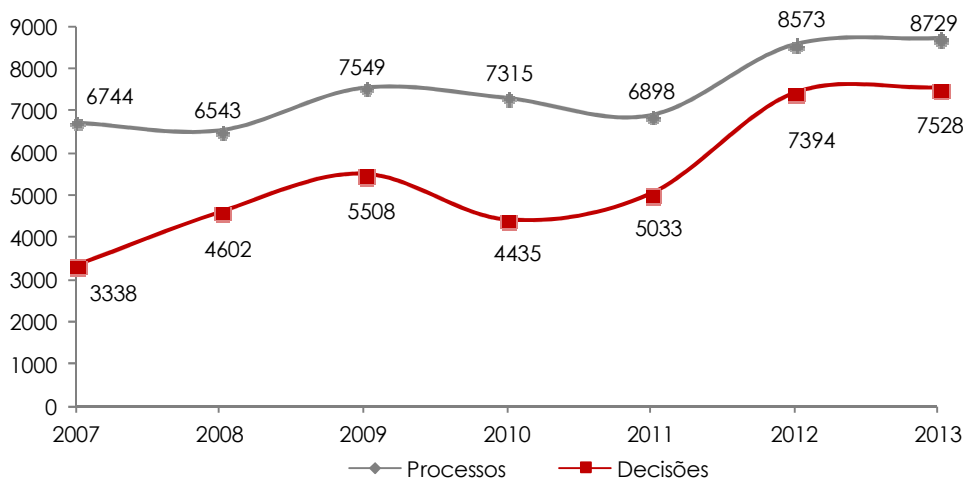
À data da recolha de informação, cerca de 86% dos processos relativos às ocorrências de 2013 tinham decisão proferida (36% estavam suspensos e 51% arquivados), constatando-se nos últimos dois anos um significativo aumento da capacidade decisória em relação aos anos anteriores⁷², tanto mais relevante quanto o número de processos em 2012 e 2013 representaram os valores mais elevados desde 2001.

Das 7528 decisões proferidas⁷³ sobre estas ocorrências, cerca de 83% foram suspensivas, 12% punitivas e 5% absolutórias.

⁷² A diminuição da pendência esteve relacionada com o investimento feito na eficácia e eficiência processual, cuja informação mais detalhada consta na *Parte B - Respostas e Intervenções* deste Relatório.

⁷³ A informação sobre as diligências e encaminhamentos realizados para as respostas preventivas, de tratamento ou outras, consta na *Parte B - Respostas e Intervenções* deste Relatório.

Figura 48 - Processos de Contraordenação e Decisões*, segundo o Ano**

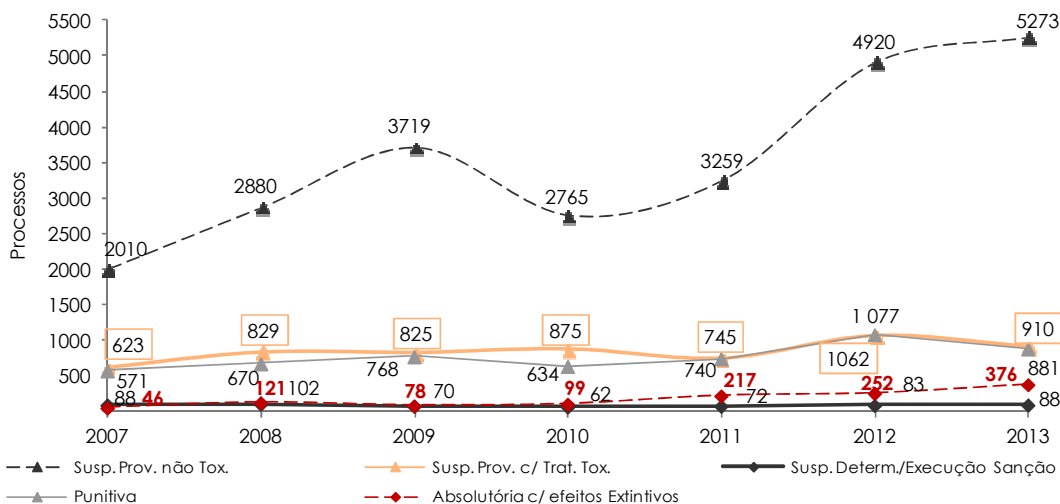


* Na leitura dos dados relativos às decisões proferidas deve ser tomada em consideração que algumas CDT estiveram em determinados períodos a funcionar sem *quórum*, o que condicionou a capacidade decisória na aplicação da Lei n.º 30/2000 e as consequentes diligências processuais. Entre 2003 e 2009: desde 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 reposto em agosto e novembro de 2011, respetivamente. A partir de novembro de 2012, a CDT de Leiria ficou sem *quórum*, tendo sido reposto 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

Figura 49 - 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 reposto em agosto e novembro de 2011, respetivamente. A partir de novembro de 2012, a CDT de Leiria ficou sem *quórum*, tendo sido reposto 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

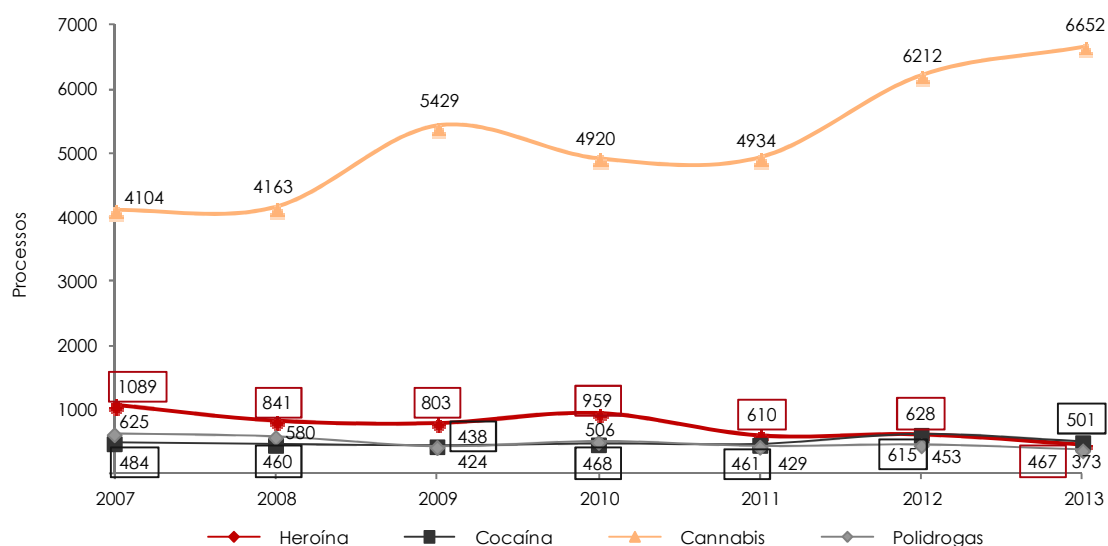
Uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (70%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (12%). É de referir que nos últimos dois anos se registaram os valores mais elevados de sempre destes dois tipos de processos, com particular relevo dos de consumidores não toxicodependentes, muito provavelmente reflexo da mobilização e investimento das forças policiais e de segurança nas estratégias de sinalização de consumidores de baixo/moderado risco com vista a intervenções precoces.

Em 2013, a proporção das sanções punitivas foi semelhante ao verificado nos últimos anos, continuando a predominar as sanções não pecuniárias (8%), particularmente as relacionadas com a apresentação periódica em local designado pela CDT. É de referir o aumento significativo nos últimos dois anos da aplicação de medidas sancionatórias que apelam à responsabilização do indiciado, como a prestação de serviços gratuitos e/ ou entrega de contribuições monetárias a favor da comunidade.

Cerca de 95% das ocorrências de 2013 envolveram apenas uma droga: 82% só cannabis, 6% apenas cocaína e 6% só heroína. Pela primeira vez desde 2001, o número de processos de cocaína foi superior ao de heroína, passando a ser a segunda droga mais referenciada nesses processos. À semelhança do ocorrido nos últimos anos, o predomínio de ocorrências relacionadas só com cannabis verificou-se em todas as CDT.

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

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



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

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

Comparativamente a 2012, constataram-se aumentos no número de processos relacionados só com cannabis (+7%) e só com ecstasy (+7%). Em contrapartida, verificaram-se decréscimos no número de processos relacionados só com heroína (-26%), só com cocaína (-19%) e dos relacionados com várias drogas (-18%).

É também de referir, tal como sucedido no ano anterior, o aumento no número de processos relacionados com *outras drogas* (+18%). Estes, bem como os processos envolvendo só cocaína e dos relacionados só com cannabis, registaram nos últimos dois anos os valores mais elevados de sempre.

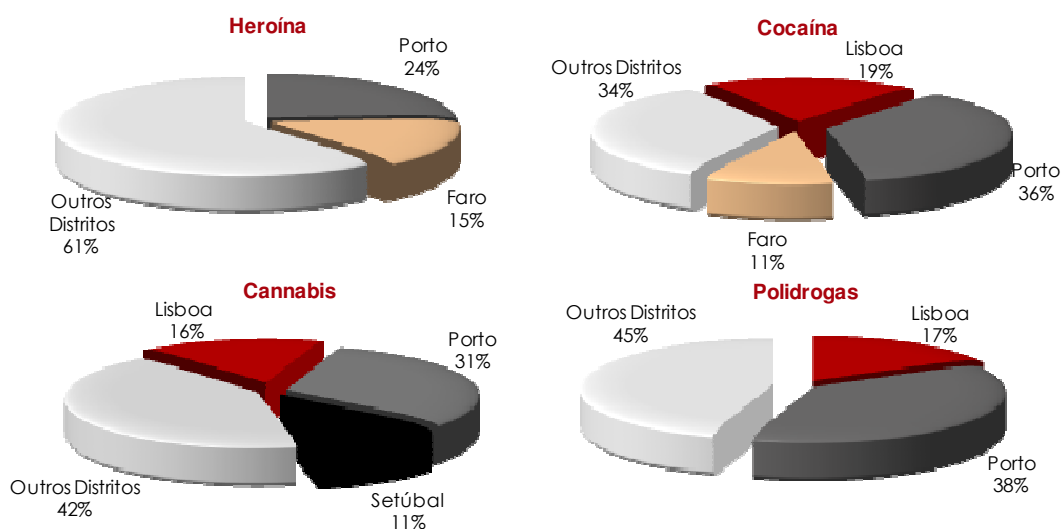
De um modo geral, salvo algumas exceções, a distribuição geográfica dos processos segundo o tipo de droga evidencia serem os distritos com o maior número total de processos, isto é, Porto, Lisboa, Setúbal, Braga, Faro e Aveiro, aqueles onde se concentram também o maior número de processos de cada uma das drogas consideradas.

Verifica-se no entanto uma distribuição diferenciada dos processos entre aqueles distritos consoante o tipo de droga, sendo de destacar, considerando o número total de processos registados em cada distrito, o facto de ser Faro e não Lisboa a surgir entre os distritos com maior concentração de processos relacionados só com heroína.

Figura 51 - 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)

2013



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

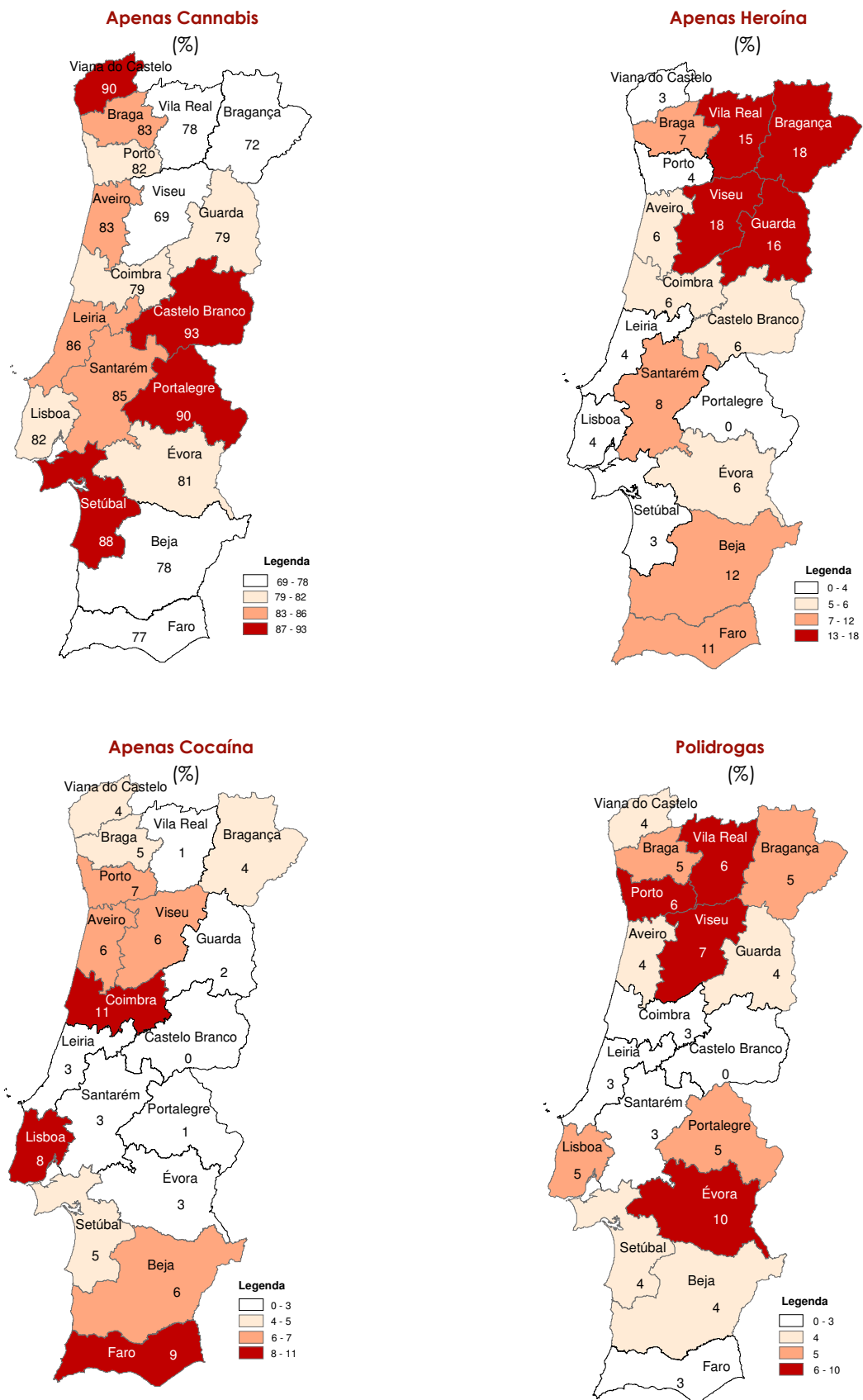
Também a leitura das percentagens intradistritais por tipo de droga⁷⁴ permite evidenciar algumas heterogeneidades:

- os processos envolvendo só cannabis variaram a nível distrital entre os 69% (Viseu) e os 93% (Castelo Branco);
- os só de heroína entre os 0% (Portalegre) e os 18% (Bragança e Viseu);
- os só de cocaína entre os 0% (Castelo Branco) e os 11% (Coimbra);
- e, os processos envolvendo várias drogas variaram entre os 0% (Castelo Branco) e os 10% (Évora).

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

Figura 52 - Percentagens Intradistritais de Processos de Contraordenação por Tipo de Droga

2013

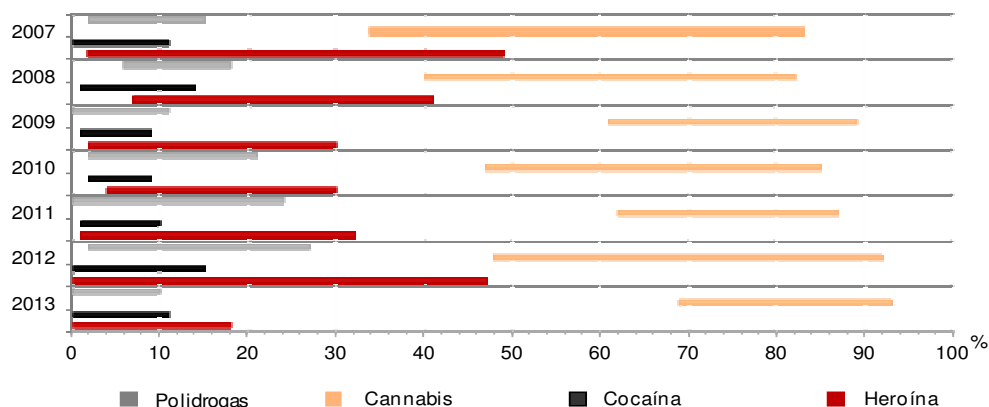


76

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

De um modo geral, as variações entre os valores mínimos e máximos das percentagens intradistritais por tipo de droga envolvida nos processos 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 53 - Processos de Contraordenação por Tipo de Droga
Intervalos das Percentagens Intradistritais, segundo o Ano

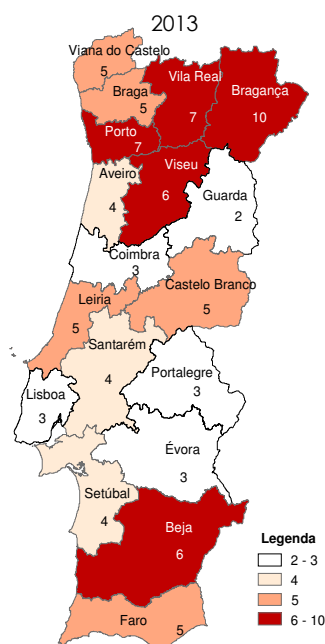


Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: CDT / EMPECO / DMI – DEI

5.2 Indivíduos

Dos 7900 indivíduos⁷⁵ envolvidos nos processos abertos relativos às ocorrências de 2013 e sem decisão absolutória, cerca de 5% reincidiram ao longo do ano, percentagem que se enquadra nas registadas nos anos anteriores. A maioria destes reincidentes (87%) teve apenas uma reincidência no ano.

Figura 54 – Percentagens Intradistritais de Indivíduos Reincidentes no ano



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

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

O distrito do Porto, com o maior número de indiciados relativos às ocorrências de 2013, foi o que registou o maior número de indivíduos reincidentes no ano, constatando-se as mais elevadas percentagens intradistritais de reincidentes no ano nos distritos de Bragança, Porto, Vila Real, Beja e Viseu.

Cerca de 93% daqueles 7900 indivíduos eram do sexo masculino e na sua maioria (81%) jovens e jovens adultos. Com efeito, e apesar da idade média ser os 27 anos, cerca de 53% tinham idades entre os 16-24 anos e 28% entre os 25-34 anos.

Quadro 14 – Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação
2013

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Indivíduos em Processos de Contraordenação
Sexo	Masculino	92,7%
Grupo Etário	16-24 anos	53,3%
	25-34 anos	27,9%
	Idade Média / Mediana	27 / 24
Nacionalidade	Portuguesa	94,7%
Estado Civil	Solteiro	89,7%
	Casado / União de Facto	7,3%
Situação Coabitância	Só c/ família de origem	66,7%
	Sozinho	7,6%
	Só c/ companheiro e filhos	4,8%
	Só c/ companheiro	4,7%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	21,0%
	3.º Ciclo	42,1%
	Secundário	33,1%
Situação Profissional	Empregado	35,9%
	Desempregado	31,5%
	Estudante	28,2%

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

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

Tal como nos anos anteriores, eram na sua maioria de nacionalidade portuguesa (95%). Entre os estrangeiros predominavam os europeus (2%) e os africanos (2%), destacando-se no entanto o Brasil, seguido de Cabo Verde, como os países de nacionalidade estrangeira predominantes.

Uma vez mais eram na sua maioria solteiros (90%) e cerca de 67% 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 (79%) e cerca de 36% estavam empregados, sendo cada vez mais expressivo o peso de estudantes (28%).

Os perfis de consumo e demográficos predominantes desta população e a sua evolução nos últimos anos – nomeadamente mais consumidores não toxicodependentes, mais jovens e mais estudantes –, são indiciadores das estratégias e abordagens específicas de sinalização e intervenção precoce, preconizadas no planeamento estratégico na área da dissuasão⁷⁶.

⁷⁶ Ver Parte B - Respostas e Intervenções deste Relatório.

Oferta

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

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

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

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

Uma vez mais foi consolidado o predomínio crescente da cannabis a nível dos vários indicadores da oferta, refletindo a prevalência do seu consumo no país. A cocaína continua a ser a segunda droga com maior visibilidade no mercado nacional, tendência iniciada na segunda metade da década anterior, apesar da estabilidade constatada nos anos mais recentes a nível da maioria dos indicadores. Em 2013 constatou-se novamente uma diminuição da visibilidade da heroína, reforçando assim a quebra registada em 2011, após o pico pontual em 2009 e 2010 com alguns indicadores a registarem os valores mais elevados da década. Em relação a outras drogas, apesar dos aumentos verificados nos últimos 3 anos em alguns indicadores, continuam a apresentar valores relativos residuais.

Em 2013, uma vez mais o haxixe foi a substância com o maior número de apreensões (3087), e, reforçando a tendência iniciada em 2005, o número de apreensões de cocaína (1108) foi superior ao de heroína (792). Seguiram-se-lhes as apreensões de cannabis herbácea (764), e com números bastante inferiores, as de ecstasy (80). Como habitualmente, foram confiscadas várias outras substâncias, sendo de destacar em 2013, seja pelas quantidades apreendidas e/ou pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, algumas substâncias estimulantes - como a efedrina, o metilfenidato e as metanfetaminas -, bem como algumas substâncias opiáceas - como a tebaína, a codeína, a morfina e o ópio.

Em relação a 2012, registaram-se decréscimos no número de apreensões das várias substâncias em análise. No entanto, no caso do haxixe e da cannabis herbácea, os valores enquadram-se nos registados nos últimos cinco anos, período em que se verificaram os números de apreensões mais elevados desde 2002. Em contrapartida, os números de apreensões de heroína e de cocaína têm vindo a diminuir nos últimos anos, registando-se em 2013 os valores mais baixos respetivamente desde 2002 e 2005.

A nível das quantidades apreendidas em 2013, verificaram-se aumentos em relação a 2012 a nível da cannabis herbácea, registando-se em contrapartida, diminuições das quantidades confiscadas de ecstasy, de haxixe, de cocaína e de heroína.

Relativamente aos principais países de proveniência das drogas apreendidas no país em 2013, destacaram-se no âmbito do tráfico internacional com as maiores quantidades apreendidas, a Holanda a nível da heroína, a Colômbia, o Brasil e a Venezuela no caso da cocaína, uma vez mais Marrocos no caso do haxixe e a Holanda no caso do ecstasy.

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

Quanto aos mercados de tráfico e de tráfico-consumo, os preços médios das drogas confiscadas em 2013 não apresentaram alterações relevantes face a 2012, com exceção da heroína que registou uma vez mais descida, representando o valor mais baixo desde 2002.

No que respeita ao grau de pureza das drogas apreendidas, a potência (% THC) média da cannabis, e em particular da cannabis resina, tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo em 2013 os valores médios mais elevados desde 2005. Em relação às "amostras de rua" de heroína constata-se que o seu grau de pureza médio mantém-se estável nos últimos três anos, embora com valores inferiores comparativamente aos anos anteriores. O grau de pureza médio das "amostras de rua" da cocaína apreendida em 2013 registou um aumento relativamente aos dois anos anteriores, apesar de se manter inferior aos verificados entre 2006 e 2010.

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 de estupefacientes, resultou em 2013 na identificação de 5559 presumíveis infratores - 41% como traficantes e 59% como traficantes-consumidores -, 4351 (78%) dos quais foram detidos. O número de presumíveis infratores foi inferior ao do ano anterior (-10%), representando o valor mais baixo dos últimos cinco anos.

No âmbito das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga, em 2013 registaram-se 1474 processos-crime findos, envolvendo 2038 indivíduos, 1779 (87%) dos quais foram condenados. Destes, cerca de 79% foram condenados por tráfico, 20% por consumo e 1% por tráfico-consumo. É de referir o aumento da proporção de indivíduos condenados por consumo sobretudo desde 2009, relacionado com a fixação de jurisprudência sobre as situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias. Tal como ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, uma vez mais predominou nestas condenações ao abrigo da Lei da Droga a aplicação da pena de prisão suspensa (52%) em vez de prisão efetiva (25%), 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 31/12/2013 estavam em situação de reclusão 2290 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, número ligeiramente superior (+2%) ao registado a 31/12/2012. Desde 2009 que se regista uma tendência para o acréscimo do número destes reclusos, após a descida contínua entre 2002 e 2008. Estes reclusos representavam a 31/12/2013 cerca de 24% do universo da população reclusa condenada, proporção ligeiramente superior às registadas entre 2008 e 2012. A maioria destes indivíduos (89%) 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 Estudos⁷⁷

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

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

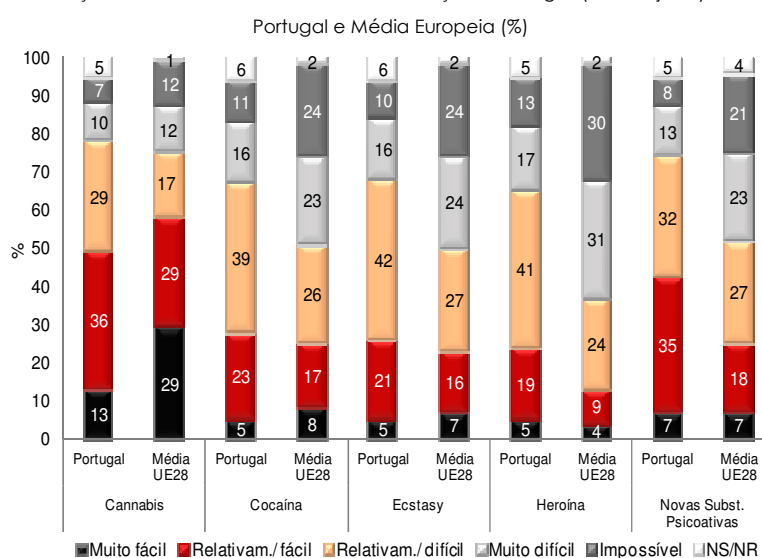
Tal vem reforçar que estas perceções, enquanto indicadores das tendências dos mercados, refletem não só o lado da oferta como também o da procura, o que importa considerar, nomeadamente quando se fazem comparações entre países.

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

Segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Young People and Drugs*⁷⁸, realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos, 49% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a cannabis num período de 24 horas (se desejado), sendo as percentagens correspondentes à cocaína, ecstasy e heroína, de 28%, 26% e 24%. Cerca de 42% dos jovens consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a novas substâncias psicoativas.

Figura 55 - População Jovem (15-24 anos)

Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado), 2014



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

⁷⁷ Ver o volume Anexo ao *Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, pág. 103 à pág. 105, disponível em <http://www.sicad.pt>

⁷⁸ DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

Comparando com as médias europeias (*relativamente fácil ou muito fácil*), constata-se que os jovens portugueses tinham uma perceção de menor facilidade de acesso à cannabis (média UE de 58%), mas de maior facilidade de acesso à heroína e às novas substâncias psicoativas (médias UE de 13% e 25%).

A evolução destas perceções entre 2011 e 2014 evidencia que, com exceção da cannabis, aumentou a facilidade percebida de acesso a todas as substâncias⁷⁹ (*relativamente fácil ou muito fácil*) entre os jovens portugueses, mantendo-se mais estáveis as perceções do conjunto dos jovens europeus.

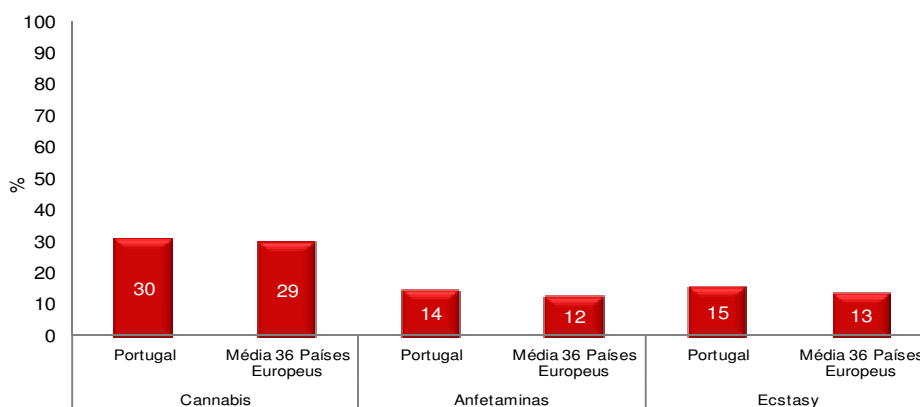
À data, não é possível saber se os resultados de outros estudos em populações jovens – nomeadamente o *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* – ou na população geral residente em Portugal – *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal* – apontam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

Segundo os resultados do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*⁸⁰, 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 considerados 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

⁷⁹ No estudo de 2011 – *Youth attitudes on drugs* (The Gallup Organization, 2011) – não existem dados para as novas substâncias psicoativas.

⁸⁰ 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).

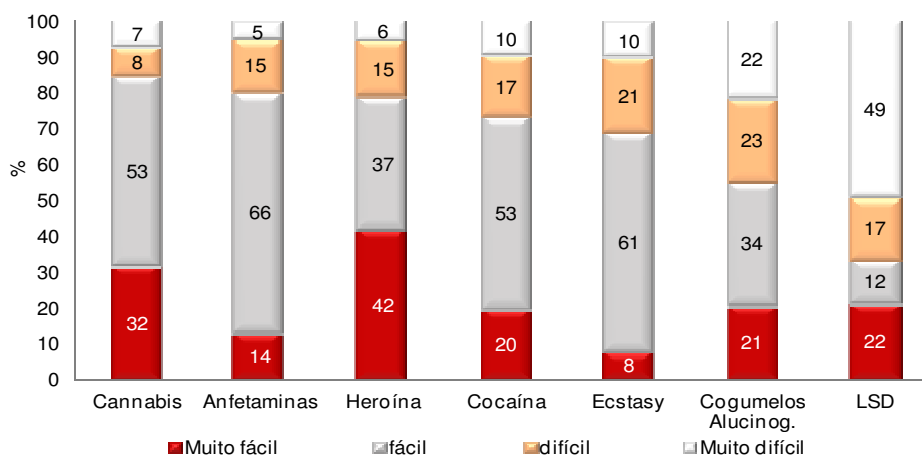
12%, 15% e 13% para as anfetaminas, sendo importante referir que há variabilidade dos países incluídos em cada um dos anos considerados.

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.

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*⁸¹, realizado na população residente em Portugal (15-64 anos)⁸², 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)

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



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

Com efeito, em 2012, e considerando os consumidores ao longo da vida de cada uma das substâncias, 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.

⁸¹ Balsa et al., 2014.

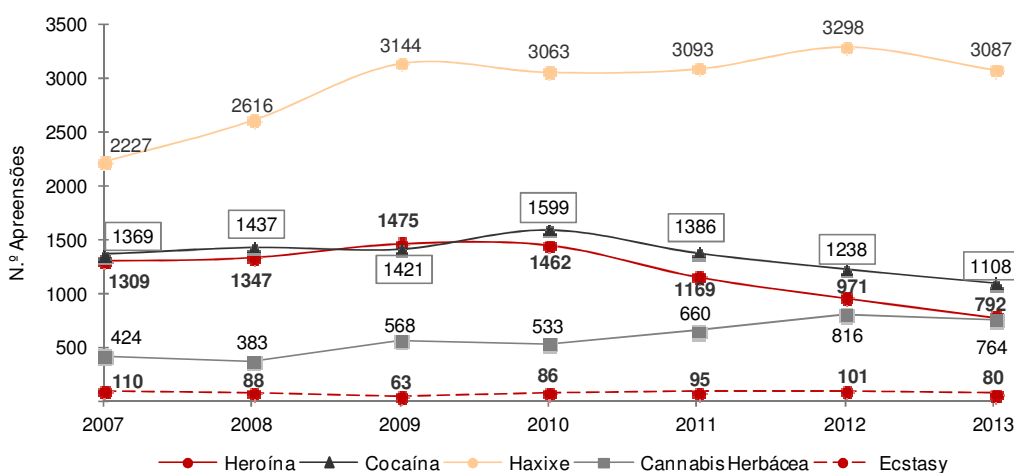
⁸² Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

2. Apreensões Policiais⁸³

2.1 Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços

Tal como ocorrido desde a década anterior, em 2013 o haxixe⁸⁴ foi a substância com o maior número de apreensões (3087), e, reforçando a tendência iniciada em 2005, uma vez mais o número de apreensões de cocaína (1108) foi superior ao de heroína (792). Seguiram-se-lhes as apreensões de cannabis herbácea (764), e com números bastante inferiores, as de ecstasy (80).

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 2012, registaram-se decréscimos no número de apreensões das várias substâncias em análise, designadamente de ecstasy (-21%), heroína (-18%), cocaína (-11%), haxixe (-6%) e cannabis herbácea (-6%). No entanto, importa referir que, no caso do haxixe e da cannabis herbácea, os valores enquadram-se nos registados nos últimos cinco anos, período em que se verificaram os números de apreensões mais elevados desde 2002, ocorrendo um pico destas apreensões em 2012. Em contrapartida, os números de apreensões de heroína e de cocaína têm vindo a diminuir nos últimos anos (respetivamente pelo quarto e terceiro anos consecutivos), registando-se em 2013 os valores mais baixos desde 2002 no caso da heroína e desde 2005 no caso da cocaína.

⁸³ Ver o volume Anexo do Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 107 à pág. 133 disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados apresentados neste capítulo é um módulo do Sistema Integrado de Informação Criminal (SIIC), enviado anualmente ao SICAD pela PJ, em março do ano seguinte a que se referem os dados. A informação respeita às infrações tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro e reflete os resultados da atividade desenvolvida em matéria de fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico de estupefacientes.

⁸⁴ Neste capítulo os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

Para além destas apreensões, em 2013 foram confiscadas outras substâncias⁸⁵, sendo de destacar, pelas quantidades apreendidas e/ou pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, algumas substâncias estimulantes - a efedrina, cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2003 e sem registos posteriores até 2013; o metilfenidato, cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2012; e as quantidades apreendidas de metanfetaminas que foram as mais elevadas de sempre -, bem como algumas substâncias opiáceas - a tebaína com o primeiro registo de apreensão em 2013, e, as quantidades apreendidas de codeína, de morfina e de ópio que foram as quantidades confiscadas mais elevadas de sempre.

A nível das quantidades apreendidas em 2013, verificaram-se aumentos em relação a 2012 a nível da liamba, registando-se em contrapartida, diminuições das quantidades confiscadas de ecstasy, de haxixe, de cocaína e de heroína. No caso da liamba, importa referir que não estão aqui contabilizadas as quantidades de outras formas de cannabis herbácea, designadamente as plantas e as sementes, cujas quantidades apreendidas adquiriram maior expressão nos últimos cinco anos e aumentaram uma vez mais entre 2012 e 2013⁸⁶. Em contrapartida, as quantidades confiscadas de cocaína em 2013 representaram o valor mais baixo desde 2002.

Quadro 15 - Droga Apreendida, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2007 - 2013

Tipo de Droga ^{a)}	Ano						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gramas							
Heroína	61 669	68 090	128 073	46 947	72 908	65 541	55 457
Cocaína	7 362 975	4 877 905	2 697 083	3 244 350	3 678 217	4 019 866	2 439 719
Haxixe ^{b)}	44 623 450	61 262 140	22 965 577	34 773 666	14 632 884	18 314 067	8 688 998
Liamba	133 300	36 634	5 044 569	40 079	107 873	49 390	95 712
Comprimidos							
Ecstasy ^{c)}	70 591	70 309	8 987	48 370	7 791	73 887	14 554

a) As quantidades apreendidas de outras drogas e de outras unidades/formas de apresentação destas drogas constam no Quadro 97 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 2013, foram apreendidos 1239,4 g de ecstasy moído e 2160 comprimidos.

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

Em 2013, as apreensões envolvendo quantidades significativas⁸⁷ representaram 3% do número total de apreensões de haxixe, 5% das de liamba, 7% das de heroína, 8% das de ecstasy e 24% das apreensões de cocaína. No entanto, em termos das quantidades apreendidas, estas apreensões representaram 72% da liamba confiscada, 86% do ecstasy apreendido, e a quase totalidade da heroína (91%), do haxixe (99%) e da cocaína (acima dos 99%) apreendidos.

Relativamente aos principais países de proveniência das drogas apreendidas em Portugal em 2013, destacaram-se no âmbito do tráfico internacional com as maiores quantidades apreendidas, a Holanda a nível da heroína, a Colômbia, o Brasil e a Venezuela no caso da

⁸⁵ Ver informação constante na nota a) do Quadro 97 do volume Anexo deste Relatório.

⁸⁶ Ver informação constante na nota a) do Quadro 97 do volume Anexo deste Relatório.

⁸⁷ 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).

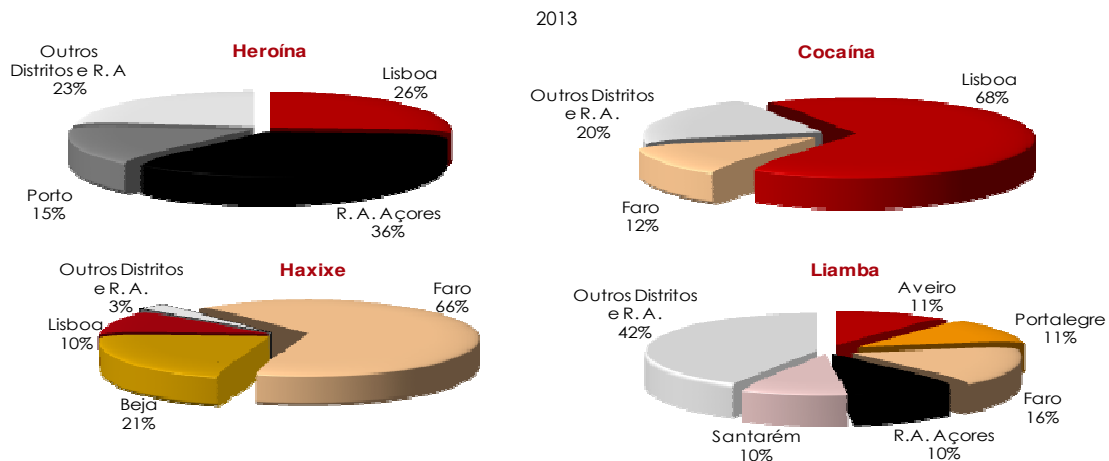
cocaína, uma vez mais Marrocos no caso do haxixe e a Holanda no caso do ecstasy, desconhecendo-se a proveniência da quase totalidade da liamba confiscada.

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, continuando Portugal a funcionar como ponto de trânsito em matéria de tráfico internacional, apesar dos indícios recentes de uma maior diversificação destas rotas. Apesar da relevância deste posicionamento geoestratégico de Portugal em matéria de fluxos internacionais de tráfico de droga, em regra, o país não funciona como sede das organizações criminosas ligadas ao tráfico de droga⁸⁸.

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 Portalegre e Setúbal registaram um maior número de apreensões do que o Porto. No entanto, em termos de quantidades confiscadas, foram os Açores que se destacaram no caso da heroína, o distrito de Lisboa a nível da cocaína, Faro no caso do haxixe, e o Porto a nível do ecstasy, 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 10% ou mais da quantidade apreendida por tipo de droga)



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 2013, o transporte terrestre para a heroína e a liamba, o transporte marítimo para a cocaína e o haxixe, e a via postal para o ecstasy. Foram também relevantes o transporte aéreo no caso da heroína e cocaína e o terrestre no caso do haxixe e do ecstasy.

No que respeita à informação sobre os preços das drogas, indicador fundamental na caracterização dos mercados, importa ter algumas cautelas na sua leitura, uma vez que existem ainda várias limitações metodológicas a nível da informação disponível e dos métodos analíticos, nomeadamente: 1) a ausência de informação sobre os preços nos mercados de consumo desde 2002⁸⁹; 2) a escassez de informação a nível dos mercados de tráfico e de

⁸⁸ Sistema de Segurança Interna, 2014.

⁸⁹ 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.

tráfico-consumo que impede na maioria das vezes uma análise dos preços por patamares de distribuição no mercado e por vezes até o cálculo de medidas de estatística descritiva; 3) a ausência de cruzamento de informação dos preços das drogas confiscadas com os resultados das respetivas análises forenses sobre o seu grau de pureza. No entanto, mesmo com estas limitações, Portugal possui uma importante série temporal de dados com grande potencialidade em termos de análise de tendências.

Quanto aos mercados de tráfico e de tráfico-consumo, os preços médios⁹⁰ das drogas confiscadas em 2013 não apresentaram alterações relevantes face a 2012, com exceção da heroína que registou uma vez mais descida, representando o valor mais baixo desde 2002.

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

2007 - 2013

Tipo de Droga	Ano						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grana							
Heroína	37,57 €	33,25 €	36,62 €	35,32 €	35,74 €	28,04 €	25,64 €
Cocaína	44,65 €	45,56 €	47,44 €	46,00 €	50,07 €	48,01 €	47,00 €
Haxixe	3,45 €	3,28 €	2,99 €	3,59 €	3,12 €	3,03 €	2,90 €
Liamba	4,70 €	5,09 €	6,22 €	_ a)	_ a)	_ a)	5,47 €
Comprimido							
Ecstasy	3,20 €	2,80 €	_ a)	3,68 €	_ a)	_ 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 realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua" das drogas apreendidas⁹¹, a potência (% THC) média da cannabis apreendida em território nacional, e particularmente da cannabis resina, tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo em 2013 os valores médios mais elevados desde 2005. Também as análises das "amostras de rua" de comprimidos de ecstasy, indiciam um aumento do seu grau de pureza médio nos últimos anos, apesar do escasso número de lotes analisados exigir cautelas na leitura destes dados. Em relação às "amostras de rua"⁹² de heroína castanha, a mais comum em Portugal, constata-se que o seu grau de pureza médio mantém-se estável nos últimos três anos, embora com valores inferiores comparativamente aos anos anteriores. No caso da cocaína em pó (sal hidrocloreto, HCl), o grau de pureza médio das "amostras de rua"⁹³ apreendidas em 2013 registou um aumento relativamente aos dois anos anteriores apesar de se manter inferior aos verificados entre 2006 e 2010.

⁹⁰ 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.

⁹¹ 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.

⁹² Embalagens com um peso líquido inferior a 1g.

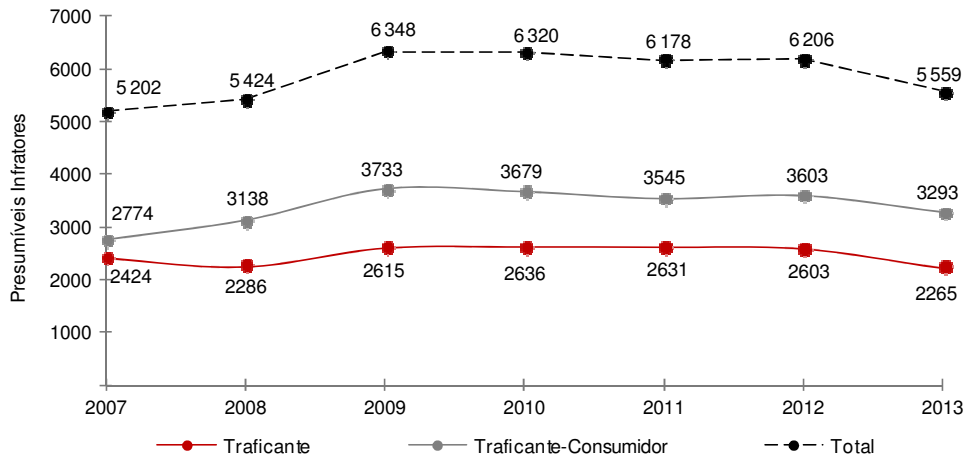
⁹³ Embalagens com um peso líquido inferior a 1g.

2.2 Presumíveis Infratores⁹⁴

Em 2013, as intervenções policiais nesta matéria resultaram na identificação de 5559 presumíveis infratores - 41% como traficantes e 59% como traficantes-consumidores -, 4351 (78%) dos quais foram detidos.

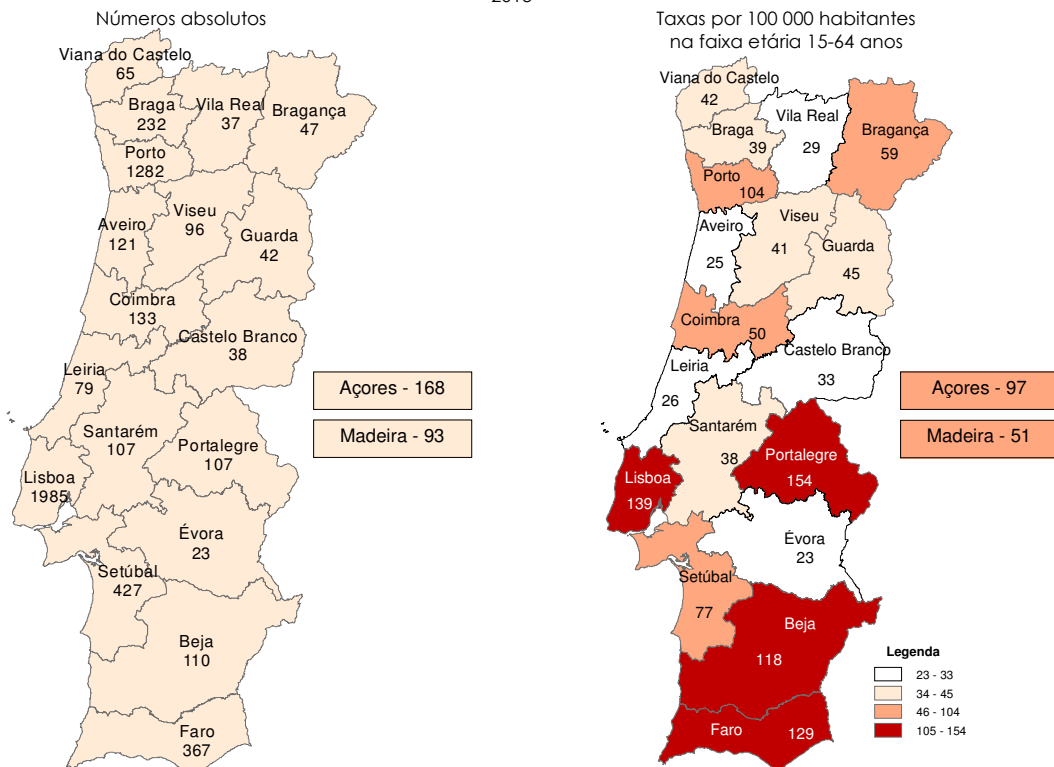
O número de presumíveis infratores foi inferior ao do ano anterior (-10%), representando o valor mais baixo dos últimos cinco anos.

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
2013



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

⁹⁴ 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 36% e 23%), seguindo-se-lhes Setúbal (8%) e Faro (7%). As maiores taxas por habitantes dos 15-64 anos registaram-se nos distritos de Portalegre, Lisboa, Faro e Beja.

Em 2013, 76% dos presumíveis infratores detinham apenas uma droga: 59% cannabis, 11% cocaína, 6% heroína e menos de 1% outras drogas. Nas situações envolvendo mais do que uma droga (24%), a associação só de heroína com cocaína continua a ser predominante, seguindo-se-lhe a de heroína com cocaína e cannabis e a associação só de cocaína com cannabis.

Comparativamente a 2012 verificou-se uma diminuição de presumíveis infratores nas várias situações de posse de drogas, sendo de destacar as descidas do número dos que detinham apenas heroína (-27%) e dos que estavam na posse só de outras drogas (-35%).

Quadro 17 - Presumíveis Infratores, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga
2013 e variações relativas a 2012 / 2010 / 2007

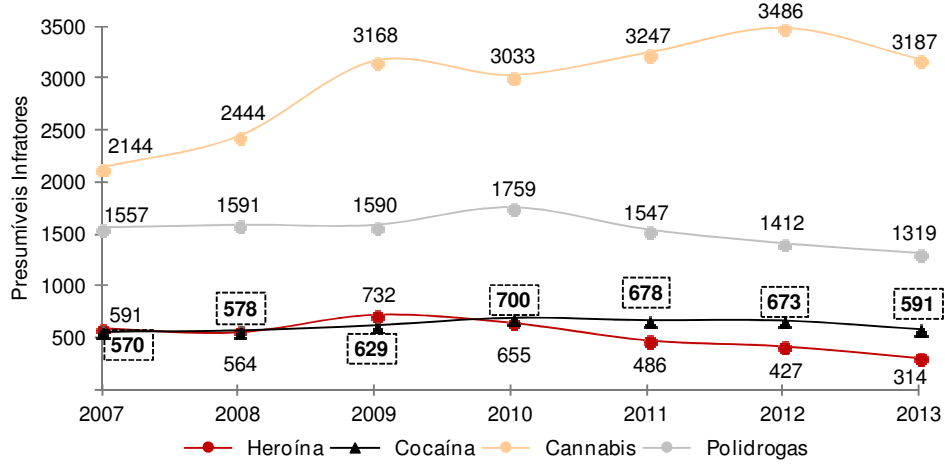
Sit. Face à Droga/ Tipo de Droga	2013	%	Δ 12-13	Δ 10-13	Δ 07-13
Total	5 559	100,0	-10,4	-12,0	6,9
Heroína	314	5,8	-26,5	-52,1	-46,9
Cocaína	591	10,9	-12,2	-15,6	3,7
Cannabis	3 187	58,5	-8,6	5,1	48,6
Outro	33	0,6	-35,3	32,0	-32,7
Polidrogas	1 319	24,2	-6,6	-25,0	-15,3
Desconhecido	115				
Traficante	2 265	100,0	-13,0	-14,1	-6,6
Heroína	153	7,0	-28,5	-49,5	-44,6
Cocaína	473	21,6	-16,4	-10,6	6,8
Cannabis	768	35,0	-11,9	4,3	30,4
Outro	10	0,5	-23,1	150,0	42,9
Polidrogas	788	35,9	-7,7	-19,3	-14,2
Desconhecido	73				
Traficante-Consumidor	3 293	100,0	-8,6	-10,5	18,7
Heroína	161	5,0	-24,4	-54,3	-48,9
Cocaína	118	3,6	10,3	-31,0	-6,3
Cannabis	2 419	74,4	-7,5	5,3	55,7
Outro	23	0,7	-39,5	9,5	-45,2
Polidrogas	531	16,3	-4,8	-32,2	-16,9
Desconhecido	41				
Desconhecido	1				

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

Apesar das oscilações anuais, os valores registados nos cinco 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 anterior, seguida de uma estabilidade e um pico em 2009, constata-se desde então novamente uma descida contínua no número de presumíveis infratores. A nível do número de presumíveis infratores na posse de várias drogas, desde 2011 que tem vindo a diminuir, representando o valor registado em 2013 o mais baixo desde 2002.

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

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

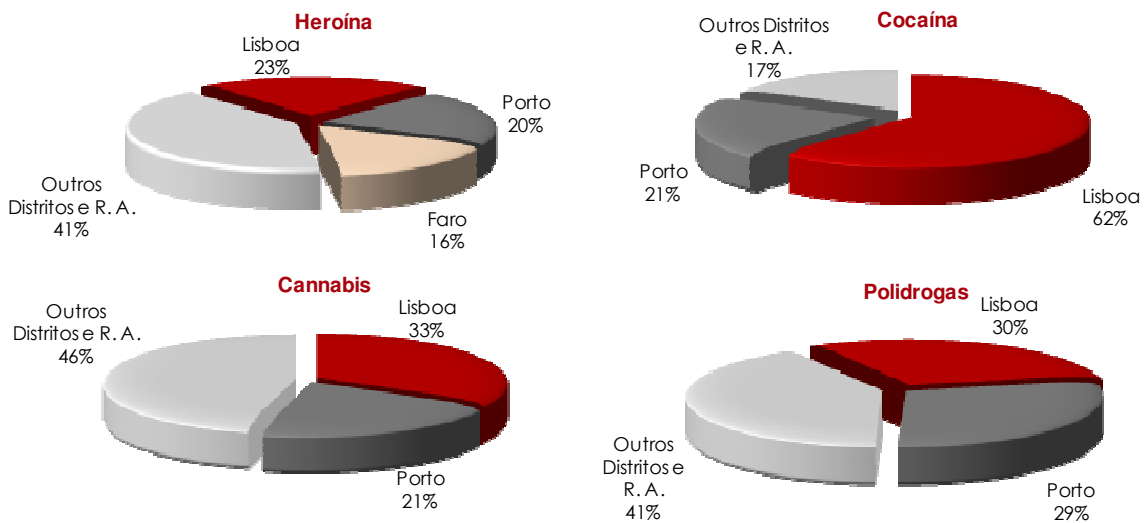


Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

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 Lisboa⁹⁵, verificando-se uma maior dispersão regional no caso dos que estavam na posse das outras drogas.

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)
2013

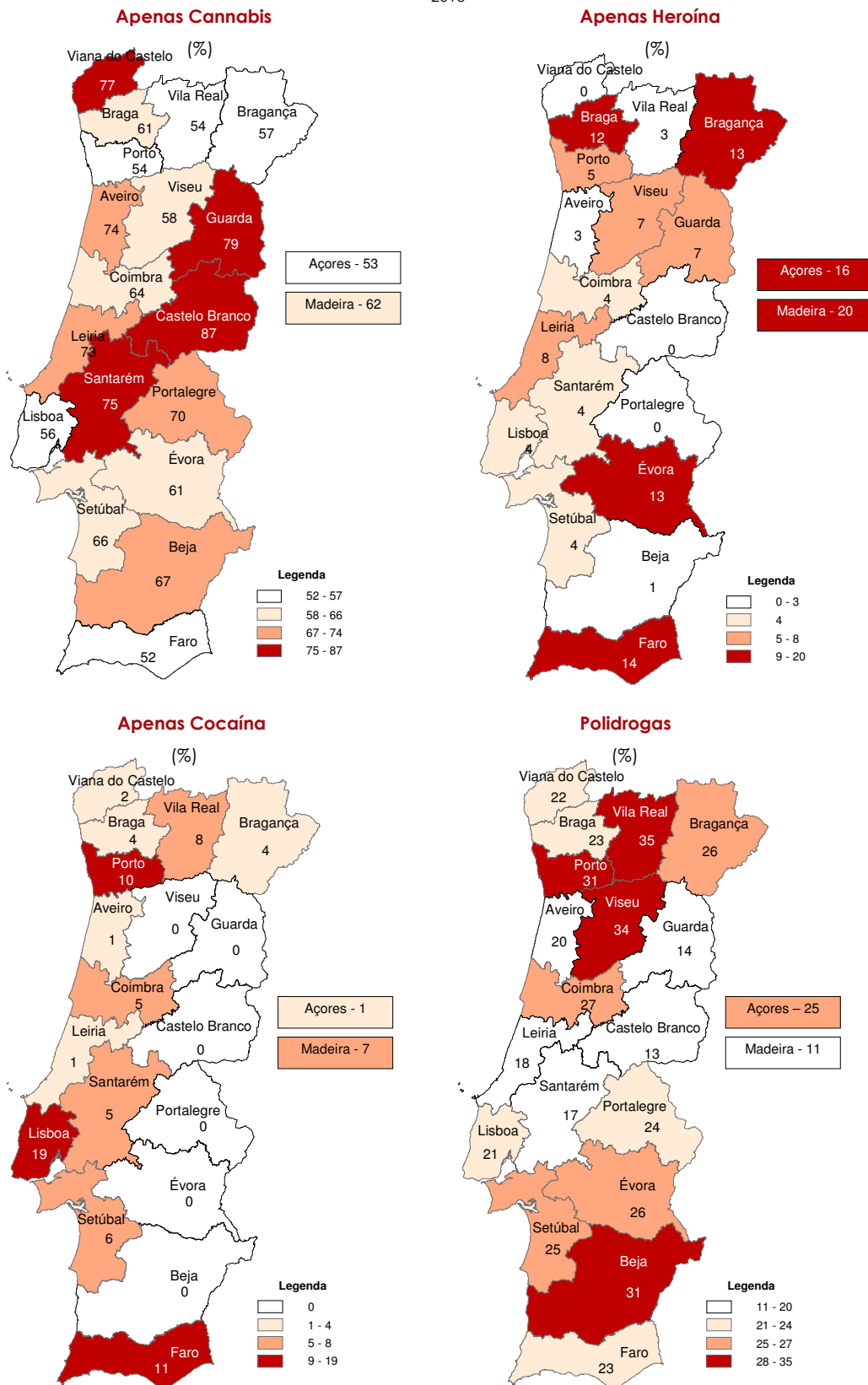


Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

⁹⁵ Relacionado com o importante número de apreensões de cocaína no âmbito do tráfico internacional, seja por via marítima, seja aérea.

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

2013



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 52%-87%, na posse só de heroína entre os 0%-20%, na posse apenas de cocaína entre os 0%-19% e as percentagens de presumíveis infratores com várias drogas variaram entre os 11%-35%.

Tal como nos anos anteriores, em 2013, estes presumíveis infratores eram predominantemente do sexo masculino (89%) e com idades entre os 16-24 anos (35%) e 25-34 anos (34%), sendo a idade média de 31 anos e a mediana de 28 anos.

Entre os estrangeiros (16%) predominavam os africanos (10%), com particular relevo para os cabo-verdianos. Eram na sua maioria solteiros (84%) e cerca de 62% tinham a frequência do 3.º Ciclo ou habilitações superiores. Mais de metade (61%) encontravam-se desempregados à data da interpelação policial, vindo a aumentar nos últimos a proporção de estudantes.

Quadro 18 – Socio demografia dos Presumíveis Infratores

2013

Situação Face à Droga		Caract. Sociodemográfica ^{a)}		
		Total	Traficante	Traficante-Consumidor
Sexo	Masculino	88,8%	83,3%	92,6%
Grupo Etário	16-24 anos	35,1%	27,3%	40,5%
	25-34 anos	33,5%	33,4%	33,6%
	Idade: Média / Mediana	31 / 28	33 / 31	29 / 27
Nacionalidade	Portuguesa	84,0%	73,0%	91,6%
Estado Civil	Solteiro	84,0%	79,2%	87,3%
	Casado / União de Facto	10,6%	14,1%	8,1%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	37,9%	47,0%	32,3%
	3.º Ciclo	39,9%	36,7%	41,9%
Situação Profissional	Desempregado	60,5%	69,4%	54,7%
	Empregado	25,8%	22,4%	27,9%
	Estudante	12,3%	6,4%	16,1%

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

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

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

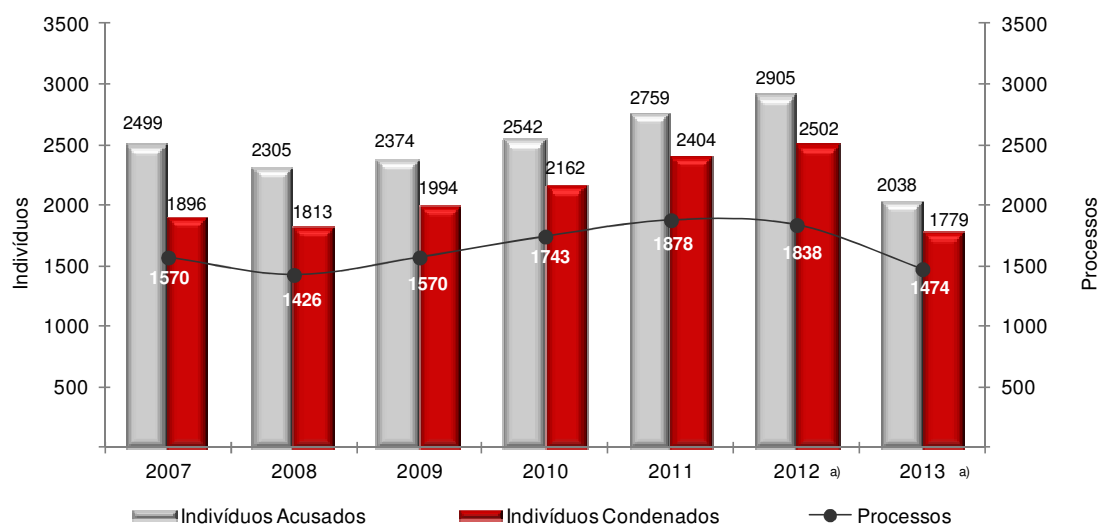
3. Decisões Judiciais⁹⁶

No contexto das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga⁹⁷, em 2013 registaram-se 1474 processos-crime findos envolvendo 2038 indivíduos⁹⁸, na sua maioria (87%) acusados por tráfico. Cerca de 87% dos indivíduos envolvidos nestes processos foram condenados e 12% 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 2012 registaram-se os números mais elevados de indivíduos acusados e de condenados, respetivamente desde 2004 e 2002. É expectável que a atualização dos dados de 2013 no próximo ano, se traduza em números próximos aos de 2012.

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



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada na SICAD até 31/03/2014. Os dados de 2013 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada na SICAD até 31/03/2015.

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".

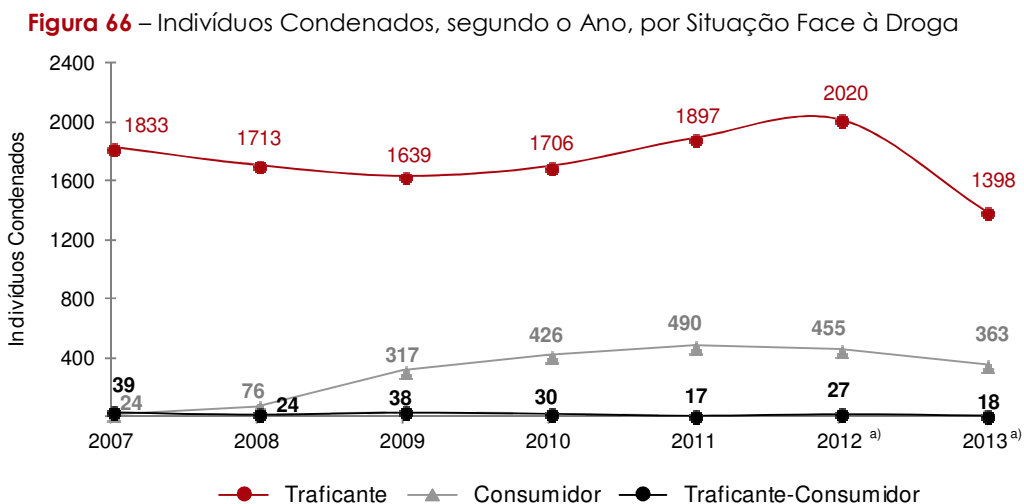
Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

⁹⁶ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 135 à pág. 168, disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados apresentados neste capítulo é o repositório de dados existente no SICAD, com informação retirada das decisões judiciais enviadas pelos Tribunais ao abrigo do art.º 64 n.º 2 do Decreto-Lei 15/93.

⁹⁷ 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".

⁹⁸ Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados de 2013 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2015.

Dos 1779 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga em 2013, 79% foram-no por tráfico, 20% 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 57% das condenações por consumo de 2013 foi feita a referência expressa a este Acórdão (64%, 76%, 75% e 84%, respetivamente das condenações por consumo em 2012, 2011, 2010 e 2009).



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados de 2013 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2015.

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".

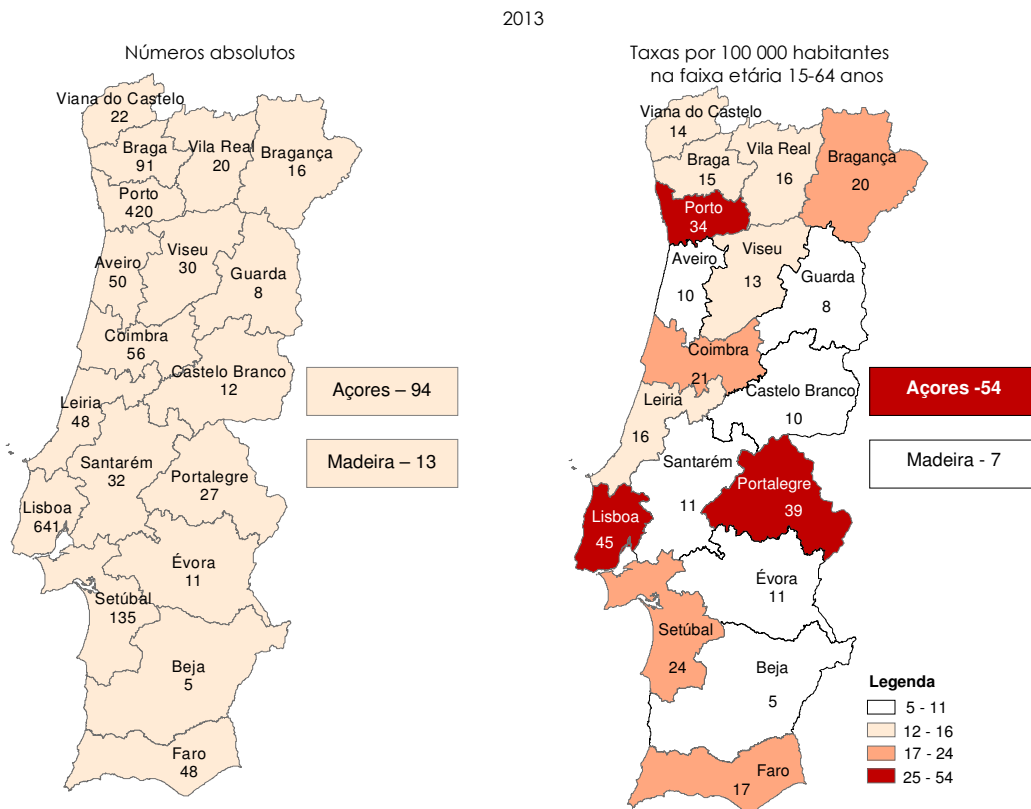
Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Dos 1398 indivíduos condenados por tráfico, 1390 tinham sido inicialmente acusados por esse crime, 7 por tráfico-consumo e 1 por consumo. Dos 363 indivíduos condenados por consumo, 214 (59%) vinham acusados por este crime, 147 (40%) por tráfico e 2 (1%) por tráfico-consumo. Dos 18 indivíduos condenados por tráfico-consumo, 10 (56%) vinham acusados por este crime e 8 (44%) por tráfico.

Uma vez mais Lisboa e Porto foram os distritos que registaram as percentagens mais elevadas destas condenações (respetivamente 36% e 24%), seguindo-se-lhes Setúbal (8%), a Região Autónoma dos Açores (5%) e o distrito de 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 Porto.

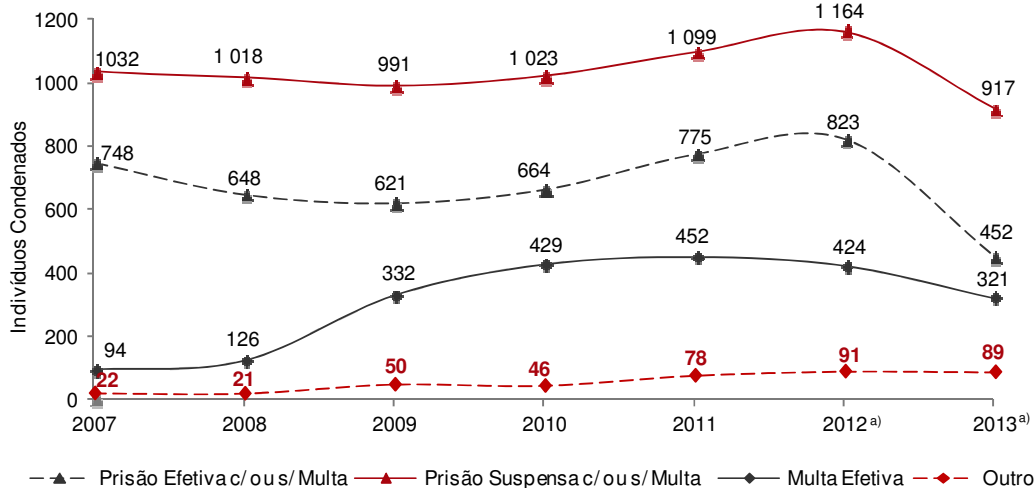
Figura 67 - Total de Indivíduos Condenados, por Zona Geográfica de Ocorrência da Condenação



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

No que respeita às penas⁹⁹ 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 (52%) em vez da prisão efetiva (25%).

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



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados de 2013 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2015.

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

⁹⁹ As penas dizem respeito à pena final da condenação, que pode incluir mais do que um crime.

É de referir, sobretudo desde 2009 e por comparação com os anos anteriores, o aumento de condenados só com pena de multa efetiva, predominantemente aplicada a condenados por consumo¹⁰⁰.

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 2013 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 91% das condenações foram consideradas circunstâncias agravantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico e por tráfico-consumo do que nas por consumo), com particular relevo para o “Dolo elevado”, “Antecedentes com droga”, “Antecedentes criminais” e a “Illicitude elevada”.

Por outro lado, em 87% das condenações foram consideradas circunstâncias atenuantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico-consumo e por tráfico do que nas por consumo), destacando-se a “Inserção social e/ou familiar”, “Sem antecedentes criminais”, “Confissão espontânea” e “Illicitude não elevada”.

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

À semelhança dos anos anteriores, cerca de 11% destes condenados (respetivamente 11%, 10% e 0%, dos condenados por tráfico, por consumo e por tráfico-consumo) tiveram penas em cúmulo jurídico.

Foram considerados 251 crimes em cúmulo jurídico, com especial relevo dos relacionados com o “Regime Jurídico das Armas e Munições”. Para além destes crimes, que foram os predominantes nos condenados quer por tráfico quer por consumo, são de destacar também em ambos os tipos de condenações, os crimes rodoviários, bem como o furto e o furto qualificado nas penas em cúmulo jurídico dos condenados por consumo, e o furto qualificado e o roubo nas penas dos condenados por tráfico.

Em 2013, 75% das condenações ao abrigo da Lei da Droga estavam relacionadas com a posse de uma só droga: 49% cannabis, 15% cocaína, 10% heroína, e menos de 1% várias outras drogas.

Nas situações envolvendo mais do que uma droga (25%), predominou uma vez mais a posse de heroína com cocaína.

¹⁰⁰ Ver nota 97.

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

2013

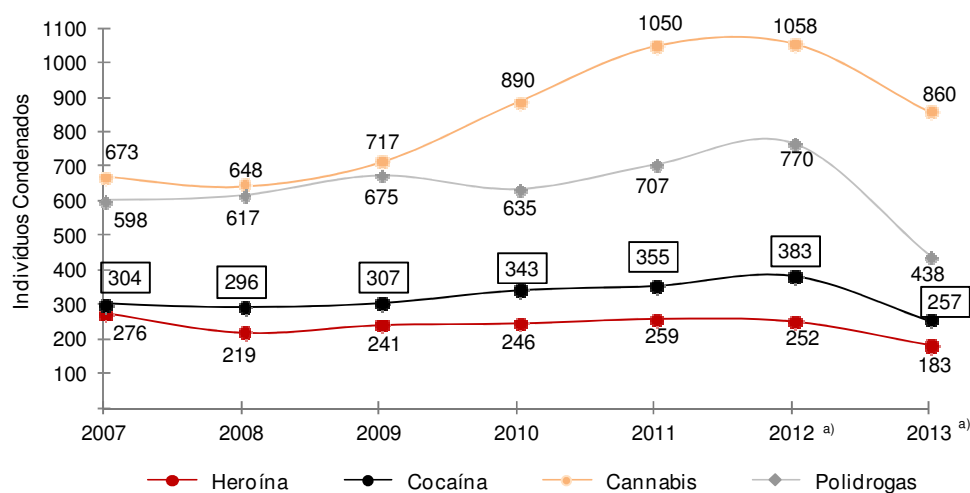
Sit. Face à Droga Tipo de Droga	Total		Traficante		Consumidor		Traf.-Cons.	
		%		%		%		%
Total	1 779	100,0	1 398	100,0	363	100,0	18	100,0
Heroína	183	10,4	163	11,7	10	2,9	10	55,6
Cocaína	257	14,7	250	18,0	5	1,4	2	11,1
Cannabis	860	49,1	560	40,4	298	85,6	2	11,1
Ecstasy	9	0,5	7	0,5	2	0,6	..	..
Outro	6	0,3	4	0,3	2	0,6	..	..
Polidrogas	438	25,0	403	29,1	31	8,9	4	22,2
Desconhecido	26		11		15		..	

* Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados de 2013 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2015.

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 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados de 2013 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2015.

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 2013 ainda virem a sofrer alterações no próximo ano, uma vez mais se constata nas condenações relacionadas só com uma droga o predomínio da cannabis (desde 2003), seguida da cocaína (desde 2006), consolidando assim a tendência de maior visibilidade da cocaína nos últimos anos.

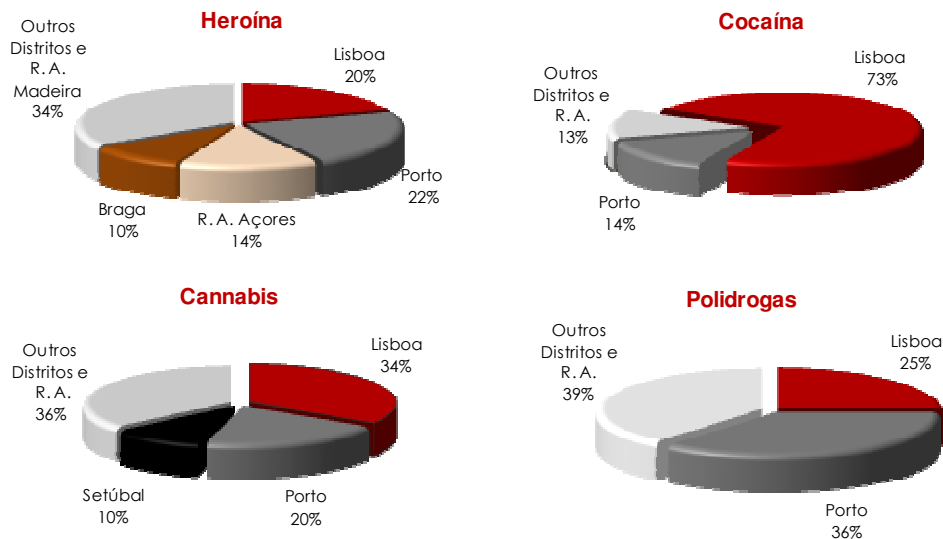
Tal como ocorrido a nível dos presumíveis infratores, a distribuição distrital dos condenados segundo o tipo de droga envolvida evidencia uma maior concentração de condenados nos distritos de Lisboa e Porto para qualquer das drogas consideradas.

É de destacar a elevada concentração no distrito de Lisboa de condenados só na posse de cocaína (refletindo o ocorrido a nível das interpelações policiais), 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)

2013



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

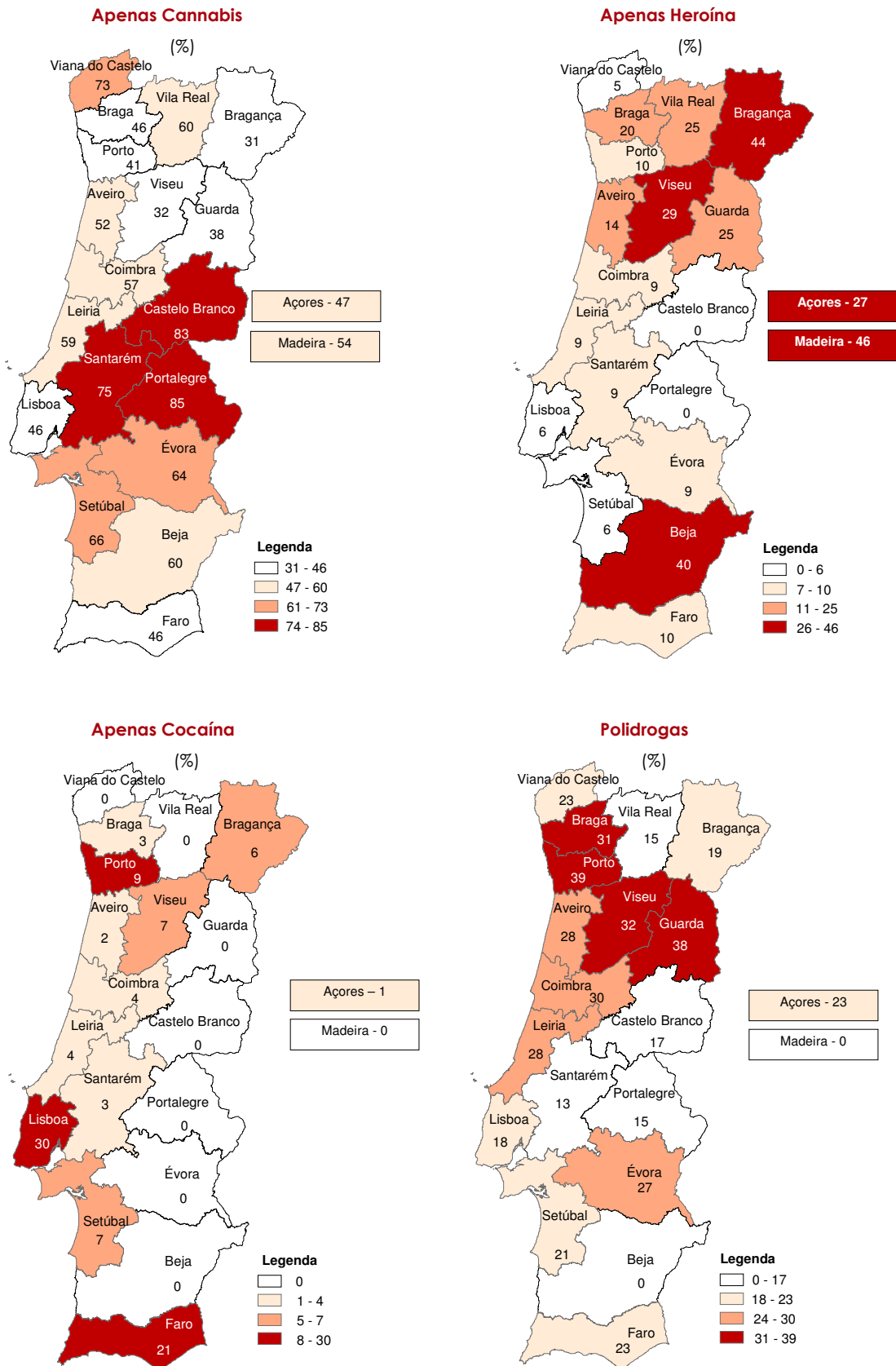
Também as percentagens intradistritais por tipo de droga¹⁰¹ na posse dos condenados evidenciam algumas heterogeneidades:

- as condenações envolvendo só cannabis variaram a nível distrital entre os 31% (Bragança) e os 85% (Portalegre);
- as só de heroína entre os 0% (Castelo Branco e Portalegre) e os 46% (R. A. Madeira);
- as só de cocaína entre os 0% (7 distritos e R. A. Madeira) e os 30% (Lisboa);
- e, as condenações envolvendo várias drogas variaram entre os 0% (Beja e R. A. Madeira) e os 39% (Porto).

¹⁰¹ Considerando como base percentual os condenados em cada distrito.

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

2013



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

À semelhança dos anos anteriores, estes condenados por crimes ao abrigo da Lei da Droga eram maioritariamente do sexo masculino (88%), e, com idades entre os 16-24 anos (34%) e 25-34 anos (34%), sendo a idade média de 31 anos e a mediana de 28 anos.

Quadro 20 – Socio demografia dos Indivíduos Condenados

2013

Situação Face à Droga Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		2013			
		Total	Traficante	Consumidor	Traficante-Consumidor
Sexo	Masculino	87,7%	85,7%	95,0%	100,0%
Grupo Etário	16-24 anos	33,7%	31,1%	44,5%	28,6%
	25-34 anos	33,5%	33,9%	32,6%	14,3%
	Idade Média / Mediana	31 / 28	32 / 29	28 / 26	35 / 35
Nacionalidade	Portuguesa	88,0%	85,9%	95,6%	100,0%
Estado Civil	Solteiro	58,7%	55,3%	71,8%	61,1%
	Casado / União de Facto	34,1%	37,1%	23,1%	16,7%
Situação Coabitação	Só c/ família de origem	30,3%	28,0%	41,4%	28,6%
	Só c/ companheiro e filhos	17,7%	18,5%	14,2%	14,3%
	Só c/ companheiro	10,4%	11,0%	8,6%	..
	Sozinho	10,1%	10,2%	8,6%	21,4%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	45,3%	47,2%	33,7%	66,7%
	3.º Ciclo	33,8%	32,8%	39,5%	33,3%
Situação Profissional	Desempregado	55,7%	56,6%	50,7%	73,3%
	Empregado	32,4%	31,3%	37,9%	20,0%
	Estudante	6,1%	5,8%	7,4%	..

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 2013, cerca de 88% dos condenados eram de nacionalidade portuguesa, e, tal como nos anos anteriores, entre os estrangeiros (12%) predominavam os africanos (6%), com particular relevo para os cabo-verdianos. Cerca de 59% dos condenados eram solteiros. A maioria vivia com familiares, predominando a coabitação só com a família de origem (30%) ou só com a família constituída (28%). Cerca de 55% tinham habilitações iguais ou superiores ao 3.º Ciclo, e, 32% encontravam-se empregados e 56% desempregados à data da condenação.

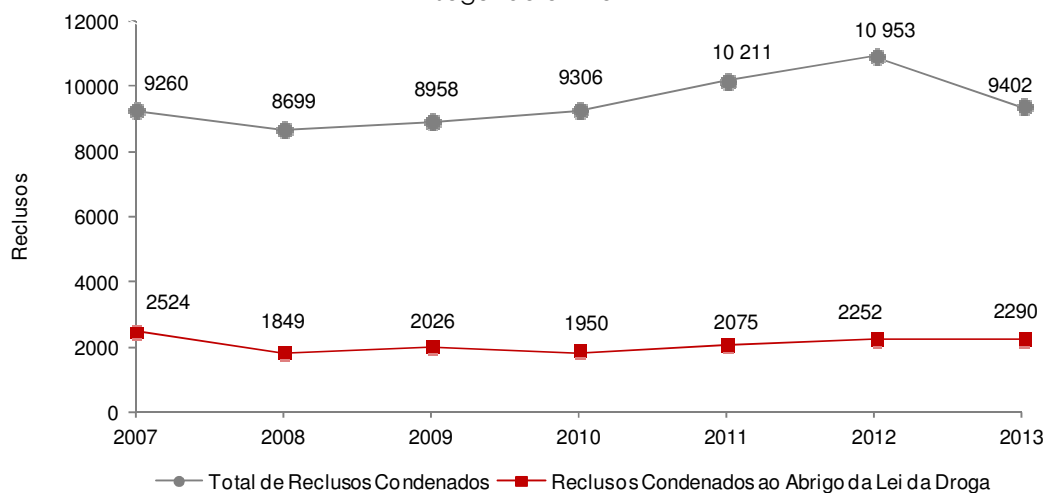
Os condenados por consumo apresentam um perfil sociodemográfico mais diferenciado comparativamente aos traficantes e traficantes-consumidores, com um maior peso de indivíduos jovens e solteiros, a viverem com a família de origem e com habilitações académicas mais altas.

4. Reclusões¹⁰²

A 31/12/2013 estavam em situação de reclusão 2290 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, número ligeiramente superior (+2%) ao registado a 31/12/2012. Desde 2009 que se regista uma tendência para o acréscimo do número destes reclusos, após a descida contínua entre 2002 e 2008.

Estes reclusos representavam a 31/12/2013 cerca de 24% do universo da população reclusa condenada, proporção ligeiramente superior às registadas entre 2008 e 2012.

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 (89%) 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 21 - Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, por Tipo de Crime 2013 e variações relativas a 2012 / 2010 / 2007

Tipo de Crime	2013	%	Δ 12-13	Δ 10-13	Δ 07-13
Total Reclusos Condenados	2 290	100,0	1,7	17,4	-9,3
Tráfico	2 026	88,5	1,8	15,6	-11,3
Tráfico Menor Gravidade	234	10,2	5,9	41,8	33,7
Tráfico-Consumo	13	0,6	0,0	-56,7	-72,9
Outro	17	0,7	-37,0	750,0	0,0

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

¹⁰²Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 169 à pág. 174, disponível em <http://www.sicad.pt>

Em relação a 2012 manteve-se o mesmo número de reclusos condenados por tráfico-consumo, e em contrapartida, ligeiros acréscimos no de reclusos condenados por tráfico de menor gravidade (+6%) e por tráfico (+2%).

Estes reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga continuam a ser maioritariamente do sexo masculino (88%) e com idades compreendidas entre os 30-39 anos (35%) e 40-49 anos (27%), sendo que 21% tinham idades inferiores aos 30 anos. A idade média era de 39 anos.

Quadro 22 – Socio demografia dos Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga
2013

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Tipo de Crime		Total	Tráfico	Tráfico Menor Gravidade	Traficante Consumidor	Outro
Sexo	Masculino			87,9%	87,4%	91,0%	84,6%	100,0%
Grupo Etário	30-39 anos			34,5%	34,4%	35,9%	23,1%	35,3%
	40-49 anos			27,2%	26,8%	29,9%	38,5%	29,4%
	Idade Média			39	39	37	41	37
Nacionalidade	Portuguesa			72,1%	70,3%	87,2%	69,2%	88,2%

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 (72%), registando-se nos últimos dois anos 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. 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. No estudo realizado pela primeira vez em Portugal sobre *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis*, os resultados apontam, em 2012, para uma taxa de *consumidores de alto risco de cannabis* muito semelhante à taxa estimada de *consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas*. Nos estudos mais recentes em populações escolares (2010 e 2011) constata-se uma tendência de aumento das prevalências de consumo de cannabis. Segundo vários estudos, a cannabis é a droga ilícita que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde, verificando-se nos estudos mais recentes um aumento do risco percebido associado a esse consumo.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, no contexto da procura de tratamento a cannabis surgiu em 2013, pelo segundo ano consecutivo, como a droga principal mais referida pelos novos utentes do ambulatório, constatando-se nos últimos anos aumentos no número de utentes que recorreram a tratamento tendo a cannabis como droga principal, o que poderá refletir a adequação de respostas às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população. A nível da mortalidade relacionada com o consumo de drogas, e no que se refere aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., a presença de cannabis continua a ser residual nos casos de *overdose*, sendo no entanto bastante mais expressiva nas mortes atribuídas a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), geralmente em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas. Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, a cannabis mantém um papel predominante e com visibilidade crescente em 2013, 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 percebida como a droga de maior acessibilidade. Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 não houve alterações relevantes nas percepções dos jovens portugueses de 15-24 anos sobre a acessibilidade à cannabis. A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2013 foi consolidado o predomínio crescente da cannabis, refletindo a prevalência do seu consumo no país: uma vez mais foi a substância que registou o maior número de apreensões e que envolveu o maior número de presumíveis infratores e de condenados na posse de drogas, representando os valores registados nos últimos cinco anos, os mais elevados desde 2002.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos mostram que o consumo de **cocaína** tem vindo a ganhar maior visibilidade. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), a cocaína surgiu como a terceira droga preferencialmente consumida na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis, registando-se uma diminuição das prevalências de consumo em relação a 2007. No estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*, as estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para um número estimado de consumidores recentes de cocaína superior ao de consumidores recentes de opiáceos. 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). Segundo o *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014, aumentou o risco percebido para a saúde associado ao consumo de cocaína, entre os jovens portugueses.

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso à cocaína entre os jovens portugueses de 15-24 anos. Nos vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2013 uma vez mais foi consolidada a posição da cocaína como a segunda droga com maior visibilidade a nível das apreensões policiais e condenações ao abrigo da Lei da Droga.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, evidenciam que o consumo de **heroína** tem vindo a perder relevância comparativamente a outras drogas. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), a heroína surgiu com prevalências de consumo muito residuais na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), verificando-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida e do consumo recente em relação a 2007. Também no estudo mais recente realizado em Portugal

sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*, as estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para um número estimado de consumidores recentes de opiáceos inferior ao de consumidores recentes de cocaína. 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 âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, no contexto da procura de tratamento, a heroína continua a ser, salvo algumas exceções (novos utentes em ambulatório e utentes das CT públicas), a droga predominante a nível da maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2013 às diferentes estruturas de tratamento da toxicod dependência, constatando-se no entanto, nos anos mais recentes, uma tendência para a diminuição do seu peso relativo face a outras drogas. As referências a outros opiáceos enquanto droga principal continuam a ser muito residuais. A nível da mortalidade relacionada com o consumo de drogas e no que se refere aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., a presença de opiáceos continua a ser predominante 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, pela primeira vez em 2013, o número de processos de heroína foi inferior ao de cocaína, passando a ser a terceira droga mais referenciada nesses processos.

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso à heroína entre os jovens portugueses de 15-24 anos. A nível dos indicadores relativos às apreensões policiais e condenações ao abrigo da Lei da Droga, constatou-se novamente em 2013 um decréscimo da visibilidade da heroína reforçando a quebra registada em 2011 e 2012, após o pico de 2009 e 2010 com alguns indicadores a registarem os valores mais elevados da década. É no entanto de referir, no que se reporta a outros opiáceos, que em 2013 surgiu o primeiro registo de apreensão de tebaína, tendo sido as quantidades apreendidas de codeína, de morfina e de ópio, as mais elevadas de sempre.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados mais recentemente, indicam uma maior visibilidade do consumo de **ecstasy**. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), o ecstasy surgiu como a segunda droga preferencialmente consumida na população total (15-64 anos) e na jovem adulta (15-34 anos), embora com prevalências muito inferiores às de cannabis. Entre 2007 e 2012 registou-se na população total uma estabilidade nas prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida e uma ligeira diminuição nos consumos recentes, e, diminuições de ambas as prevalências na população jovem adulta. 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. Segundo vários estudos, o ecstasy é, a seguir à cannabis, a droga ilícita que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde, verificando-se nos estudos mais recentes um aumento do risco percebido associado a esse consumo.

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

De acordo com os resultados do *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso ao ecstasy entre os jovens portugueses de 15-24 anos. No âmbito de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, o ecstasy continua a

apresentar valores pouco expressivos, apesar de, desde 2010 alguns indicadores relativos às apreensões policiais e condenações ao abrigo da Lei da Droga apresentarem valores superiores aos registados na segunda metade da década anterior.

Relativamente a **outras drogas**, nos resultados dos estudos epidemiológicos nacionais realizados recentemente na população geral 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. É de destacar, enquanto tendência emergente, embora ainda com valores residuais, a presença de drogas sintéticas a nível dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P.. As situações relacionadas com policonsumos continuam a ser relevantes nos vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos.

De acordo com os resultados do *Flash Eurobarometer*, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso às NSP comparativamente à média europeia.

A nível dos indicadores indiretos relativos ao domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2013 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 pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, seja pelas quantidades apreendidas, algumas substâncias estimulantes como a efedrina, o metilfenidato e as metanfetaminas. A posse de várias drogas assume particular importância nos vários indicadores no domínio da oferta, representando em 2013 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 Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁰³, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15-64 anos¹⁰⁴ 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 residente em Portugal verificou-se uma descida das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida¹⁰⁵ (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 consumo¹⁰⁶ 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 CAST¹⁰⁷, 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

¹⁰³ Balsa et al., 2014.

¹⁰⁴ 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 As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

¹⁰⁶ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁰⁷ O Teste *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), desenvolvido pelo Observatório Francês da Droga e Toxicodependência, é um questionário com 6 questões que procuram identificar padrões e comportamentos de risco associados ao uso de cannabis no último ano (Balsa et al., 2014).

(de 10,1% para 15%) e nos consumidores de cannabis jovens adultos (de 10,2% para 20,2%), e diminuindo as de consumo de risco elevado em ambos os grupos de consumidores (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 SDS¹⁰⁸, em 2012, cerca de 0,7 % da população de 15-64 anos residente em Portugal, apresentava sintomas de dependência do consumo de cannabis (0,6% em 2007), sendo a percentagem correspondente na população jovem adulta de 1,2% (1,1% em 2007). Se nos focarmos nos grupos de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, cerca de 24,5 % dos consumidores de 15-64 anos apresentavam dependência desse consumo (18,5% em 2007), sendo a percentagem correspondente nos consumidores de cannabis jovens adultos de 23,9% (18,5% em 2007). Entre 2007 e 2012 registaram-se aumentos nas proporções de consumidores de cannabis que apresentavam sintomas de dependência, sendo de destacar o aumento no grupo mais jovem (15-24 anos) de consumidores (9,8% em 2007 e 22,1% em 2012).

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

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

No estudo realizado pela primeira vez em Portugal sobre *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis*¹⁰⁹, os resultados apontam, em 2012, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem dos 7.0‰ para os consumidores de alto risco de cannabis. É de notar que a frequência de consumo não é determinante da perceção da existência de problemas atribuídos ao consumo de cannabis, pois apenas uma parte dos consumidores de alto risco de cannabis identifica problemas associados ao consumo desta substância e muito poucos declaram ter procurado, na sua vida, ajuda especializada relativamente a este consumo.

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and Drugs* em 2014¹¹⁰ –, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014 a cannabis continua a ser a droga ilícita que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde (34% para o *consumo ocasional* e 74% para o *consumo regular* de cannabis), constatando-se um aumento destas proporções relativamente a 2011 (24% e 64%, respetivamente para o *consumo ocasional* e *regular*). Em 2014, constata-se por parte dos jovens portugueses uma maior atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao

¹⁰⁸ O Severity of Dependence Scale (SDS) foi concebido para fornecer um pequeno teste – com 5 questões –, facilmente administrado, que pode ser usado para medir o grau de dependência psicológica experimentada pelos utilizadores de diferentes tipos de drogas ilícitas. A formulação dos itens pode ser adaptada a diferentes tipos de drogas e inclui instruções para que as respostas se devam referir a comportamentos e experiências durante um período de tempo específico (geralmente os últimos 12 meses/último ano). (Balsa et al., 2014).

¹⁰⁹ Carapinha et al., 2014.

¹¹⁰ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à perceção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

consumo ocasional e regular de cannabis, comparativamente às médias europeias (respetivamente 21% e 63%).

No contexto das **populações escolares**, foram realizados no ciclo estratégico 2005-2012 diversos estudos com representatividade nacional, e inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹¹¹ (6.º/8.º/10.º anos) e o INME¹¹² (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹¹³ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹¹⁴ (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 23 - 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	-
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., 2014; 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

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.

¹¹¹ 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).

¹¹² 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).

¹¹³ 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).

¹¹⁴ 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 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 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 2002-2006¹¹⁵. 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

¹¹⁵ 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.
Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

direta das idades. Entre 2007 e 2011, contrariamente à tendência de decréscimo entre 2003 e 2007¹¹⁶, registou-se um aumento destas prevalências de consumo em todas as idades (exceto as prevalências nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias nos alunos de 13 anos). É no entanto de referir que de um modo geral, a maioria destas prevalências de consumo continuam próximas das registadas em 2003.

No INME 2011, uma vez mais a cannabis destacou-se como a droga com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias entre os alunos do 3.º Ciclo (respetivamente 8,6%, 7,5% e 5,3%) e entre os do Secundário (28,2%, 23,4% e 15,9%). Entre 2006 e 2011, contrariamente à diminuição ocorrida entre 2001 e 2006, verificou-se um aumento das prevalências de consumo de cannabis tanto no 3.º Ciclo como no Secundário, e de um modo geral, com valores 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**, no ciclo estratégico 2005-2012 apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final desse ciclo¹¹⁷.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*¹¹⁸, 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 regular¹¹⁹ de cannabis (5,5% em 2001 e 7% em 2007).

No ciclo estratégico 2005-2012, foi realizado pela primeira vez em Portugal um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹²⁰. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹²¹.

¹¹⁶ 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.

¹¹⁷ Um novo estudo foi realizado no final de 2014, não estando ainda os dados disponíveis.

¹¹⁸ Torres et al., 2009.

¹¹⁹ *Todos os dias* no último mês na prisão.

¹²⁰ 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.

¹²¹ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

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

No âmbito de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, em 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**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹²², pelo segundo ano consecutivo a cannabis surgiu em 2013 como a droga principal mais referida (49%) pelos novos utentes do ambulatório, constatando-se nos últimos três anos aumentos no número de utentes que recorreram a tratamento ambulatório tendo a cannabis como droga principal. Tal poderá refletir a maior articulação dos vários serviços interventores com vista a adequar as respostas às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população. A sua expressão é bastante mais residual enquanto droga principal dos utentes das estruturas de internamento, com exceção das Comunidades Terapêuticas licenciadas, que nos últimos anos têm registado aumentos no número de utentes cuja droga principal é a cannabis (24% em 2013).

Quadro 24 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2011 – 2013

Consumos e Problemas relacionados			2011		2012		2013	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos								
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	1 078	5	1 207	6	1 463	7
		Novos Utentes	358	26	487	38	673	49
		Utentes Readmitidos	105	6	151	5	131	8
	Unidades de Desabituação	Utentes Públicas	21	2	17	2	19	2
		Utentes Licenciadas	3	2	1	2	6	7
	Comunidades Terapêuticas	Utentes Públicas	6	6	3	4	5	7
Utentes Licenciadas		388	14	425	17	552	24	
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	3	4 ^{d)}	18
Processos de Contraordenação	Só com Cannabis		4 934	76	6 212	78	6 652	82
	Cannabis +Outras Drogas		172	3	184	2	163	2

a) % relativa a cada indicador.

b) Dependência de drogas, toxicomania, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, Mortes relacionadas com drogas (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2013 não disponíveis.

c) Casos de overdose.

d) Os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2013 não estavam disponíveis à

¹²² Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

data de conclusão deste relatório, e por razões de "segredo estatístico"¹²³ 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 2013¹²⁴, em 18% das *overdoses* foi detetada a presença de cannabis – 4 casos, em associação com outras substâncias. Metade dos casos pertenciam ao grupo etário de 30-34 anos. Em 2012 e 2011, registaram-se respetivamente 1 e 3 casos de *overdose* com a presença de cannabis (todos em associação com metadona e outras substâncias não opiáceas), sendo que entre 2008 e 2010 não houve registo de casos de *overdose* com a presença de cannabis. Em relação às mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹²⁵ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), em 2013 a cannabis esteve presente em 65 destas mortes (40% do total), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas.

No contexto dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cannabis continua a assumir o papel da principal droga: cerca de 82% dos processos relativos às ocorrências de 2012 estavam relacionados apenas com cannabis, tendo sido de 78%, 76%, 71%, 76%, 68% e de 64%, as proporções correspondentes respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007. Relativamente a 2012, verificou-se um aumento de +7% no número de processos relacionados apenas com cannabis (6652), acréscimo ligeiramente superior ao registado a nível do total de processos (+2%). A cannabis também assume um papel relevante no contexto dos processos envolvendo a posse de várias drogas, estando em 2013, presente em 44% destes processos (2% do total de processos). O número de processos relacionados com cannabis, registaram nos últimos cinco anos os valores mais elevados da década, reforçando a tendência crescente iniciada ainda no âmbito do anterior quadro legal. Em 2013, uma vez mais predominaram em todos os distritos de Portugal Continental os processos de contraordenação relacionados só com cannabis, representando entre 69% (Viseu) e 93% (Castelo Branco) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2013. 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* realizado em 2011 e *Young People and Drugs* em 2014¹²⁶ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 49% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a cannabis num período de 24 horas (se desejado), proporção idêntica à registada em 2011. Em 2014, cerca de 39% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 7% *impossível*, tendo sido estas proporções de 30% e 15% em 2011.

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

¹²⁴ Os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

¹²⁵ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹²⁶ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de menor facilidade de acesso à cannabis (*relativamente fácil ou muito fácil* : média UE de 58%).

Nos resultados do ESPAD¹²⁷ 2003, 2007 e 2011, também a cannabis foi considerada pelos alunos de 16 anos como a droga de maior acessibilidade, mantendo-se muito idêntica essa perceção entre 2003 e 2011 (30% em 2011 e 29% em 2007 e 2003, referiram ser *fácil ou muito fácil* arranjar cannabis). Em 2011, os alunos portugueses tinham uma perceção de facilidade de acesso à cannabis muito semelhante à média europeia (29%).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹²⁸, 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 2013 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 haxixe¹²⁹ foi a substância que registou em 2013 o maior número de **apreensões** (3087), representando um ligeiro decréscimo (-6%) em relação a 2012, ano em que se registou o valor mais elevado desde 2002. Verifica-se uma tendência de aumento no número destas apreensões desde 2002 (apesar das quebras registadas em 2006 e 2007), registando-se os valores mais altos nos últimos cinco anos. O número de apreensões de cannabis herbácea em 2013 (764) também sofreu uma ligeira descida em relação a 2012 (-6%), ano que apresentou o valor mais alto desde 2002. Desde 2003 que se constata uma tendência de acréscimo no número destas apreensões, com os valores mais elevados a surgirem nos últimos cinco anos. É de evidenciar, enquanto indicador da produção a nível interno, as apreensões de plantas de cannabis, que registaram um aumento nos últimos cinco anos: entre 2009 e 2013 foram efetuadas 1572 apreensões, 354 das quais em 2013.

Em relação a 2012, as **quantidades** apreendidas de haxixe em 2013 diminuíram (-53%), registando as quantidades confiscadas de liamba um acréscimo (+94%). É de referir que se verificaram também aumentos importantes nas quantidades apreendidas de outras formas de cannabis herbácea¹³⁰, designadamente de plantas, cujas quantidades apreendidas adquiriram maior expressão nos últimos cinco anos (entre 2009 e 2012 foram apreendidas 36 009 plantas de cannabis, tendo sido 8462 apreendidas em 2013), e de sementes, cujas quantidades apreendidas em 2013 foram bastante expressivas (1,9 Kg. e 36 468 sementes).

¹²⁷ 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).

¹²⁸ Balsa et al., 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹²⁹ Os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

¹³⁰ Ver informação constante na nota a) do Quadro 97 do volume Anexo.

Cerca de 3% das apreensões de haxixe e 5% das de liamba envolveram **quantidades significativas**¹³¹, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, 72% da liamba e a quase totalidade do haxixe (99%) confiscados no país em 2013.

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 2013. 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%, 10% e 5% do total destas apreensões), e, no caso da cannabis herbácea, foram também os distritos de Lisboa (15%) e Porto (13%), seguidos da Região Autónoma dos Açores (10%) e dos distritos de Faro (9%) e Braga (8%).

Em termos de quantidades apreendidas, destacou-se novamente o distrito de Faro com 66% do total de haxixe confiscado, constatando-se uma maior dispersão geográfica nas quantidades apreendidas de liamba (as maiores proporções registaram-se nos distritos de Faro, Aveiro, Portalegre, Santarém e Açores, com 16%, 11%, 11%, 10% e 10% das quantidades apreendidas em 2013).

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 2013, tendo sido também relevante o transporte terrestre. No caso da liamba, destacou-se o transporte terrestre com as maiores quantidades confiscadas em 2013.

No que respeita aos **preços** médios¹³², comparativamente ao ano anterior não se registaram alterações relevantes do preço do haxixe (2,90 €/grama em 2013 e 3,03 €/grama em 2012), constatando-se uma tendência para a estabilidade desde 2002. Em relação à liamba (5,47 €/grama em 2013), apesar de não existir informação disponível sobre o preço médio nos três anos anteriores, o valor enquadra-se nos registados em 2008 e 2009.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua" das drogas apreendidas¹³³, a potência (% THC) média da cannabis apreendida em território nacional e particularmente da cannabis resina tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo em 2013 os valores médios mais elevados desde 2005.

¹³¹ Consideradas no caso da cannabis as quantidades iguais ou superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

¹³² 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.

¹³³ 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.

Quadro 25 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2011 – 2013

Indicadores Oferta			2011		2012		2013	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos								
Interpelações Policiais	Apreensões	Haxixe ^{b)}	3 093		3 298		3 087	
		Liamba	660		816		764	
	Quantidades Apreendidas (Kg)	Haxixe ^{b)}	14 633		18 314		8 689	
		Liamba ^{c)}	108		49		96	
	Preço Médio (grama)	Haxixe	3,12 €		3,03 €		2,90 €	
		Liamba ^{c)}	– ^{d)}		– ^{d)}		5,47 €	
Presumíveis Infratores								
Só com Cannabis		3 247	54	3 486	58	3 187	59	
Cannabis + Outras Drogas		772	13	717	12	834	15	
Condenações	Indivíduos Condenados							
	Só com Cannabis		1 050	44	1 058 ^{e)}	43	860 ^{e)}	49
Cannabis + Outras Drogas		258	11	325 ^{e)}	13	179 ^{e)}	10	

a) % relativa a cada indicador.

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

c) Não incluídas as quantidades apreendidas de liamba com outras unidades de medida/formas de apresentação (Quadro 97 em Anexo): em 2013, foram apreendidas 2,58 Kg de folhas, 8462 plantas, 1,88 Kg de sementes e mais 36 468 sementes de cannabis.

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

e) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados relativos a 2013 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2013 que deram entrada no SICAD entre 31/03/2014 e 31/03/2015.

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 cannabis (3187) em relação a 2012 (-9%), tal como ocorrido com o número total de presumíveis infratores (-10%). Os números de presumíveis infratores na posse só de cannabis registados nos cinco 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 (59%, 58%, 54%, 49%, 51%, 47% e 44%, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007). Uma vez mais, as situações relacionadas só com a posse de cannabis surgiram com bastante mais importância relativa no grupo de presumíveis traficantes-consumidores do que no de presumíveis traficantes. Nas situações envolvendo a posse de várias drogas, a cannabis vem também assumindo maior relevância nos últimos anos, estando em 2013, presente em 63% destas situações (15% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2013¹³⁴ foram condenados 860 indivíduos na posse apenas de cannabis, representando 49% do total daquelas condenações (43%, 44%, 42%, 37%, 36% e 36%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007). Desde 2003, e refletindo a evolução ocorrida a nível das interpelações policiais, que se constata nas condenações relacionadas só com uma droga o predomínio da cannabis em vez da heroína, como era habitual anteriormente. Tal como nos anos anteriores, as situações de posse apenas de cannabis surgiram com bastante mais importância relativa nos condenados por consumo do que nos outros grupos, apesar de também ter sido a substância predominante nos condenados por tráfico na posse de apenas uma droga. Nas condenações relacionadas com várias drogas, a cannabis também vem emergindo com maior visibilidade nos últimos anos, surgindo em 2013, em 41% destas situações (10% do total das condenações).

¹³⁴ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados relativos a 2013 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2013 que deram entrada no SICAD entre 31/03/2014 e 31/03/2015.

2. Cocaína

2.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos vários **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos, o consumo de cocaína tem tido maior visibilidade do que o de heroína, 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 Psicoativas 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.

No estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*¹³⁹, as estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 6.2 para os

¹³⁵ Balsa et al., 2014.

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 responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

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

¹³⁹ Ribeiro et al., 2014.

consumidores recentes de cocaína¹⁴⁰, sendo o número estimado de consumidores recentes de cocaína superior ao de consumidores recentes de opiáceos.

Relativamente às percepções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and Drugs* em 2014¹⁴¹ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, entre os jovens portugueses, a percepção de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional (uma ou duas vezes) de cocaína continua a ser superior (67%) comparativamente ao ecstasy e à cannabis, assim como em relação às novas substâncias psicoativas. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o consumo regular de cocaína (98%). Estas proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional e ao consumo regular de cocaína foram ligeiramente superiores às registadas entre os jovens portugueses em 2011 (respetivamente 65% e 94%) e também às médias europeias em 2014 (respetivamente 62% e 96%).

Nas **populações escolares**, foram realizados no ciclo estratégico 2005-2012 vários estudos nacionais, inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁴² (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁴³ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁴⁴ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁴⁵ (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.

¹⁴⁰ Não é possível a comparação com as estimativas nacionais realizadas em anos anteriores, uma vez que estas não eram desagregadas por tipo de substância.

¹⁴¹ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à percepção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

¹⁴² 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).

¹⁴³ 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).

¹⁴⁴ 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).

¹⁴⁵ O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

Quadro 26 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína ao Longo da Vida (%)
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	-	
População de Condutores	ECATD 15 anos	-	-	2,4	-	3,3	-	-	3,3	-	
	16 anos	-	-	2,5	-	3,3	-	-	2,8	-	
	17 anos	-	-	1,6	-	3,9	-	-	2,6	-	
	18 anos	-	-	1,4	-	3,8	-	-	2,4	-	
População de Condutores	Geral	-	-	-	-	-	0,03	-	-	-	
	Mortos em Acidentes de Viação	-	-	-	-	-	1,4	-	-	-	

Fonte: Balsa et al., 2014; 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, verificou-se um aumento da importância do consumo de cocaína relativamente a outras substâncias ilícitas, surgindo de um modo geral, como a segunda substância ilícita com maiores prevalências de consumo ao longo da vida. De um modo geral, constataram-se tendências de estabilidade e de decréscimo destas prevalências comparativamente aos estudos realizados entre 2001 e 2003, apesar de um dos estudos apontar para acréscimos sobretudo entre os alunos mais velhos.

Em 2006, nos resultados do HBSC/OMS e do INME uma vez mais a cocaína surgiu com prevalências de consumo superiores às de heroína e já muito próximas às do ecstasy. No HBSC/OMS, entre 2002 e 2006 verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida. 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 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**, no ciclo estratégico 2005-2012 apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final deste ciclo¹⁴⁶.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*¹⁴⁷, 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

¹⁴⁶ Um novo estudo foi realizado no final de 2014, não estando ainda os dados disponíveis.

¹⁴⁷ Torres et al., 2009.

substâncias ilícitas, verificou-se também no contexto de reclusão uma diminuição do consumo regular¹⁴⁸ de cocaína (1,9% em 2001 e 0,8% em 2007).

No ciclo estratégico 2005-2012, foi realizado pela primeira vez em Portugal um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹⁴⁹. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹⁵⁰.

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 2013 uma vez mais foi consolidada a tendência de maior visibilidade da cocaína manifestada desde a segunda metade da década anterior.

No âmbito da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁵¹, de um modo geral, a cocaína¹⁵² surge como a segunda droga principal mais referida pelos grupos de utentes que em 2013 estiveram nas diferentes estruturas de tratamento da toxicod dependência (entre 7% e 61%), sendo já, pelo segundo ano consecutivo, a droga ilícita mais referida pelos utentes das CT públicas. Nos últimos três anos por comparação com os anos anteriores, verifica-se uma tendência de aumento nas proporções de utentes com a cocaína como droga principal, a nível de quase todas estruturas de tratamento.

¹⁴⁸ Todos os dias no último mês na prisão.

¹⁴⁹ 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.

¹⁵⁰ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

¹⁵¹ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

¹⁵² Inclui cocaína e base de cocaína.

Quadro 27 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos

2011 – 2013

Consumos e Problemas relacionados			2011		2012		2013								
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}							
Indicadores Indiretos	Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)		Utentes em Tratamento Ano		Cocaína		1 151	5	1 375	6	1 454	7		
						Cocaína + Heroína		30	0,1	54	0,1	69	0,3		
				Novos Utentes		Cocaína		210	15	223	18	239	17		
						Cocaína + Heroína		3	0,2	13	1	10	1		
				Utentes Readmitidos		Cocaína		132	7	215	7	149	9		
						Cocaína + Heroína		5	0,3	14	0,5	7	0,4		
				Unidades de Desabilitação		Públicas		Cocaína		134	14	147	18	164	20
								Cocaína + Heroína		27	3	23	3	23	3
						Licenciadas		Cocaína		23	17	9	16	14	17
								Cocaína + Heroína		..		..		..
				Comunidades Terapêuticas		Públicas		Cocaína		42	42	45	60	42	61
								Cocaína + Heroína		1	1	1	1	1	1
						Licenciadas		Cocaína		771	28	719	28	643	28
								Cocaína + Heroína		83	3	71	3	48	2
		Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		..		..		-			
Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P.	Só com Cocaína		2	11	3	10	.. ^{d)}								
	Cocaína + Outras		3	16	12	41	8 ^{d)}	36							
Processos de Contraordenação	Só com Cocaína		461	7	615	8	501	6							
	Cocaína + Outras Drogas		341	5	360	5	283	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. Dados de 2013 não disponíveis.

c) Casos de overdose.

d) Os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2013 não estavam disponíveis à data de conclusão deste relatório, e por razões de “segredo estatístico”¹⁵³ 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 2013¹⁵⁴ foi detetada a presença de cocaína em 36% das 22 overdoses (52%, 26%, 50%, 43% e 54%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008) – 8 casos em associação com outras substâncias, em particular benzodiazepinas e metadona. A quase totalidade dos casos de overdose com a presença de cocaína pertenciam ao sexo masculino (88%) e a maioria (75%) a grupos etários acima dos 39 anos. Em relação às mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁵⁵ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), em 2013 a cocaína esteve presente em 22 destas mortes (14% do total), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas.

No âmbito dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cocaína continua a surgir com uma importante inferioridade numérica comparativamente à cannabis, mas, pela

¹⁵³ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.¹⁵⁴ Os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.¹⁵⁵ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

primeira vez desde 2001, o número de processos de cocaína foi superior ao de heroína, passando a ser a segunda droga mais referenciada nesses processos. O número de processos relacionados apenas com cocaína (501), representaram 6% do total de processos relativos às ocorrências de 2013, proporção semelhante às registadas nos últimos anos (8%, 7%, 7%, 6%, 8%, 8% e 7%, em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007). Em relação a 2012, o número de processos relacionados só com cocaína registou um decréscimo de -19%, contrariamente ao ligeiro acréscimo registado no total de processos de contraordenação (+2%). Nos processos envolvendo várias drogas, uma vez mais a presença da cocaína é predominante, estando presente em 76% destes processos (4% do total de processos relativos às ocorrências de 2013). Os processos de contraordenação relacionados só com cocaína representaram entre 0% (Castelo Branco) e 11% (Coimbra) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2013. 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.

2.2. Oferta

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and Drugs* em 2014¹⁵⁶ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 28% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a cocaína num período de 24 horas (se desejado), proporção superior à registada em 2011 (23%). Em 2014, cerca de 55% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 11% *impossível*, tendo sido estas proporções de 48% e 21% em 2011.

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, a facilidade percebida de acesso à cocaína era ligeiramente superior entre os jovens portugueses (*relativamente fácil ou muito fácil* : média UE de 25%).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal 2012*¹⁵⁷, 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 2013, uma vez mais foi consolidada a posição da cocaína como a segunda droga com maior visibilidade a nível das apreensões policiais e condenações ao abrigo da Lei da Droga.

Em 2012, tal como vem sucedendo desde 2005 e contrariamente aos anos anteriores, o **número de apreensões** de cocaína (1108) foi superior ao de heroína, apesar do decréscimo pelo terceiro ano consecutivo (-11% em relação a 2012). 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 a partir de 2011, com o número de apreensões de cocaína em 2013 a representar o valor mais baixo desde 2005.

¹⁵⁶ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

¹⁵⁷ Balsa et al., 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

As **quantidades apreendidas** diminuíram pela primeira vez nos últimos cinco anos em relação ao ano anterior (-39%), registando o valor mais baixo desde 2002. Cerca de 24% das apreensões de cocaína envolveram **quantidades significativas**¹⁵⁸, representando no entanto, em termos de quantidades apreendidas, a quase totalidade (acima dos 99%) da cocaína confiscada no país em 2013.

As apreensões de crack continuam a ser residuais, com uma quantidade de 0,4g confiscada no distrito de Faro em 2013.

Quanto às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destacaram-se, em termos das quantidades apreendidas, a Colômbia, o Brasil e a Venezuela como os principais países de proveniência da cocaína apreendida em Portugal em 2013 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, 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 2013 com o maior número de apreensões de cocaína (47% e 26% do total destas apreensões), tendo sido o distrito de Lisboa que registou as maiores quantidades de cocaína apreendida (68% 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 2013, tendo sido também relevante o transporte aéreo.

O **preço** médio¹⁵⁹ da cocaína em 2013 não apresentou alterações relevantes comparativamente a 2012 (47,00 €/grama em 2013 e 48,01 €/grama em 2012), registando os cinco últimos anos os valores mais elevados desde 2002.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses realizadas no LPC/PJ a “amostras de rua”¹⁶⁰ das drogas apreendidas¹⁶¹, constata-se que o grau de pureza médio da cocaína em pó (sal hidrocloreto, HCl) registou, em 2013, um aumento relativamente aos dois anos anteriores, apesar de se manter inferior aos verificados entre 2006 e 2010.

¹⁵⁸ Consideradas no caso da cocaína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

¹⁵⁹ 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.

¹⁶⁰ Embalagens com um peso líquido inferior a 1g.

¹⁶¹ 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.

Quadro 28 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2011 - 2013

Indicadores da Oferta		2011		2012		2013	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	1 386		1 238		1 108	
	Quantidades Apreendidas (kg)^{b)}	3 678		4 020		2 440	
	Preço Médio (grama)^{b)}	50,07 €		48,01 €		47,00 €	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Cocaína	678	11	673	11	591	11
	Cocaína+ Outras Drogas	1 253	21	1 136	19	1 035	19
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Cocaína	355	15	383 ^{c)}	16	257 ^{c)}	15
	Cocaína+ Outras Drogas	559	23	653 ^{c)}	26	352 ^{c)}	20

a) % relativa a cada indicador.

b) Não incluídas as quantidades apreendidas de cocaína com outras unidades de medida/formas de apresentação (Quadro 97 em Anexo); em 2013, 4 g de crack e 173 g de folhas de coca.

c) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados relativos a 2013 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2013 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2014 e 31/03/2015.

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 (591) foi inferior ao do ano anterior (-12%), tal como ocorrido com o número total de presumíveis infratores (- 10%). Nos últimos cinco anos registaram-se os números mais elevados desde 2002 de presumíveis infratores na posse de cocaína, e pelo oitavo 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 da década anterior (11% em 2013, 2012, 2011 e 2010, e, 10%, 11% e 12%, em 2009, 2008 e 2007). 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 2013 e tal como sucedido nos últimos anos, a presença de cocaína foi predominante, surgindo em 78% destas situações (19% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2013¹⁶² foram condenados 257 indivíduos na posse só de cocaína, representando 15% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (16% em 2012, 15% em 2011, e 16% em 2010, 2009, 2008 e 2007). Desde 2006 que o número destas condenações é superior ao das condenações envolvendo apenas heroína, consolidando assim a tendência verificada nos últimos anos de maior visibilidade da cocaína nestes circuitos. À semelhança dos anos anteriores e tal como ocorrido com os presumíveis infratores, as situações relacionadas apenas com a posse de cocaína continuam a ter uma maior importância relativa nos condenados por tráfico do que nos outros grupos. Nas condenações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, em 2013, a cocaína surgiu em 80% destas situações (20% do total das condenações).

¹⁶²De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados de 2013 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2013 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2014 e 31/03/2015.

3. Heroína / Opiáceos

3.1. Consumos e Problemas relacionados

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

Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁶³, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos¹⁶⁴ 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 vida¹⁶⁵ 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 consumo¹⁶⁶ 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 estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*¹⁶⁷, as estimativas de 2012 apontam, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 4.9 para os

¹⁶³ Balsa et al., 2014.

¹⁶⁴ 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.

¹⁶⁵ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

¹⁶⁶ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁶⁷ Ribeiro et al., 2014.

consumidores recentes de opiáceos¹⁶⁸, sendo o número estimado de consumidores recentes de opiáceos inferior ao de consumidores recentes de cocaína.

No contexto das **populações escolares**, realizaram-se no ciclo estratégico 2005-2012 vários estudos nacionais, inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁶⁹ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁷⁰ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁷¹ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁷² (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 29 - 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	-	
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., 2014; 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,

¹⁶⁸ Não é possível a comparação com as estimativas nacionais realizadas em anos anteriores, uma vez que estas não eram desagregadas por tipo de substância.

¹⁶⁹ 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).

¹⁷⁰ 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).

¹⁷¹ 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).

¹⁷² O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 (Feijão & Lavado, 2006; Feijão, 2009) e 2011 (Feijão et al., 2012).

constataram-se tendências de estabilidade e de decréscimo destas prevalências, apesar de um dos estudos 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.

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**, no ciclo estratégico 2005-2012 apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final deste ciclo¹⁷³.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*¹⁷⁴, 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 restantes substâncias ilícitas, verificou-se também no contexto de reclusão uma diminuição do consumo regular¹⁷⁵ de heroína (5,3% em 2001 e 2,7% em 2007).

No ciclo estratégico 2005-2012 foi realizado pela primeira vez em Portugal, um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)¹⁷⁶. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011¹⁷⁷.

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 2013, 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. No entanto, persiste a tendência de decréscimo da sua importância relativa a nível do tratamento da toxicodependência (não sendo já a principal droga a nível dos utentes de algumas estruturas) e dos processos de contraordenação por consumo de drogas (pela primeira vez em 2013, o número de processos de heroína foi inferior ao de cocaína, deixando de ser a segunda droga mais referenciada nesses processos).

No contexto da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁷⁸, uma vez mais a heroína surgiu como a droga

¹⁷³ Um novo estudo foi realizado no final de 2014, não estando ainda os dados disponíveis.

¹⁷⁴ Torres et al., 2009.

¹⁷⁵ *Todos os dias* no último mês na prisão.

¹⁷⁶ 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.

¹⁷⁷ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

¹⁷⁸ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

predominante a nível da maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2013 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, com exceção dos novos utentes em ambulatório e dos utentes das Comunidades Terapêuticas públicas. No entanto, persiste nos anos mais recentes a tendência para a diminuição no número de utentes que recorrem a tratamento tendo a heroína como droga principal. As referências a outros opiáceos enquanto droga principal são inferiores ou iguais a 1% nestas populações que recorreram em 2013 às estruturas de tratamento da toxicodependência, com exceção dos utentes das UD públicas (3%).

Quadro 30 – Opiáceos: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2011-2013

Consumos e Problemas relacionados			2011		2012		2013		
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	
Indicadores Indiretos	Ambulatório (Rede Pública)								
	Utentes em Tratamento Ano	Heroína	18 609	84	18 098	84	17 112	82	
		Heroína + Cocaína	30	0,1	54	0,2	69	0,3	
		Outros Opiáceos	151	1	150	1	152	1	
	Novos Utentes	Heroína	696	51	430	34	355	26	
		Heroína + Cocaína	3	0,2	13	1	10	1	
		Outros Opiáceos	25	2	22	2	16	1	
	Utentes Readmitidos	Heroína	1 518	83	2 487	83	1 231	77	
		Heroína + Cocaína	5	0,3	14	0,5	7	0,4	
		Outros Opiáceos	20	1	13	0,4	15	1	
	Procura Tratamento: Droga Principal	Unidades de Desabilitação							
		Públicas	Heroína	723	75	565	70	530	66
			Heroína + Cocaína	27	3	23	3	23	3
			Outros Opiáceos	15		19	2	24	3
		Licenciadas	Heroína	104	78	42	75	56	69
			Heroína + Cocaína	
			Outros Opiáceos	1	1	1	2	1	1
		Comunidades Terapêuticas							
		Públicas	Heroína	49	49	23	31	16	23
			Heroína + Cocaína	1	1	1	1	1	1
Outros Opiáceos			..		..		..
Licenciadas		Heroína	1 442	52	1 227	48	978	42	
	Heroína + Cocaína	83	3	71	3	48	2		
	Outros Opiáceos	10	0,4	10	0,4	10	0,4		
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		..		..		..
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Opiáceos ^{d)}	1	5	1	3	1 ^{e)}	5	
		Opiáceos ^{d)} + Outras	7	37	13	45	9 ^{e)}	41	
		Só com Metadona	1	5	2	7	.. ^{e)}		
		Metadona + Outras	9	47	7	24	6 ^{e)}	27	
		Só com Buprenorfina	..		..		..^{e)}	
		Buprenorfina + Outras	..		..		1 ^{e)}	5
Processos de Contraordenação	Só com Heroína		610	9	628	8	467	6	
	Heroína + Outras Drogas		309	5	299	4	244	3	

a) % relativa a cada indicador.

b) Dependência de drogas, toxicomania, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, Mortes relacionadas com drogas (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2013 não disponíveis.

c) Casos de overdose.

d) Inclui heroína, morfina e codeína.

e) Os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2013 não estavam disponíveis à data de conclusão deste relatório, e por razões de “segredo estatístico”¹⁷⁹ 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., cerca de 46% das 22 *overdoses* registadas em 2013¹⁸⁰ (48%, 42%, 73%, 88% e 82%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008) foi detetada a presença de opiáceos¹⁸¹ – 10 casos, dos quais 9 em associação com outras substâncias lícitas e/ou ilícitas. A metadona estava presente em cerca de 31% das *overdoses* (31%, 53%, 15%, 4% e 9%, em 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008) – 6 casos em associação com outras substâncias não opiáceas. Pela primeira vez em 2013, foi detetada a presença de buprenorfina num caso de *overdose*, em associação com opiáceos e outras substâncias não opiáceas.

A maioria dos casos de *overdose* com a presença quer de opiáceos (90%), quer de metadona (67%), bem como o único caso com buprenorfina, pertenciam ao sexo masculino. Cerca de 30% dos casos de *overdose* com opiáceos surgiram no grupo etário de 35-39 anos, 30% entre os 25 e 34 anos e 40% acima dos 39 anos. Os casos, seja com a presença de metadona, seja com a de buprenorfina, surgiram em grupos etários acima dos 39 anos.

Em relação às mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁸² a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), em 2013, os opiáceos e a metadona estiveram presentes respetivamente em 72 casos (44%) e 27 casos (17%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas.

No contexto dos **processos de contraordenação por consumo de drogas** que envolvem apenas uma droga, a heroína continua a ter um peso bastante inferior ao da cannabis, e, pela primeira vez desde 2001, o número de processos de heroína foi inferior ao de cocaína, deixando de ser a segunda droga mais referenciada nesses processos. Em 2013, os processos relacionados apenas com heroína (467) representaram 6% do total de processos relativos às ocorrências desse ano (8%, 9%, 14%, 11%, 14% e 17%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007). Em relação a 2012 verificou-se um decréscimo de processos relacionados apenas com heroína (-26%), contrariamente ao ligeiro acréscimo registado a nível do total de processos (+2%). Nos processos envolvendo várias drogas, a heroína continua a ter uma maior relevância do que a cannabis, embora já menor do que a cocaína, estando em 2013 presente em 65% destes processos (3% do total de processos). Os processos relacionados só com heroína representaram entre 0% (Portalegre) e 18% (Bragança e Viseu) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2013. Em valores absolutos, tal como ocorrido no ano anterior, foram os distritos do Porto e Faro que registaram os números mais elevados de processos relacionados só com heroína.

¹⁷⁹ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

¹⁸⁰ Os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

¹⁸¹ Inclui heroína, morfina e codeína.

¹⁸² Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

3.2. Oferta

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and Drugs* em 2014¹⁸³ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 24% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a heroína num período de 24 horas (se desejado), proporção superior à registada em 2011 (18%). Em 2014, cerca de 58% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 13% *impossível*, tendo sido estas proporções de 47% e 24% em 2011.

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso à heroína (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 13%).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁸⁴, cerca de 79% dos consumidores de heroína (ao longo da vida) consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 6% consideraram ser *muito difícil*.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2013 constatou-se novamente uma diminuição da visibilidade da heroína, reforçando assim a quebra registada em 2012 e 2011, após o pico pontual em 2009 e 2010 em que alguns indicadores registaram os valores mais elevados da década.

Em 2013, tal como vem sucedendo desde 2005 e contrariamente aos anos anteriores, o número de **apreensões** de heroína (792) foi inferior ao de cocaína, representando o valor mais baixo de sempre. Comparativamente a 2013, verificou-se uma diminuição (-18%) 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 2013 diminuíram em relação ao ano anterior (-15%), constatando-se de um modo geral, uma diminuição das quantidades apreendidas de heroína na segunda metade da década anterior comparativamente à primeira. Cerca de 7% das apreensões de heroína envolveram **quantidades significativas**¹⁸⁵, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, a quase totalidade da heroína (91%) apreendida no país em 2013.

No que respeita a outras substâncias opiáceas, em 2013 surgiu o primeiro registo de apreensão de tebaína (21,25Kg). Tal como nos anos anteriores, em 2013 registaram-se apreensões de metadona (0,4g, 110 comprimidos e 29 frascos) e de buprenorfina (106 comprimidos), tendo sido as quantidades apreendidas de codeína (73,2Kg), de morfina

¹⁸³ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

¹⁸⁴ Balsa et al., 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

¹⁸⁵ Consideradas no caso da heroína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

(18,85Kg) e de ópio (6,55Kg), as mais elevadas de sempre. Em contrapartida, o número de plantas de ópio apreendidas em 2013 (16 plantas) registou o valor mais baixo desde 2007¹⁸⁶.

Relativamente às **rotas**, no âmbito do tráfico internacional, destacou-se a Holanda como o principal país de proveniência da heroína confiscada em Portugal em 2013 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 (ambos os distritos com 28% do total destas apreensões), sendo no entanto a Região Autónoma dos Açores e o distrito de Lisboa que registaram a maioria da heroína apreendida no país em 2013 (respetivamente 36% e 26% do total confiscado). Em 2013, as apreensões de metadona ocorreram em Braga, Porto, Beja e Portalegre, e as de buprenorfina ocorreram nos Açores, Lisboa, Porto e Viseu, com as maiores quantidades apreendidas na Ilha de São Miguel. As apreensões de tebaína, de codeína e de morfina registaram-se apenas no distrito de Lisboa. Relativamente ao ópio, as apreensões registaram-se também no distrito de Lisboa, sendo que as apreensões de plantas ocorreram nos distritos de Lisboa e de Faro.

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 2013, tendo sido também relevante o transporte aéreo.

O **preço** médio¹⁸⁷ da heroína registou uma vez mais uma descida comparativamente a 2012 (25,64 €/grama em 2013 e 28,04 €/grama em 2012), representando o valor mais baixo desde 2002. Apesar das flutuações anuais, verifica-se desde 2002 uma tendência de decréscimo do preço médio da heroína.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises forenses realizadas no LPC/PJ a “amostras de rua”¹⁸⁸ das drogas apreendidas¹⁸⁹, o grau de pureza médio da heroína castanha (forma mais comum em Portugal) mantém-se estável nos últimos três anos, embora com valores inferiores aos registados nos anos anteriores.

¹⁸⁶ Ver informação sobre quantidades apreendidas anualmente na nota a) do Quadro 97 do volume Anexo.

¹⁸⁷ 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.

¹⁸⁸ Embalagens com um peso líquido inferior a 1g.

¹⁸⁹ 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.

Quadro 31 - Heroína: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2011 - 2013

Indicadores da Oferta		2011		2012		2013	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	1 169		971		792	
	Quantidades Apreendidas (kg)	73		66		55	
	Preço Médio (grama)	35,74 €		28,04 €		25,64 €	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Heroína	486	8	427	7	314	6
	Heroína + Outras Drogas	1 151	19	987	16	896	16
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Heroína	259	11	252 ^{b)}	10	183 ^{b)}	10
	Heroína + Outras Drogas	598	25	624 ^{b)}	25	357 ^{b)}	20

a) % relativa a cada indicador.

b) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados relativos a 2013 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2013 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2014 e 31/03/2015.

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 (314) em relação a 2012 (-27%), acima da diminuição registada a nível do número total de presumíveis infratores (-10%). 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 2013 o valor mais baixo de sempre. Esta tendência é também expressa na evolução das proporções de presumíveis infratores na posse só de heroína no total de presumíveis infratores: 6%, 7%, 8%, 11%, 12%, 11% e 12% dos casos, respetivamente em 2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007. Nas situações de posse simultânea de várias drogas, a presença de heroína continua a ser bastante relevante embora já não predominante, estando em 2013 presente em 68% destas situações (16% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2013¹⁹⁰ foram condenados 183 indivíduos na posse apenas de heroína, representando 10% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (10% em 2012, 11% em 2011, 12% em 2010, 2009 e 2008, e 15% em 2007). Desde 2003 que a heroína deixou de ser a principal substância nas situações relacionadas apenas com uma droga a favor da cannabis, e desde 2006 que o número destas condenações passou a ser inferior ao das condenações envolvendo só cocaína. Nas situações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, a heroína surge em 2013, em 82% destas situações (20% do total das condenações).

¹⁹⁰ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados de 2013 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2013 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2014 e 31/03/2015.

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 Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁹¹, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15-64 anos¹⁹² 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 vida¹⁹³ (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 consumo¹⁹⁴ 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 *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and Drugs* em 2014¹⁹⁵ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em

¹⁹¹ Balsa et al., 2014.

¹⁹² 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.

¹⁹³ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

¹⁹⁴ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁹⁵ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014. Privilegiou-se os resultados deste estudo sobre os indicadores relativos à perceção do risco do consumo de drogas ilícitas no contexto da população geral (no grupo da população jovem), uma vez que foi a fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

2014, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* (uma ou duas vezes) de ecstasy continua a ser superior (57%) comparativamente à cannabis, sendo mais semelhante em relação às novas substâncias psicoativas. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o *consumo regular* de ecstasy (93%). Estas proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* e ao *consumo regular* de ecstasy foram superiores às registadas entre os jovens portugueses em 2011 (respetivamente 51% e 89%) e idênticas às médias europeias em 2014.

Nas **populações escolares**, foram realizados no ciclo estratégico 2005-2012 diversos estudos nacionais, inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS¹⁹⁶ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME¹⁹⁷ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD¹⁹⁸ (alunos de 16 anos) e o ECATD¹⁹⁹ (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 32 - 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	-
	ECATD 13 anos	-	-	1,5	-	0,9	-	1,1	-
	ECATD 14 anos	-	-	3,1	-	1,5	-	1,7	-
ECATD 15 anos	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., 2014; 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

¹⁹⁶ 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).

¹⁹⁷ 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).

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, 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 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 perceções 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**, no ciclo estratégico 2005-2012 apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a sua replicação prevista para o final deste ciclo²⁰⁰.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*²⁰¹, 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 regular²⁰² 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 residual. No entanto, desde 2011 que se constata um pouco mais de visibilidade a nível de alguns indicadores, designadamente nas mortes e nos processos de contraordenação por consumo de drogas.

Quadro 33 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2011 – 2013

Consumos e Problemas relacionados			2011		2012		2013		
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	
Indicadores Indiretos	Procura Tratamento: Droga principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	16	0,1	16	0,1	19	0,1
			Novos Utentes	4	0,3	5	0,4	5	0,4
			Utentes Readmitidos	3	0,2	1	0,03	..	..
		Unidades de Desabilitação	Utentes Públicas	..	..	..	..	1	0,1
		Comunidades Terapêuticas	Utentes Licenciadas	..	..	..	..	..	..
			Utentes Licenciadas	..	..	11	0,4	11	0,5
Mortalidade		Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}	..	..	..	..	..	..
		Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Ecstasy	..	..	1	3	.. ^{d)}	.. ^{d)}
			Ecstasy + Outras	1	5	..	..	2 ^{d)}	9
Processos de Contraordenação			Só com Ecstasy	24	0,4	30	0,4	32	0,4
			Ecstasy + Outras Drogas	42	0,6	44	0,6	38	0,5

a) % relativa a cada indicador.

b) Dependência de drogas, toxicomania, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, e, Mortes relacionadas com drogas (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2013 não disponíveis.

c) Casos de overdose.

d) Os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

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

²⁰⁰ Um novo estudo foi realizado no final de 2014, não estando ainda os dados disponíveis.

²⁰¹ Torres et al., 2009.

²⁰² Todos os dias no último mês na prisão.

No âmbito da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas²⁰³, as referências ao ecstasy enquanto droga principal continuam a ser muito residuais, variando entre os 0% e os 0,5% nos grupos de utentes que em 2013 estiveram em tratamento nas diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2013 não estavam disponíveis à data de conclusão deste relatório, e por razões de "segredo estatístico"²⁰⁴ 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 2013²⁰⁵ registaram-se 2 casos de overdose com a presença de ecstasy em associação com outras substâncias não opiáceas. Nos dois anos anteriores houve um registo de overdose com a presença de ecstasy em cada um dos anos, 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 atribuídas²⁰⁶ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), em 2013 foi registada a presença de ecstasy em 3 destas mortes.

Também nos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, o ecstasy continua a surgir com valores residuais, apesar do ligeiro aumento registado nos últimos três anos. Em 2013 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 (32) um aumento de +7% relativamente a 2012, acréscimo ligeiramente superior ao verificado a nível do total de processos (+2%). Nos processos envolvendo várias drogas, em 2013, o ecstasy esteve presente em 10% destes processos (0,5% do total de processos). Nos distritos em que foram abertos processos de contraordenação relativos às ocorrências de 2013 relacionadas só com ecstasy, estes representaram para a maioria das CDT menos de 1% dos processos relativos às ocorrências de 2013. Em termos absolutos, foram os distritos do Porto e Lisboa que registaram os maiores números de processos relacionados só com ecstasy (respetivamente 8 e 7 processos).

4.2. Oferta

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* realizado em 2011 e *Young People and Drugs* em 2014²⁰⁷ -, realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 26% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a ecstasy num período de 24 horas (se desejado), proporção superior à registada em 2011 (22%). Em 2014, cerca de 58% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 10% *impossível*, tendo sido estas proporções de 49% e 20% em 2011.

²⁰³ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

²⁰⁴ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

²⁰⁵ Os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

²⁰⁶ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

²⁰⁷ [The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.](#)

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, a facilidade percebida de acesso a ecstasy era ligeiramente superior entre os jovens portugueses (*relativamente fácil ou muito fácil* : média UE de 23%).

Nos resultados do ESPAD²⁰⁸ 2003, 2007 e 2011 também o ecstasy foi considerado pelos alunos de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis, diminuindo a facilidade percebida de acesso entre 2003 e 2011 (respetivamente 15%, 16% e 21%, em 2011, 2007 e 2003, referiram ser *fácil* ou *muito fácil* arranjar ecstasy). No entanto, comparativamente à média europeia em 2011 (13%), os alunos portugueses declararam maior facilidade de acesso.

Nos resultados do III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*²⁰⁹, cerca de 69% dos consumidores de ecstasy (ao longo da vida) consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 10% consideraram ser *muito difícil*.

No âmbito de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, o ecstasy continua a apresentar valores pouco expressivos.

Em 2013 registaram-se 80 **apreensões** de ecstasy, representando um decréscimo de -21% em relação ao ano anterior. É de referir que esta diminuição surge após o aumento consecutivo nos três anos anteriores no número destas apreensões, contrariamente à tendência de decréscimo verificada entre 2006 e 2009.

As **quantidades** de ecstasy²¹⁰ confiscado em 2013 também registaram um decréscimo em relação ao ano anterior (- 80%). Em 2013, cerca de 8% das apreensões de ecstasy envolveram **quantidades significativas**²¹¹, representando no entanto, em termos de quantidades apreendidas, a grande maioria (86%) 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 2013 e com informação em matéria de rotas, destinando-se na sua maior parte ao mercado interno. Os distritos de Lisboa, de Portalegre e do Porto, foram os que registaram os maiores números de apreensões de ecstasy (respetivamente 18%, 18% e 14% do total destas apreensões), destacando-se em termos das quantidades apreendidas o distrito do Porto, com 62% do total confiscado no país em 2013.

Entre os meios utilizados no **transporte** do ecstasy apreendido, destacou-se a via postal com as maiores quantidades confiscadas em 2013, seguida do transporte terrestre.

²⁰⁸ 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).

²⁰⁹ Balsa et al., 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

²¹⁰ As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria 94/96 de 26 de Março. Em 2013, foram apreendidos 1239,4 g de ecstasy moído e 2160 comprimidos.

²¹¹ Consideradas no caso do ecstasy as quantidades iguais ou superiores a 250 comprimidos, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

Em 2013, tal como nos dois anos anteriores, não existe informação disponível sobre o **preço**²¹² médio do ecstasy.

Em relação ao **grau de pureza**, os resultados das análises forenses realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua" das drogas apreendidas²¹³, indiciam um aumento do grau de pureza médio dos comprimidos de ecstasy nos últimos anos, apesar de o escasso número de lotes analisados exigir cautelas na leitura destes dados.

Quadro 34 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2011 - 2013

Indicadores da Oferta		2011		2012		2013	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	95		101		80	
	Quantidades Apreendidas^{b)} (kg)	7 791		73 887		14 554	
	Preço Médio (grama)	- ^{c)}		- ^{c)}		- ^{c)}	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Ecstasy	17	0,3	17	0,3	8	0,1
	Ecstasy + Outras Drogas	137	2	162	3	135	2
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Ecstasy	12	0,5	3 ^{d)}	0,1	9 ^{d)}	0,5
	Ecstasy + Outras Drogas	26	1	36 ^{d)}	1	34 ^{d)}	2

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 2013, foram apreendidos 1239,4 g de ecstasy moído e 2160 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 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados relativos a 2013 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2013 que deram entrada no SICAD entre 31/03/2014 e 31/03/2015.

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

A nível das **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, uma vez mais em 2013 o número de presumíveis infratores só na posse de ecstasy (8) foi menos de 1% do total de presumíveis infratores. Este número representou um decréscimo de -53% em relação ao ano anterior e o valor mais baixo de sempre. Nas situações envolvendo várias drogas, o ecstasy adquire um pouco mais de visibilidade, surgindo em 2013, em 10% destas situações (2% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2013²¹⁴ foram condenados 9 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 2013, presente em 8% destas situações (2% do total das condenações).

²¹² 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.

²¹³ 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.

²¹⁴ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados relativos a 2013 ainda sofrerão atualizações no próximo ano, com a inclusão das decisões que deram entrada no SICAD entre 31/03/2014 e 31/03/2015.

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 III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral* ²¹⁵, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos²¹⁶ residente em Portugal.

Entre 2007 e 2012, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida²¹⁷ 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 consumo²¹⁸ 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 no Alentejo e nos Açores. Quanto ao consumo de LSD, destacou-se Lisboa com prevalências ao longo da vida e últimos 12 meses acima da

²¹⁵ Balsa et al., 2014.

²¹⁶ 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.

²¹⁷ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

²¹⁸ 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.

Relativamente às perceções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas, segundo os resultados do *Flash Eurobarometer* realizado entre os jovens europeus de 15-24 anos – *Young People and Drugs* em 2014²¹⁹ -, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional (*uma ou duas vezes*) de novas substâncias psicoativas foi superior (55%) comparativamente à cannabis, e mais semelhante em relação ao ecstasy. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o consumo regular de novas substâncias psicoativas (92%). Estas proporções foram próximas às médias europeias (respetivamente 57% e 87%).

Nas **populações escolares**, foram realizados no ciclo estratégico 2005-2012 diversos estudos nacionais, inseridos em projetos iniciados antes de 2005: em 2006, o HBSC/OMS²²⁰ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e o INME²²¹ (3.º Ciclo e Secundário), em 2007, o ESPAD²²² (alunos de 16 anos) e o ECATD²²³ (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 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

²¹⁹ DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

²²⁰ 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).

²²¹ 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).

²²² 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).

²²³ 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).

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 alucinogénios²²⁴ 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 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.

²²⁴ No ESPAD, a categoria LSD e outros alucinogénios não inclui os cogumelos alucinogénios, pois estes são uma categoria específica.

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**, no ciclo estratégico 2005-2012 apenas foi realizado um estudo em 2007, não tendo sido possível assegurar a periodicidade da sua replicação prevista para o final deste ciclo²²⁵.

No estudo nacional *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*²²⁶, 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 regular²²⁷ de anfetaminas (<0,1% em 2001 e 0,3% em 2007).

No ciclo estratégico 2005-2012, foi realizado pela primeira vez em Portugal um estudo epidemiológico em contexto rodoviário sobre a prevalência de álcool e outras substâncias psicoativas na **população condutora**, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*)²²⁸. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009, e o estudo foi concluído em 2011²²⁹.

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.

²²⁵ Um novo estudo foi realizado no final de 2014, não estando ainda os dados disponíveis.

²²⁶ Torres et al., 2009.

²²⁷ *Todos os dias no último mês na prisão.*

²²⁸ 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.

²²⁹ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwing et al., 2011; Isalberti et al., 2011.

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. É no entanto de destacar enquanto tendência emergente, embora ainda com valores residuais, a ocorrência de casos de *overdose* com a presença de drogas sintéticas a nível dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P.. As situações relacionadas com policonsumos continuam a ser relevantes.

No contexto da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas²³⁰, os estimulantes e alucinogénios enquanto drogas principais surgem ainda de forma pouco expressiva, surgindo com maior relevância o consumo de hipnóticos /sedativos. Em 2013, 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 3%, com os utentes das Unidades de Desabilitação públicas e das Comunidades Terapêuticas licenciadas a apresentarem proporções de 3% e de 2% respetivamente.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., os dados de 2013 não estavam disponíveis à data de conclusão deste relatório, e por razões de "segredo estatístico"²³¹ 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., pela primeira vez, surgiu em 2013 um caso de *overdose* com a presença de metcatinona e efedrina. Tal como nos anos anteriores, na maioria (91%) dos casos de *overdose* de 2013²³² foram detetadas mais do que uma substância (76%, 79%, 87%, 84% e 87%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Neste contexto, importa referir, em combinação com as substâncias ilícitas, os casos de *overdose* com a presença de álcool (36%, 38%, 37%, 44%, 57% e 47% das *overdoses* de 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008), bem como com a presença de benzodiazepinas (50%, 28%, 42%, 35%, 38% e 39% das *overdoses* de 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008). A maioria das *overdoses* envolvendo mais do que uma substância pertenciam ao género masculino e cerca de 70% destes casos tinham entre 35- 49 anos e 20% idades entre os 25-34 anos.

Em relação às mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas²³³ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), na sua maioria (67%) foram detetadas mais do que uma substância,

²³⁰ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

²³¹ Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio.

²³² Os dados de 2013 são passíveis de atualização no próximo ano.

²³³ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. É de destacar, em associação com as substâncias ilícitas, a presença de álcool (33%) e/ou de benzodiazepinas (28%). É de referir ainda que foi detetada a presença de efedrina e a de ketamina, respetivamente em 2 e 3 casos.

A nível dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a referência ao consumo isolado de outras substâncias que não a cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, continua a ser muito residual (40 processos de contraordenação, representando menos de 1% do total de processos). É de referir no entanto, que se registaram aumentos nos últimos dois anos no número de processos relacionados com *outras drogas* (+18% entre 2012 e 2013), representando os valores mais elevados de sempre. Em 2013, o número de processos relacionados com a posse simultânea de várias drogas (373) diminuiu em relação ao ano anterior (-18%), representando 5% das ocorrências de 2012 (6%, 7%, 7%, 6%, 10% e 10%, em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007). Nestes processos envolvendo várias drogas, predominou mais uma vez a posse de heroína só com cocaína (2% do total de processos e 53% dos processos relacionados com várias drogas), e, tal como já ocorrido desde 2004 e contrariamente ao sucedido nos anos anteriores, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis em vez de heroína com cannabis, sendo pelo segundo ano consecutivo mais expressiva também a associação de ecstasy com cannabis do que a associação de heroína com cannabis. Os processos envolvendo várias drogas representaram entre 0% (Castelo Branco) e 10% (Évora) dos processos abertos em cada uma das CDT relativos às ocorrências de 2013. Em valores absolutos, destacaram-se os distritos do Porto e de Lisboa com o número mais elevado de processos relacionados com várias drogas.

5.2. Oferta

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer* realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos - *Young People and Drugs*²³⁴ -, 42% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a novas substâncias psicoativas num período de 24 horas (se desejado), cerca de 45% consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 8% *impossível*.

Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso às novas substâncias psicoativas (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 25%).

De acordo com os resultados do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*²³⁵, 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.

²³⁴ DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

²³⁵ 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 terceiro *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral* ²³⁶, 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 2013 e à semelhança dos anos anteriores, registaram-se **apreensões** de uma grande variedade de substâncias para além da cannabis, heroína ou outros opiáceos, cocaína e ecstasy, sendo aqui referidas algumas delas²³⁷. Nas interpelações policiais e nas condenações ao abrigo da Lei da Droga que envolveram mais do que uma substância ilícita, a associação predominante continua a ser heroína com cocaína.

Relativamente a substâncias estimulantes, são de destacar em 2013, seja pelas quantidades apreendidas e/ou pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores: a efedrina (670 g nos Açores), cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2003 e sem registos posteriores até 2013; o metilfenidato (8 g no distrito de Lisboa), cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2012; e as quantidades apreendidas de metanfetaminas (4,39Kg no distrito de Lisboa) que foram as mais elevadas de sempre. As quantidades apreendidas de anfetaminas (333 g, 17 comprimidos e 2 frascos, em vários regiões do país, destacando-se os distritos do Porto e de Setúbal com as maiores quantidades apreendidas) enquadram-se no padrão registado nos últimos anos.

No que se refere a alucinogénios, uma vez mais foram registadas apreensões de LSD (5 g e 5377 selos) e de cogumelos alucinogénios (256 g), tendo também sido confiscados 9,26 Kg de DMT. As apreensões de LSD ocorreram em vários distritos de Portugal Continental e na Madeira, tendo sido confiscadas as maiores quantidades nos distritos de Lisboa (84%) e de Portalegre (13%). As maiores quantidades apreendidas de cogumelos alucinogénios registaram-se no distrito de Lisboa (93%), bem como a totalidade de DMT confiscado.

Em 2013 uma vez mais foram apreendidas uma variedade de benzodiazepinas (1 g e 1581 comprimidos), tendo sido as maiores quantidades confiscadas no distrito de Lisboa. Foram também apreendidos 10,6 Kg de Barbitol no distrito de Lisboa.

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse de várias drogas (1319) foi inferior ao registado no ano anterior (-7%), à semelhança do ocorrido a nível do número total de presumíveis infratores (-10%). O valor registado em 2013 é o mais baixo desde 2002, constatando-se pelo segundo ano consecutivo diminuições, contrariando a tendência de estabilidade ocorrida desde 2006 (com um pico pontual em 2010). Os presumíveis infratores na posse de várias drogas representaram em 2013 cerca de 24% do total de presumíveis infratores (23%, 26%, 29%, 26%, 30%, 32% e 29%, respetivamente em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 e 2007). À semelhança dos anos anteriores, uma vez mais predominou neste tipo de situações, a associação de heroína com cocaína, seguindo-se-lhe a associação de heroína com cocaína e cannabis e a associação só de cocaína com cannabis.

²³⁶ Balsa et al., 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores.

²³⁷ Ver informação anual constante na nota a) do Quadro 97 do volume Anexo deste Relatório.
Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2013²³⁸ foram condenados 438 indivíduos na posse de várias drogas, representando 25% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga, proporção ligeiramente inferior às registadas nos últimos anos: 31% em 2012, 30% em 2011 e 2010, 35% em 2009, 34% em 2008 e 32% em 2007. Também neste contexto predominaram uma vez mais as situações envolvendo a posse de heroína com cocaína.

²³⁸ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2012 e 2013 que deram entrada no SICAD até 31/03/2014. Os dados de 2013 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2013 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2014 e 31/03/2015.

Parte B

Respostas e Intervenções

Findo o ciclo estratégico 2005-2012, é agora iniciado um novo ciclo na área dos comportamentos aditivos e dependências (CAD). Com a publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, o Governo procedeu a uma redefinição das políticas e dos serviços de saúde, designadamente com a criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e extinção, em consequência, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (IDT, I.P.), cometendo às Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I.P.) a componente de operacionalização das políticas de saúde, o que se concretizou, a nível organizacional, em 2013.

Assim, se até 2012 o planeamento da intervenção para esta área era enquadrado pelos dois Planos Nacionais - Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 - 2012 (PNCDT 2005 - 2012) e Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (PNRPLA 2010 - 2012), em 2013 inicia-se uma nova abordagem, através do alargamento do âmbito de intervenção aos comportamentos aditivos e dependências, que incluem, não apenas as drogas ilícitas, as novas substâncias psicoativas e o álcool, mas também os medicamentos, os anabolizantes e o jogo.

Esta ampliação foi concretizada através do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (PNRCAD 2013 -2020) que se constitui como um reforço importante no domínio das políticas e serviços de saúde, na medida em que as problemáticas associadas aos CAD encerram riscos e custos às quais é importante fazer face pelas repercussões e impacto que têm na vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade. Por outro lado, procurou-se um alinhamento com outros Planos e Estratégias já existentes ou em construção, quer a nível nacional designadamente o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, quer a nível internacional, designadamente, a Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga 2013-2020, a Estratégia da UE para apoiar os estados membros na redução dos problemas ligados ao álcool e a Estratégia Global para reduzir o uso nocivo do álcool da Organização Mundial de Saúde.

Não obstante de manter, globalmente, a mesma estrutura, esta foi readequada em função dos novos desafios que se colocam, tratando-se, assim, de um Plano Interministerial que aborda a temática dos CAD numa ótica balanceada entre o domínio da procura, que contempla as diferentes etapas do ciclo de vida e no qual são destacadas as medidas estruturantes, e o domínio da oferta. Inclui, ainda, temas transversais relacionados com a importância de atualização permanente da informação e do conhecimento, com a capacitação dos profissionais através da formação e comunicação, com a cooperação internacional e com a qualidade. Elementos comuns, são as áreas de suporte, como a coordenação, o orçamento e a avaliação.

Conforme reconhecido, o ano de 2013 foi marcado pelo desenvolvimento de medidas estruturantes no âmbito dos CAD, como o PORI ou a Rede de Referência/ Articulação, bem como pela realização de importantes ajustamentos das respostas, no quadro da sua nova arquitetura determinada pela aprovação do Decreto Lei nº 124 / 2011 de 29 de dezembro e legislação complementar - Leis Orgânicas do SICAD, ARS, I.P. e IGAS. Nomeadamente no que se refere às atribuições e competências assistenciais, a sua integração nas ARS, I.P. teria necessariamente que ser ajustada aos respetivos condicionalismos loco - regionais , o que determinou que o modelo integrado de cuidados aos cidadãos com CAD tenha adquirido expressões concretas específicas, de âmbito regional, dentro desta nova orgânica. Assim, assistiu-se em 2013 ao delinear das novas formas destas respostas por parte das ARS, I.P e outras entidades; como se depreende, só após estes desenvolvimentos seria possível, de forma eficaz,

redefinir os circuitos de troca de informação necessários à monitorização e avaliação das intervenções.

Assim, neste período de transição, necessário à plena integração das atribuições e competências assistenciais nas ARS, I.P e outras entidades, de forma a garantir a acessibilidade, eficácia e qualidade das respostas neste âmbito, não pôde a recolha e análise de dados neste domínio preencher em tempo útil todos os requisitos necessários à avaliação das Ações do Plano Nacional, que apenas foi aprovado em 2014. Refira-se no entanto que tal não se traduzirá numa perda de informação relativa ao ano de 2013 neste domínio; o horizonte temporal de para a execução e avaliação das Ações do Plano permitirão que esta avaliação se processe, de forma mais consolidada, nos anos subsequentes.

Quadro 35 – Estrutura do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020

TEMAS TRANSVERSAIS				DOMÍNIOS	MEDIDAS ESTRUTURANTES
INFORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO	FORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	RELAÇÕES INTERNACIONAIS E COOPERAÇÃO	QUALIDADE	PROCURA	PLANO OPERACIONAL DE RESPOSTAS INTEGRADAS
				OFERTA	REDE DE REFERENCIAÇÃO / ARTICULAÇÃO NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS
COORDENAÇÃO (PLANO INTERMINISTERIAL)					
ORÇAMENTO					
AVALIAÇÃO					
ÁREAS DE SUPORTE					

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

Como referido, 2013 foi o ano da finalização da construção do PNRCAD 2013-2020, processo que implicou um forte investimento de negociação e articulação com múltiplas entidades, por forma a se obterem os consensos que permitam cumprir as metas propostas. De ressaltar, por isso, que este relatório se reporta primordialmente a ações calendarizadas para o ano em referência, que tenham tido algum grau de realização.

Domínio da Procura

No que se refere ao domínio da procura, é o cidadão que constitui o centro da conceptualização das políticas e intervenções nos CAD, tendo como pressuposto de base que é fundamental responder às necessidades dos indivíduos, perspectivadas de forma dinâmica no contínuo do seu ciclo de vida.

A abordagem por ciclo de vida permite dar maior enfoque na elaboração de *guidelines* de intervenção assim como rentabilizar os recursos disponíveis, permitindo a hierarquização e priorização das intervenções e ainda modular a definição de políticas e implementação das intervenções, de acordo com as condições socioeconómicas e tendências sociais e orientar as estratégias de intervenção de acordo com os públicos-alvo.

Pretende-se, assim, desenvolver intervenções globais e abrangentes que integrem um contínuo que vai da promoção da saúde, prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos (RRMD), ao tratamento e à reinserção social. A par dos tipos de intervenção identificados e da existência de maiores vulnerabilidades, que caracterizam diferentes grupos, o enfoque e a priorização das ações tem em conta os níveis de risco nesses diferentes grupos populacionais. Complementarmente, perspectiva-se uma abordagem por contextos - familiar, comunitário, escolar (básico, secundário, ensino profissional e universitário), laboral, recreativo, desportivo, rodoviário e prisional, onde a intervenção possa ser mais pertinente e necessária.

Naturalmente, tais intervenções desenvolvem-se de acordo com o quadro legal em vigor no que se refere ao uso e abuso de substâncias psicoativas lícitas, ilícitas e ao jogo, e pretendem promover a saúde e o acesso dos indivíduos aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitam, tendo tradução no aumento de ganhos em saúde e bem-estar social.

OG1. PREVENIR, DISSUADIR, REDUZIR E MINIMIZAR OS PROBLEMAS RELACIONADOS COM O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E AS DEPENDÊNCIAS

OE3. Contribuir para a prevenção da ocorrência de comportamentos de risco, associados aos CAD, promovendo uma cultura de segurança nas escolas e na comunidade, fomentando a adoção de comportamentos de saúde e bem-estar

Ação 7. Sinalização de crianças e jovens em risco/perigo, por parte das entidades com contacto direto com crianças, jovens ou famílias com problemas associados aos comportamentos aditivos e dependências, no sentido destas situações serem acompanhadas e encaminhadas para respostas adequadas às necessidades diagnosticadas

A dissuasão assume-se como uma estratégia de intervenção global e integrada, extravasando a mera aplicação da Lei. As **Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT)**, enquanto serviço público de proximidade e de prevenção de comportamentos aditivos, numa perspetiva sistémica, dirigem a ação em função das necessidades diagnosticadas nos cidadãos encaminhados pelas forças de segurança ou tribunais, no âmbito de um episódio de consumo de substâncias psicoativas.

A filosofia da abordagem dos serviços coloca igualmente a atenção na rede social dos indiciados, e em eventuais fragilidades de elementos significativos, designadamente *familiares menores que possam estar em risco*. Por outro lado, apesar de as crianças e jovens menores de 16 anos com consumo de substâncias psicoativas ilícitas não poderem ser indiciados em processo de contraordenação, ao abrigo da Lei 30/2000, este facto não impede que a CDT, na presença destas situações de risco, acolha o menor e avalie a situação, e desenvolva as correspondentes intervenções de sinalização e encaminhamento, em articulação com a CPCJ.

Embora não previsto para 2013, foi sob este enquadramento que se sinalizaram 239 crianças e jovens à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), no âmbito do acompanhamento em reinserção de utentes e famílias com filhos menores. Face ao número de crianças sinalizadas em 2012 (134), houve um aumento bastante significativo destas sinalizações, na ordem dos 78%;

Ação 8. Divulgação de informação e sensibilização das comunidades, permitindo aos cidadãos estabelecerem relações de confiança e diálogo, facilitando o desenvolvimento de um clima de segurança através dos Programas Especiais

Para dar cumprimento a este objetivo, procurou-se divulgar informação e sensibilizar as comunidades, permitindo aos seus cidadãos estabelecerem relações de confiança e diálogo, facilitando o desenvolvimento de um clima de segurança através dos programas especiais como são o caso o Programa “Escola Segura” e o Programa “Apoio 65 – Idoso em Segurança”

Com âmbito nacional, o Programa “Escola Segura”, procura sensibilizar e agir 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.

Desta forma, a **Guarda Nacional Republicana (GNR)** através dos Núcleos Escola Segura, efetuaram na sua atividade diária de 2013, ações de sensibilização sobre a temática, abrangendo 765.778 jovens até ao ensino secundário através da atuação junto de 6 406 estabelecimentos de ensino. De igual modo, a **Polícia de Segurança Pública (PSP)** efetuou 5.841 ações de sensibilização em 2.560 estabelecimentos de ensino e a 846 971 alunos.

O Programa “Apoio 65 – Idoso em Segurança” é uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa garantir as condições de segurança e a tranquilidade das pessoas idosas, promover o conhecimento do trabalho da GNR junto desta população e ajudar a prevenir e a evitar situações de risco.

No âmbito do Programa “Apoio 65 – Idoso em Segurança”, a **PSP** realizou em 2013, 2.116 ações de sensibilização e a **GNR**, assegurou 8.211 ações a 28.197 idosos.

Ainda a **GNR**, no âmbito da sua atividade junto das **Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)**, adotou uma postura ativa na sinalização e procura de respostas adequadas às necessidades específicas de cada jovem consumidor.

De igual forma, todos os Centros Educativos da **Direção Geral de Reinserção e dos Serviços Prisionais (DGRSP)** têm tido a colaboração dos Centros de Acompanhamento e Orientação Juvenil (CAOJ), através do desenvolvimento de sessões de sensibilização para a temática da toxic dependência, doenças sexualmente transmissíveis e sexualidade. Concretamente, no ano de 2013, foram realizadas ações pelo CAOJ nos Centros Educativos: Centro Educativo dos Olivais; Centro Educativo de Santo António; Centro Educativo Padre António de Oliveira. Neste último decorreu também uma ação de sensibilização, promovida pela Fundação Portuguesa de Cardiologia sobre o tabagismo e no âmbito do Projeto *Help Mages*, que apresentaram mostras de filmes dedicadas à temática com o consumo de substâncias psicoativas.

Ação 9. Estabelecimento de circuitos de articulação e de estratégias de intervenção entre os parceiros com responsabilidades em matéria de intervenção em dissuasão, tendo em vista uma resposta adequada às necessidades de crianças e jovens consumidores, não abrangidos pela Lei (esta ação é extensível aos menores até aos 15 anos).

A manutenção de uma cultura de cooperação e articulação no âmbito de objetivos convergentes, que garanta a consolidação e o alargamento da rede de recursos e das respostas disponíveis face às necessidades identificadas, constituiu uma prioridade no âmbito da Dissuasão e para as **CDT** em particular, que orientaram a ação no estabelecimento de uma dinâmica de parceria. Deste modo, assistiu-se à concretização do paradigma da resposta integrada, da rentabilização de recursos e prevenção de duplicação de respostas, o que contribuiu para mapear, agilizar e melhorar as intervenções em Dissuasão.

Em 2013, destaca-se a celebração de 21 protocolos com instituições que intervêm junto de crianças e jovens, consumidores não abrangidos pela Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro. A escassez de respostas a este nível é ainda uma realidade identificada a nível local e nacional.

Ação 10. Desenvolvimento de mecanismos, estratégias e abordagens específicas de sinalização e intervenção precoce, junto de indiciados das CDT que apresentam baixo risco ou risco moderado ao nível dos CAD

Ainda para dar cumprimento ao OE3, foram também desenvolvidos mecanismos, estratégias e abordagens específicas de sinalização e intervenção precoce junto de indiciados das CDT que apresentam baixo risco ou risco moderado ao nível dos CAD.

As CDT assumem um papel muito importante de prevenção e intervenção precoce junto de jovens consumidores, que não sendo toxicodependentes carecem de acompanhamento. O reforço e valorização do potencial de intervenção psicossocial das CDT junto destes jovens traduz uma opção estratégica que, estamos certos, conduz à inversão de percursos individuais de escalada de consumos, à redução dos comportamentos aditivos e dependências e à diminuição dos comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas.

Ao reforçar a componente de intervenção das CDT, apostou-se, em articulação com as forças de segurança, na identificação de consumidores de baixo risco e risco moderado, dificilmente abordáveis por outra via que não por intermédio da descriminalização, através de uma ação precoce especializada que passa por uma avaliação estruturada do nível de risco de consumo e correspondente intervenção e/ou referência para as respostas existentes na comunidade. O aumento do número de indiciados não toxicodependentes a que assistimos em 2013, tal como previsto nos instrumentos de planeamento do SICAD, alcançado por via de uma intervenção concertada com as forças de segurança, revela, mais uma vez, o potencial das CDT no âmbito da intervenção ao nível preventivo.

Em 2013 1.710 jovens dos 15 aos 19 anos e 2.078 dos 20 aos 24 anos, não toxicodependentes, foram indiciados em processos de contraordenação.

Ação 11. Promoção de intervenção em dissuasão na sequência de diagnóstico psicossocial e de severidade dos consumos, em indiciados com problemas de dependência, tendo em vista a motivação para a mudança e a resposta às necessidades individuais

Considera-se fundamental conhecer aprofundadamente a situação psicossocial e de saúde dos indiciados, sustentada em critérios rigorosos de avaliação, diagnóstico, utilizando instrumentos de apoio eficazes, que permitam melhor adequar a intervenção às necessidades e características dos indivíduos.

A intervenção das CDT aposta na avaliação do risco de consumo e da saúde do indiciado, avaliação da motivação dos consumidores para a mudança de comportamento, na dissuasão dos consumos, numa maior qualidade de vida, e numa maior adesão aos apoios especializados disponíveis, sejam eles de prevenção indicada, tratamento ou reinserção.

No ano de 2013 concretizou-se um reforço da cooperação e articulação com as respostas locais com a celebração de 45 novos protocolos/acordos, abrangendo estruturas de diferentes áreas, públicas e privadas. Numa lógica de proximidade e rentabilização de recursos, as CDT alargaram a rede de respostas, numa perspetiva de trabalho integrado, multidisciplinar, promovendo parcerias sustentadas e convergentes com os serviços da comunidade, que oferecem respostas de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente sócio sanitários, de

tratamento e reinserção social, e que vão ao encontro das necessidades de intervenção identificadas com o indiciado.

A nível nacional, dos 1.040 **indiciados toxicod dependentes** com idades entre os 20 e os 65 anos, foram encaminhados para apoio especializada 918 indiciados.

OE4. Desenvolver abordagens específicas de intervenção em CAD, adaptadas às necessidades e características dos cidadãos

Ação 13. Disponibilização e incremento da acessibilidade a serviços de intervenção em CAD, de perturbação do comportamento predisponentes a CAD, padrões de consumo de risco/nocivo de álcool, e no jogo compulsivo

No que concerne à disponibilização e incremento da acessibilidade a serviços de intervenção em CAD, promovendo respostas integradas, baseadas na evidência científica e nas melhores práticas em vários contextos, as **Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS, I.P.)** como estrutura responsável pela componente operacional das políticas e intervenções em matéria de comportamentos aditivos, desempenharam um papel fundamental no que concerne à prestação dos cuidados em CAD, de perturbação do comportamento predisponentes a CAD, padrões de consumo de risco/nocivo de álcool, e no jogo compulsivo. Foram abrangidas, nas diferentes estruturas existentes, 20.533 indivíduos.

No ano de 2013, foram realizadas, no total 7.088 Consultas de Prevenção Indicada pelas Equipas Técnicas Especializadas em CAD nos Centros de Respostas Integradas das **ARS, I.P.**

Em contexto institucional tutelar e educativo, deu-se continuidade ao Projeto de Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas, um projeto de investigação-ação desenvolvido desde 2005 em parceria com a **Casa Pia de Lisboa, I.P. (CPL, I.P.)**. O projeto enquadra-se no âmbito da intervenção seletiva e indicada em meio escolar junto de jovens institucionalizados e pretende contribuir para o desenvolvimento saudável dos educandos da CPL, I.P. numa perspetiva integrada e compreensiva. O objetivo do projeto é implementação de um modelo de intervenção preventiva de caráter 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, I.P.). Neste sentido, o projeto visa implementar e avaliar uma intervenção consistente, articulada, eficiente e adequada às necessidades e características dos grupos-alvo e dos CED; dotar agentes socioeducativos e famílias de ferramentas fundamentais para identificação e abordagem de situações relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas e capacitar os educandos das competências necessárias para a tomada de decisão, indispensável quando confrontado com situações ligadas aos consumos. Em 2013 deu-se continuidade à intervenção através de reuniões regulares do Núcleo Duro e do acompanhamento dos Grupos de Referência nos CED, nos moldes do acompanhamento acima descrito com reuniões regulares de enquadramento da intervenção, através fundamentalmente da discussão de casos e definição de estratégias de intervenção.²³⁹

²³⁹ Mais informação na Ação 95 deste Relatório.

A intervenção em contextos laboral ao abrigo do *Projeto Europeu EURIDICE* realizou 10 ações de sensibilização que abrangeram cerca de 200 quadros, chefias e trabalhadores e visou a prevenção e a intervenção nas dependências do álcool e outras substâncias psicoativas, a promoção de hábitos saudáveis, a modificação de atitudes, comportamento e fatores de risco, o aumento dos conhecimentos sobre o consumo de substâncias em meio laboral. Na sequência do protocolo existente foi adaptado e assinado um novo documento de parceria que vincula o **SICAD** e a **Autoridade para as Condições e Trabalho (ACT)**. Ainda no âmbito da intervenção em contexto laboral e na continuação do trabalho realizado ao abrigo do Protocolo SICAD e essa Autoridade Nacional, foi apresentado e posteriormente divulgado um Material de Informação para Empregadores e Trabalhadores de Micro, Pequenas e Médias Empresas no que se relaciona com os CAD. Esse material resultou do trabalho de uma equipa liderada pelo SICAD, que inclui representantes das **Confederações Patronais**, **Confederações Sindicais**, **Direção Geral da Saúde (DGS)**, **Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (SPMT)** e a **Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD)**.

No contexto da prevenção universal em contexto escolar, o *Programa Eu e os Outros* é constituído por 9 narrativas dirigidas a jovens entre os 12 e os 18 anos. Cada narrativa deve ser explorada num mínimo de 7 sessões de 90 minutos cada. As narrativas abordam conteúdos referentes ao desenvolvimento de adolescentes, abrangendo de forma integrada os comportamentos aditivos e dependências, lada a lado com outros grandes temas como o bullying, a sexualidade e os maus tratos no namoro, os conflitos geracionais, as dinâmicas familiares entre outros. O Programa sofreu em 2013 uma redução de 50% na taxa de implementação nacional fruto das transformações ocorridas no Ministério da Educação ao nível das áreas disciplinares não curriculares, contexto em que os programas de prevenção e promoção da saúde eram desenvolvidos. Durante este ano várias adaptações ao programa tiveram lugar no sentido de reforçar a sua condição de *Best Practice*. Foram desenvolvidos instrumentos de avaliação de resultados do programa, validada uma nova narrativa centrada sobre os problemas ligados ao álcool.

A intervenção nas festividades académicas mantém o formato adotado desde 2008, que prevê a formação de pares voluntários, a constituição de equipas de proximidade que desenvolvem intervenções de sensibilização e redução de riscos em eventos como a Receção ao Caloiro e as Semanas Académicas. Esta intervenção pressupõe um enquadramento dos voluntários por parte dos profissionais da área da saúde, um trabalho em rede com um conjunto alargado de instituições locais que vai desde as autarquias, às forças de segurança, bombeiros, emergência médica para além das associações académicas e das instituições de ensino superior. Em 2013, na sequência do trabalho desenvolvido pelo **Conselho Nacional da Juventude** no seio do Fórum Nacional Álcool e Saúde, foram sensibilizadas as associações de estudantes subscritoras do e-Guia de Boas Práticas elaborado no âmbito do *Projecto ComSumos Académicos*.

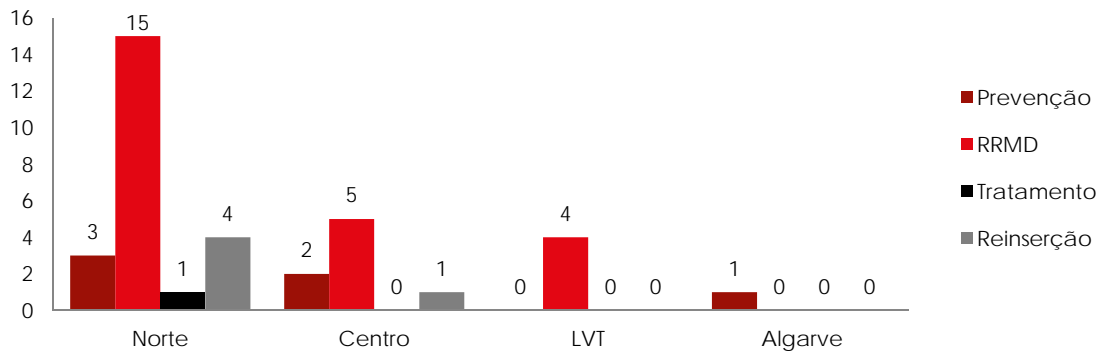
Ao nível da intervenção em contexto militar, foi iniciada uma colaboração com o **Ministério da Defesa Nacional**, para a abordagem aos comportamentos aditivos e dependências junto dos jovens abrangidos pelo Dia da Defesa Nacional. Este processo envolveu a construção de uma programa interativo, que permitirá a partir de janeiro de 2014 explorar estes temas junto a um número previsível de 113.471 jovens no ano em que completam os seus 18 anos. Esta construção envolveu a colaboração das DICAD das **ARS, I.P.** e prevê um processo de formação aos facilitadores militares para o desenvolvimento conjunto destas intervenções.

No que concerne à **DGRSP**, é de realçar a articulação para a concretização do processo de integração da prestação de cuidados de saúde em meio prisional no Serviço Nacional de Saúde nos seus serviços desconcentrados, concretamente as respostas nos Estabelecimentos Prisionais (EP) no âmbito dos programas farmacológicos. Os 49 EP dispõem todos de programas farmacológicos; existindo ainda 5 unidades de internamento, designadas de unidades Livres de Droga, que asseguram programas de tratamento orientados para a abstinência, instaladas nos seguintes EP: EP de Tires, Leiria, Porto e Santa Cruz do Bispo e duas unidades no EP Lisboa²⁴⁰.

Ação 14. Implementação do PORI, promovendo o desenvolvimento de PRI, através do cofinanciamento de projetos em áreas lacunares identificadas por diagnósticos com incidência territorial

O Programa Operacional de Respostas Integradas (PORI) apresentou-se como medida estruturante para o desenvolvimento de Programas de Respostas Integradas (PRI) através do cofinanciamento de projetos em áreas lacunares identificadas por diagnósticos com incidência territorial. Como resultado dos procedimentos concursais encerrados em 2013, foram assinados contratos com entidades particulares sem fins lucrativos para o desenvolvimento de 36 projetos, com a seguinte distribuição por tipo de intervenção e região:

Figura 73 - N.º de Projetos Contratualizados em 2013, por tipo de intervenção e por região (n=36)



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

Ao longo do ano de 2013, estiveram em execução os projetos acima referidos, para além dos projetos que foram contratualizados em anos anteriores.

Quadro 36 - N.º de projetos em execução por tipo de intervenção e por região (n=45)

Região	Tipo de intervenção				Total
	Prevenção	RRMD	Tratamento	Reinserção	
Norte	3	20	0	4	27
Centro	3	4	0		7
Lisboa e V. do Tejo	1	7	1	1	10
Alentejo	0	0	0	0	0
Algarve	1	0	0	0	1
	8	31	1	5	45

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

²⁴⁰ Informação mais detalhada consta na Parte A – Tratamento em contexto prisional - deste Relatório.

No caso da Prevenção e da Reinserção, os projetos estiveram em execução apenas alguns meses do ano, já que 6 dos projetos²⁴¹ identificados finalizaram no primeiro trimestre do ano (resultaram de renovações realizadas em 2011) e 7 projetos²⁴² resultantes dos procedimentos concursais de 2013 iniciaram no último trimestre do ano. Por estas razões, não foram recebidas fichas de indicadores referentes aos projetos de Reinserção.

No caso da Prevenção, dos 8 projetos a decorrer, foi recolhida informação de 5 projetos, que abrangeram um total de 845 pessoas (33 crianças até aos 9 anos; 733 jovens dos 10 aos 24 anos e 79 adultos dos 25 aos 64 anos). Com estes grupos foram desenvolvidas ações de acompanhamento psicossocial, atendimento / encaminhamento, sensibilização/informação, treino de competências e atividades educativas-culturais/lúdico-pedagógica.

No caso da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), decorreram 31 projetos nas regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Cada projeto de RRMD pode apresentar diferentes respostas, consoante as necessidades identificadas em diagnóstico de território, criando e mantendo em funcionamento diferentes programas ou estruturas de RRMD. A seguinte tabela espelha o tipo de resposta de RRMD, consoante os Programas/Estruturas em funcionamento, por região.

Quadro 37 - Programas e Estruturas Sócio Sanitárias de RRMD, por região

Região	Equipa de Rua	Gabinete de Apoio	Centro de Acolhimento	Centro de Abrigo	PSBLE*	Programa Troca Seringas
Norte	18	0	0	0	15	20
Centro	3	1	0	0	1	4
Lisboa e Vale do Tejo	5	1	1	1	2	7
Total	26	2	1	1	18	31

* PSBLE - Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência

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

No âmbito do Tratamento foi desenvolvido, na região de Lisboa e Vale do Tejo, um projeto cofinanciado. A sua operacionalização foi concretizada através de *Centro de Consultas*, prosseguindo o acompanhamento aos utentes por via de uma abordagem integrada de intervenção, consubstanciada na forma de Consultas Individuais realizadas por Médico / Psiquiatra ou por Psicólogo, bem como outros tipos de Atendimentos.

Com base nos indicadores recolhidos ao longo do ano, verificou-se que este projeto abrangeu um total de 627 utentes em continuidade, tendo 48 destes recorrido aos serviços pela primeira vez. Foram realizadas ao longo do ano um total de 3.781 consultas. Destas, 103 foram realizadas por Médico / Psiquiatra; 3052 por Psicólogo. Foram ainda realizadas 626 consultas, enunciadas com a categoria de outros atendimentos, representando também consultas a famílias. Foi igualmente desenvolvido, em estreita articulação com a Unidade de Intervenção Local, o Programa de Manutenção de Agonista Opiáceos, com uma média diária de 196 utentes em programa de metadona e 48 em programa de buprenorfina.

²⁴¹ Três da Prevenção e três da Reinserção.

²⁴² Cinco da Prevenção e dois da Reinserção.

Ainda no âmbito do acompanhamento dos projetos, foram realizadas avaliações a 29 projetos, com base nos pareceres respeitantes aos relatórios finais, elaborados pelas entidades promotoras.

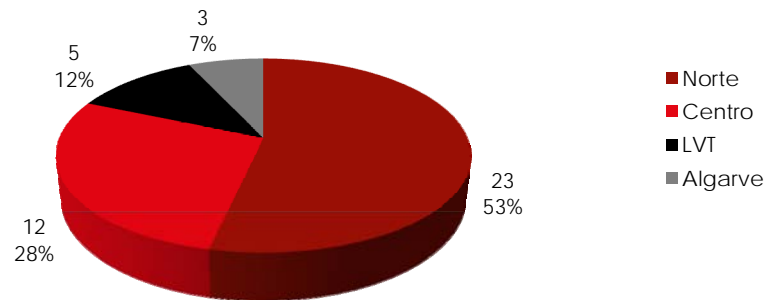
Quadro 38 - Nº de projetos com avaliação realizada (n=29)

Região	Tipo de intervenção				Total
	Prevenção	RRMD	Tratamento	Reinserção	
Norte	6	8	1	5	20
Lisboa	2	5	0	2	9
	8	13	1	7	29

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

Em 2013, para além da implementação de projetos cofinanciados ao abrigo do PORI, foram abertos concursos para 43 territórios, com a seguinte distribuição por região:

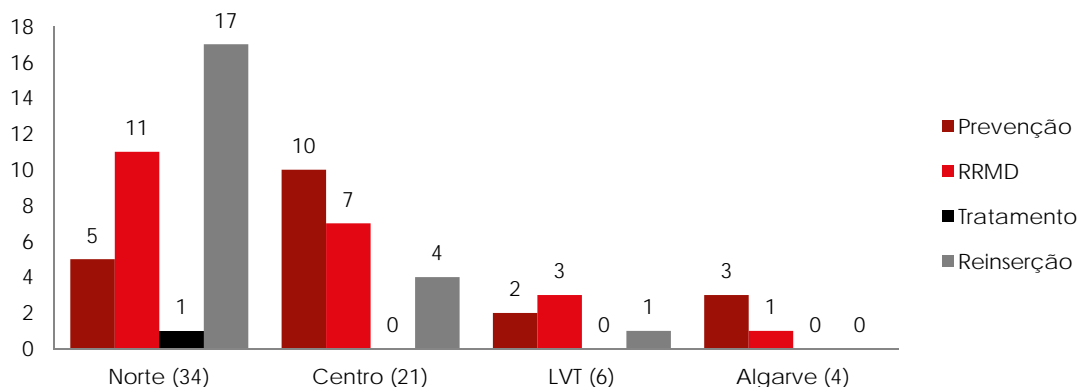
Figura 74 - Nº de territórios onde foram abertos concursos, por região (n=43)



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

Estes procedimentos incluem 65 áreas lacunares (20 áreas lacunares da Prevenção, 22 áreas da RRMD, 1 área do Tratamento e 22 áreas da Reinscrição), com a seguinte distribuição por região:

Figura 75 - Nº de Áreas Lacunares a concurso, por tipo de intervenção e por região (n=65)



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

Ao longo de todo o ano de 2013, decorreram 60 procedimentos concursais (13 iniciados em 2012 e 47 em 2013). Foram concluídos 39 dos procedimentos em curso com a seguinte distribuição por região:

Quadro 39 - N.º de Procedimentos Concurrais concluídos em 2013, por região (n=39)

Região	Concursos de 2012	Concursos de 2013
Norte	10	17
Centro	3	6
Lisboa e V. do Tejo	0	1
Alentejo	0	0
Algarve	0	2
Total	13	26

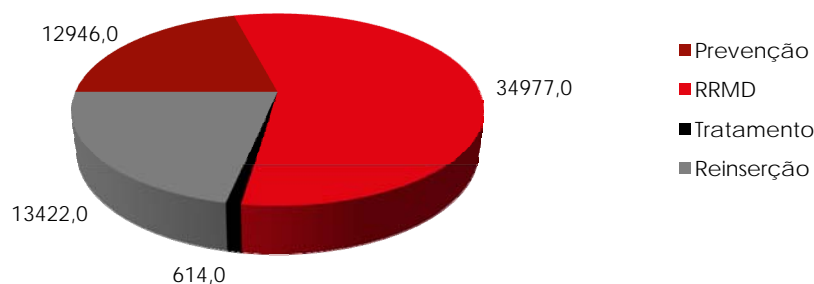
Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Nos procedimentos concursais realizados, 7 áreas lacunares²⁴³ ficaram a descoberto, por não existirem candidaturas ou por não terem sido selecionadas.

Todos os procedimentos concursais implicaram uma estreita articulação entre o **SICAD** e as **ARS, I.P.**, não só na articulação para a preparação dos conteúdos das áreas lacunares e dos avisos de abertura, mas também na elaboração de pareceres sobre as candidaturas recebidas, bem como, na participação como membros das comissões de seleção dos procedimentos concursais realizados durante este ano.

Da análise das áreas lacunares que foram colocadas a concurso, descritas nos avisos de abertura, está previsto serem abrangidas um total de 61.959 pessoas no âmbito dos projetos a contratualizar, com a seguinte distribuição:

Figura 76 - N.º de Pessoas a Abranger, por tipo de intervenção (n=61.959)



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

Ação 15. Implementação da Rede de Referência/Articulação, enquanto sistema que regula as relações de complementaridade e apoio técnico, entre estruturas intervenientes no âmbito dos CAD, sustentando um sistema integrado de informação interinstitucional

Foi implementada em 2013 a Rede de Referência/Articulação que regula as relações de complementaridade e de apoio técnico entre entidades intervenientes no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências, sustentando um sistema integrado de formação

²⁴³ Norte: 1 Prevenção; 1 RRMD; 1 Reinserção – Centro: 2 Prevenção; 1 RRMD – Algarve: 1 Prevenção.

interinstitucional. A principal atividade centrou-se no desenho do seu modelo organizativo e da sua implementação, cujos contributos das **ARS,I.P.**, particularmente das **DICAD**, e da **DGS**, nomeadamente do **Programa Nacional para a Saúde Mental** e do **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo**, sob coordenação do **SICAD** permitiram a apresentação à Tutela de uma proposta de Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, tendo sido aprovada, por despacho de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, a 7 de Junho de 2013.

Considerando que, uma oportuna e diferenciada divulgação da Rede pode facilitar a sensibilização e a interação das instituições e dos seus profissionais para a relevância de uma abordagem e intervenção intersectorial no âmbito dos CAD, e, conseqüentemente, garantir a sua eficiência, eficácia e qualidade, em 2013, foram asseguradas diferentes formas de divulgação, nomeadamente:

- Digital - através da disponibilização do documento de apoio da Rede de Referenciação/Articulação para consulta e *download*, na página da internet do SICAD;
- Em papel - tendo-se procedido à elaboração de notas de imprensa, que fomentaram o interesse da comunicação social e a edição de algumas notícias/artigos, a nível nacional, sobre a Rede de Referenciação/Articulação, assim como a publicação de 2.000 exemplares do documento da Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências;
- E presencial - através da realização, a 26 de setembro em Coimbra, da Reunião de Apresentação da Rede de Referenciação/Articulação que contou com a presença de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, com membros da direção e dirigentes do SICAD, das 5 ARS,I.P. e do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, bem como um leque alargado de mais de 130 profissionais, representando cerca de 70 serviços integrados na Rede, entre outras comunicações.

No sentido de se assegurar a execução eficaz e uma gestão adequada da implementação e do acompanhamento da Rede, foi ainda iniciada a elaboração de uma proposta de Plano de Implementação e de Acompanhamento (PIA) da Rede de Referenciação / Articulação.

De referir ainda a integração de atividades e indicadores relativos à Rede de Referenciação / Articulação em diferentes Planos de Ação e ou instrumentos similares de Entidades e Programas com intervenção no âmbito dos CAD e de problemáticas associadas, nomeadamente: no Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016; no Livro Branco da Juventude; e na Proposta de reformulação do Plano de Ação 2009-2015 da *Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas Sem-Abrigo*.

Conclui-se assim que, as atividades desenvolvidas no ano de 2013 constituíram-se como a alavanca de suporte para a implementação da Rede de Referenciação/Articulação, e os resultados atingidos deverão ser entendidos com ânimo de contribuir para a indicação de trilhos que continuem e melhorem o percurso iniciado.²⁴⁴

²⁴⁴ Mais informação sobre outras atividades desenvolvidas no âmbito da Rede nas Ações 82 e 94.

Ação 17. Facilitação do acesso a respostas que atuem na redução das situações de pobreza e exclusão social

Manteve-se em vigor o protocolo de articulação, celebrado em 28 de junho de 2007, entre o então IDT, I.P., atual **SICAD**, o **Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.)** e a **Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)**, o qual continua a revelar-se como uma mais-valia para os utentes que beneficiam deste atendimento integrado, bem como para os serviços, prevenindo a duplicação de respostas e de recursos. A implementação desta metodologia de resposta integrada permitiu o envio de 1.280 fichas de ligação para os serviços de ação social (SI – 912 / PLA-368), tendo os CRI rececionado 270 fichas de ligação encaminhadas dos serviços de ação social (SI -152 / PLA-118).

Relativamente à Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas Sem-Abrigo, continuou-se a assegurar a participação a nível nacional nos dois órgãos que constituem o Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia (GIMAE): Comissão de Acompanhamento Alargada (2 reuniões) e o Núcleo Executivo (4 reuniões). Foram ainda reorganizados os grupos de trabalho e criados novos grupos, tendo o SICAD participado em dois: Grupo da formação (2 reuniões) e grupo das respostas sociais (2 reuniões). Neste último grupo destaca-se a colaboração na elaboração de uma proposta de regulamentação dos Centros de Alojamento Temporário (CAT), para pessoas em situação de sem-abrigo ou de risco.

No âmbito do processo de monitorização em vigor para a área da reinserção, foram reportadas pelas equipas de reinserção dos CRI várias respostas proporcionadas junto dos utentes, tendo em vista a redução das situações de pobreza e exclusão social, de acordo com os diagnósticos individuais e planos individuais de inserção contratualizados:

Ao nível da Habitação foram identificadas 1.599 necessidades (995 em utentes com consumos de substâncias ilícitas -SI e 604 em utentes com problemas ligados ao álcool – PLA), tendo sido possível proporcionar respostas de habitação a 565 pessoas, o que corresponde a uma capacidade de resposta de 35% (44% em 2012). Do total de pessoas com necessidades a este nível, 562 encontravam-se em situação de sem-abrigo (371-SI e 191-PLA), verificando uma ligeira diminuição (-3%), quando comparado com o ano anterior.

Ao nível da Educação foram identificadas 1.853 necessidades (1.176-SI e 677-PLA), das quais 449 foram satisfeitas através do encaminhamento para ações de educação e alfabetização, para o ensino regular e para os Centros de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências. A capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas foi de 24%, valor inferior ao verificado em 2012 (36%).

Ao nível da Formação Profissional foram diagnosticadas 2.333 necessidades (1.585-SI e 748-PLA), tendo-se verificado 1.066 integrações em respostas de formação profissional. A capacidade de resposta às necessidades diagnosticadas foi de 46% (32% em 2012).

No âmbito do Emprego foram diagnosticadas 5.397 necessidades (3.312-SI e 2.085-PLA), tendo sido conseguidas 2.990 integrações. A relação entre estes indicadores foi de 55% (35% em 2012). Neste âmbito importa destacar o Programa Vida-Emprego (PVE), que continua a assumir uma importância vital na concretização de percursos de inserção dos utentes, em especial daqueles que apresentam maiores fragilidades no mercado de trabalho. Em 2013 foram abrangidos pelo Programa 840 utentes, acompanhados pelas Equipas de reinserção dos CRI e

outras unidades licenciadas ou convencionadas. Verificou-se em 2013 um decréscimo dos apoios atribuídos pelo Programa, na ordem dos 23%.

Foram identificadas 7.233 necessidades de acesso a serviços públicos e de proximidade (5.539-SI e 1.694-PLA), sendo que 6.522 destas situações foram resolvidas, o que corresponde a um rácio de satisfação de 90% (88% em 2012). Estes valores refletem um trabalho significativo de articulação interinstitucional efetuado pelas equipas de reinserção, que envolve centenas de serviços públicos e de proximidade.

A **ARS Centro, I.P.** teve em 2013 em vigor 27 parcerias e assegurou 14 ações de articulação interinstitucional, facilitando a 164 pessoas o acesso a respostas neste âmbito. Na **ARS do Algarve I.P.**, por seu turno, foram asseguradas 9 ações de articulação interinstitucional, abrangendo 126 pessoas.

Apesar do Protocolo de articulação interinstitucional com o **ISS, I.P.** e a **SCML** continuar a revelar-se como uma mais-valia quer para os utentes quer para os serviços, foi considerada, tendo por base as conclusões dos sucessivos relatórios elaborados pelo grupo técnico responsável pelo seu acompanhamento, a necessidade de melhorar alguns dos procedimentos constantes do Manual de Procedimentos, anexo ao protocolo. Por outro lado, foi imperioso o seu ajustamento às alterações entretanto ocorridas na área dos CAD. Assim, propôs-se a revisão do atual Protocolo com subscrição pelo SICAD, pelo ISS, I.P., pela SCML e pelas cinco ARS, I.P., bem como a revisão do Manual de Procedimentos que lhe é anexo. Propôs-se ainda a constituição de uma equipa de trabalho com representantes especificamente designados de cada uma das instituições em causa, no âmbito do desenvolvimento de estratégias de intervenção que potenciem a inserção do cidadão nas redes de suporte, com base na identificação das repostas existentes.

Ação 18. Desenvolvimento de estratégias de intervenção que potenciem a inserção do cidadão nas redes de suporte, com base na identificação das repostas existentes

Tendo em vista potenciar a inserção do cidadão nas redes de suporte, foram reportados pelas equipas de reinserção dos CRI as seguintes intervenções em 2013:

- Intervenção familiar - Neste âmbito foram acompanhadas pelas equipas de reinserção 4.126 famílias. Face ao ano anterior, verifica-se um aumento de 56% do número de famílias acompanhadas (2.640 em 2012);
- Intervenções socio-terapêuticas dirigidas à família – neste âmbito foram abrangidas 2.225 famílias, correspondendo a um aumento de 15% do número de família abrangidas por grupos socio-terapêuticos (1.931 em 2012);
- No âmbito da Ocupação de Tempos Livres, verificou-se a integração de 742 situações, o que correspondeu a 43% das necessidades identificadas (982-SI e 743-PLA).
- Foram abrangidas 1.318 pessoas por Grupos de Treino de Aptidões Sociais (700-SI e 618-PLA) e 6.252 por outros Grupos Socio-terapêuticos (3.337-SI e 2.915-PLA).

Ação 19. Assegurar o funcionamento de um serviço telefónico de ajuda e respetivas plataformas de comunicação e informação

Foi assegurado o funcionamento de um serviço telefónico de aconselhamento, encaminhamento e informação – **Linha Vida SOS Droga**. Do total de chamadas atendidas, verificou-se que grande maioria dos contactos com o serviço é efetuada pela categoria *Próprio*²⁴⁵. Na categoria *Outros*, destacam-se as chamadas efetuadas por pais, com dúvidas sobre possíveis consumos e/ou dificuldades de relacionamento com os filhos, seguindo-se outros familiares e companheiros/namorados. A maioria das chamadas atendidas no serviço, estão relacionadas com a problemática das substâncias psicoativas. Estas chamadas estão associadas, quer a pedidos de informação e esclarecimento de dúvidas, quer a pedidos de apoio e/ou encaminhamento. No que respeita a esta temática, constata-se que são os canabinóides e os opiáceos que estão na origem de um maior número de chamadas, seguindo-se a cocaína e o álcool ainda que numa percentagem um pouco inferior. No que se refere ao serviço de *E-mail Counselling* verificou-se que, tal como no serviço de atendimento telefónico, são os *Próprios* quem na grande maioria coloca questões por esta via, seguindo-se os *outros familiares* e *técnicos* como aqueles que mais procuram este serviço para expor um problema ou pedir informação. No que respeita à distribuição por género, verifica-se que existe uma predominância do género feminino, na procura deste tipo de serviço. Relativamente ao tipo de pedidos verificou-se que são os pedidos de informação, que motivam a maioria da procura do *E-mail Counselling*, seguindo-se os pedidos de apoio/aconselhamento. Relativamente às temáticas das questões colocadas, a maioria refere-se a questões relacionadas com o tratamento, seguindo-se as relacionadas com as substâncias, quer sejam pedidos de informação, quer sejam pedidos de apoio/aconselhamento ou encaminhamento. Foram atendidas 8 155 chamadas, realizadas aproximadamente 60.000 visitas ao sítio, respondidos todos os e-mails rececionados no serviço, sendo a base de dados regularmente atualizada.

Ação 20. Dinamização do Fórum Nacional Álcool e Saúde enquanto plataforma integrada de resposta aos problemas ligados ao álcool

2013 foi um ano de transição para **Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS)** com o início de novo ciclo de funcionamento cobrindo o quadriénio 2013-2016 e a avaliação do ciclo anterior.

Visando a renovação de Compromissos e dinamização das entidades-membro no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) foi desenvolvido todo um trabalho de avaliação do percurso desenvolvido no ciclo 2010-2012, procurando reunir sugestões para melhorar o funcionamento e direcionar melhor a participação dos seus membros para que através dos seus compromissos a submeter no decurso do novo ciclo, se pudesse conseguir uma melhor cobertura das metas traçadas no PNRCAD 2013-2020. Nesse sentido foram concretizadas em 2013, 19 reuniões com entidades-membro do FNAS, designadamente: a Associação Nacional de Freguesias (ANAFRE), a Associação Nacional de Municípios (ANMP), Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), Câmara Municipal de Loures, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR), Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses - Intersindical Nacional (CGTP-IN) Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS), Confederação Nacional das Associações de Pais

²⁴⁵ Concretamente, no que concerne aos cidadãos que procuram o Serviço, dividimos os nossos utentes em *Próprios* – aqueles que ligam para expor um problema seu ou pedir informação, e *Outros*, sendo que nesta última categoria se inserem todos os que telefonam para expor um problema de outra pessoa ou a pedir uma informação para outrem.

(CONFAP), Federação Portuguesa das Instituições Privadas Atuantes nas Toxicodependências (FETO), Federação Portuguesa de Instituições Sociais Afetas à Prevenção de Toxicodependências (FPAT), Instituto Português Desporto e Juventude (IPDJ, I.P.), Instituto S. João de Deus (ISJD), Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS), Ministério da Defesa Nacional (MDN), Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (SPG), Turismo de Portugal, I.P. (TP), União Geral de Trabalhadores (UGT).

Em simultâneo foi iniciado um processo de consultoria e validação das intervenções a desenvolver no âmbito dos PLA (em meses) junto a entidades às quais foi endereçado um convite para integrar o FNAS em resposta a lacunas identificadas na avaliação do funcionamento desta estrutura no ciclo anterior. Áreas como o contexto universitário e o desportivo, o sector comercial da distribuição e a área da investigação e da formação foram consideradas prioritárias. Foi também considerado importante um investimento adicional na mobilização de sociedades científicas e no envolvimento de entidades que reforçassem a intervenção junto dos jovens. Nesse sentido e em consequência dos convites feitos foram concretizadas reuniões de trabalho com 18 entidades como a Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição (APED), a Associação Portuguesa de Aditologia (APEDD), a Associação Portuguesa do Ensino Superior Privado (APESP), o Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos (CCISP), a Conferência Episcopal Portuguesa (CEP), a Confederação Nacional das Associações de Famílias (CNAF), o Corpo Nacional de Escutas (CNE), o Conselho de Reitores da Universidades Portuguesas (CRUP), a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), a Federação Portuguesa de Futebol (FPF), a Federação Portuguesa de Rugby (FPR), o Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P. (IEFP, I.P.), a Ordem dos Psicólogos (OPP), a Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis (RPCS), a Rede de Serviços de Apoio Psicológico ao Ensino Superior (RESAPES), a Sociedade Portuguesa de Alcoologia (SPA), a Universidade Lusófona e a União das Misericórdias Portuguesas (UMP). O trabalho desenvolvido permitiu o alargar do Fórum de 56 para 74 membros, mantendo com o estatuto de observadores as Regiões Autónomas e o Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial (ICAP). Dos membros do ciclo anterior apenas três organizações não manifestaram o seu interesse em dar continuidade ao seu envolvimento com o FNAS.

OE5. Prevenir e reduzir a incidência de anomalias e perturbações de desenvolvimento fetal causadas pelos CAD, bem como a ocorrência de patologias na grávida, decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e medicamentos não prescritos

Ação 21. Reforço da articulação entre os serviços, de modo a permitir uma intervenção integrada aos diferentes níveis (promoção da saúde, prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos), em múltiplos contextos

A aposta no reforço à articulação entre os serviços, de modo a permitir uma intervenção integrada aos diferentes níveis (promoção da saúde, prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos) foi assegurada a diferentes níveis.

Nas **ARS, I.P.** existiu articulação entre as Equipas de Tratamento das DICAD, ao nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e de outras estruturas, no encaminhamento de grávidas e na saúde da mulher. Na **ARS LVT, I.P.** e na **ARS Algarve I.P.** existem protocolos e

articulações entre as ET e consultas para grávidas. Foram também realizadas várias reuniões no âmbito da integração e articulação entre serviços.

No que concerne à atividade da **DGRSP**, o "*Observatório da Toxicodependência*" do Estabelecimento Prisional (EP) Santa Cruz do Bispo (Feminino) deu resposta a inúmeras solicitações decorrentes do acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, da população reclusa deste EP que evidencia características particulares como sejam: antecedentes de toxicomania; consumos atuais / recentes de substâncias aditivas (lícitas e ilícitas) e risco de recorrência de consumos das ditas substâncias. Foram realizadas duas reuniões em 2013, com o intuito de aferir resultados, pretendendo demonstrar a eficácia de indicadores e responder às necessidades variáveis desta população. Foram também estabelecidos quatro protocolos no âmbito do "Acordo de Cooperação entre a Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e Da Toxicodependência e o Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo" para garantir a continuidade de tratamento de utentes em programa de substituição por cloridrato de metadona. Foi ainda dada continuidade ao "Programa de Controlo de Consumo de Drogas Ilícitas". Foi também operacionalizado o "Programa de Prevenção de Recaídas [PPR]" dirigido à patologia alcoólica e abrangendo 249 indivíduos, encontrando-se em fase de teste o "PPR" dirigido a toxicodependentes. No ano de 2013 apenas uma reclusa grávida se encontrava no programa de tratamento opioide com Metadona, dando continuidade ao mesmo em meio prisional. Existiu articulação com a ET de Xabregas e com o Hospital de Cascais, onde manteve um acompanhamento regular e mensal em consulta de especialidade.

OE6. Diminuir o risco de infeção por VIH/SIDA e a vulnerabilidade a esta infeção (em colaboração com o Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA)

Ação 24. Reforço da capacidade dos serviços de Tratamento e de RRMD na implementação de medidas que visem a sensibilização e a promoção da diminuição das infeções por VIH/SIDA

176

Foi reforçada a capacidade dos serviços de Tratamento e RRMD na implementação de medidas que visem a sensibilização e a promoção da diminuição das infeções por VIH / SIDA, nomeadamente: incremento da deteção de novas infeções; reforço da capacidade de referenciação para serviços especializados; contribuição para o aumento da adesão à Terapêutica Antirretroviral (TAR); disponibilização de medidas que reduzam o risco de novas infeções para as populações em tratamento.

O **Programa Troca de Seringas "Diz não a uma seringa em segunda mão" (PTS)** foi implementado em 1993, tendo como principal objetivo a prevenção da transmissão da infeção pelo VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis, através da distribuição de material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado. O campo de intervenção abrange as farmácias, postos móveis, organizações governamentais e não-governamentais, permitindo assim alargar a cobertura, melhorar e adequar o programa a contextos sociais e locais.

No ano de 2013, e depois da Associação Nacional de Farmácias ter revogado o protocolo de colaboração neste programa, as farmácias deixaram de efetuar trocas de seringas passando os Centros de Saúde a ocupar esse espaço de intervenção.

Foram desenvolvidas, de uma forma geral, ações na área da prevenção, com enfoque especial na redução dos riscos nos grupos mais vulneráveis à infeção.

Por outro lado, o novo modelo de funcionamento do Programa Troca de Seringas aprovado por Despacho Superior do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de 14/12/2012 contemplou a constituição de uma Comissão de Acompanhamento para fins de monitorização do Programa. A Comissão integra representantes do **Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA**, do **SICAD**, dos **Serviços Partilhados do Ministério da Saúde**, do **Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA** e de um elemento com intervenção neste processo ao nível das **Administrações Regionais de Saúde**. A comissão foi constituída em Outubro de 2013 e reúne-se mensalmente.

Na sequência do referido despacho, foram convocados para reunião representantes dos Conselhos Consultivos das cinco ARS, a qual teve lugar no dia 3 de Janeiro de 2013. O encontro teve como objetivo a definição dos procedimentos necessários à implementação do PTS nas estruturas de saúde dos Cuidados Primários de Saúde.

O ano de 2013 caracteriza-se pela alteração de implementação do Programa de Troca de Seringas, passando de uma adesão voluntária das farmácias, para um compromisso institucional das estruturas de saúde, promotora da equidade no acesso ao PTS. Em alternativa, foi estabelecida uma parceria com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), uma porta aberta para a prestação dos cuidados de saúde aos utilizadores de drogas injetáveis, tendo um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença, e ainda os Centros de Respostas Integradas (CRI) das Administrações Regionais de Saúde.

O quadro seguinte representa o número de seringas recolhidas no âmbito do PTS na sua globalidade, ou seja, nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, no Posto Móvel e nas ONG/OG que participam no Programa.

Quadro 40 – Seringas distribuídas/trocadas em Portugal nas estruturas participantes no PTS, de janeiro a dezembro de 2013

	Seringas distribuídas/trocadas	Seringas distribuídas/trocadas			ACES que participam no PTS	ONG/OG que participam no PTS
		Unidades CSP	ONG/OG	Posto Móvel		
Jan-dez 13	950.652	28.694	899.662	22.296	49	35

Fonte: Programa Nacional para a Infeção VIH SIDA: DGS.

No ano 2013, foram distribuídas/trocadas 950.652 seringas, nas estruturas participantes no Programa de Troca de Seringas (ACES, ULS, ORG/OG e Posto Móvel). O aumento das trocas de seringas efetuadas nas parcerias, deve-se ao facto das ONG/OG intervirem como equipas de proximidade, com horários alargados (noite) e em locais onde há tráfico e consumo de drogas. Em 2013 foram distribuídos 522.694 preservativos, no âmbito do Programa “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão”.

Por outro lado, também o sistema prisional (**DGRSP**) assegura a todos os reclusos entrados a continuidade dos tratamentos iniciados em liberdade e estimula o encaminhamento para as diferentes respostas de tratamento existentes nos Estabelecimentos Prisionais (EP). Assegura igualmente a todos os reclusos o acompanhamento e o tratamento dos reclusos com exames analíticos positivos para o VIH/SIDA, dispondo os EP de uma rede de referência para Hospital

do Serviço Nacional de Saúde com Infeciologia. O protocolo para solicitação de exames complementares de diagnóstico nos reclusos contempla o rastreio do HIV.²⁴⁶

OE8. Reduzir as consequências tardias e o impacto das dependências com e sem substância

Ação 27. Desenvolvimento de Intervenções que promovam a mudança de comportamentos nos cidadãos, incentivando-os a serem agentes proactivos na gestão da sua saúde, por forma a reduzir o impacto dos efeitos tardios dos CAD e (co) morbidades associadas

Ação 28. Desenvolvimento de Intervenções que identifiquem CAD e promovam respostas específicas a cidadãos com padrões de consumo que potenciam o desenvolvimento de consequências tardias

Tendo em atenção o impacto dos CAD, procurou-se desenvolver intervenções que promovam a mudança de comportamentos nos cidadãos, incentivando-os a serem agentes proactivos na gestão da sua saúde [Ação 27] e que identifiquem CAD e promovam respostas específicas a cidadãos com padrões de consumo [Ação 28], por forma a reduzir o impacto dos efeitos tardios dos CAD e (co) morbidades associadas.

No que respeita às Intervenções que promovam a mudança de comportamentos nos cidadãos, e no âmbito da articulação interinstitucional, o **SICAD** fez parte da **Comissão de Acompanhamento do Programa Troca de Seringas “Diz não a uma seringa em segunda mão”**. [informação mais detalhada na Ação 24]

Para o estabelecimento dos circuitos, necessidades e condições de implementação da **Experiência Piloto da Distribuição das Unidoses de Cloridrato de Metadona**, o **SICAD** participou num conjunto de reuniões de articulação com os interlocutores das cinco **ARS, I.P.**

Por outro lado, a intervenção em contextos laboral ao abrigo do **Projeto Europeu EURIDICE** realizou 10 ações de sensibilização que abrangeram cerca de 200 quadros, chefias e trabalhadores e visou a prevenção e a intervenção nas dependências do álcool e outras substâncias psicoativas, a promoção de hábitos saudáveis, a modificação de atitudes, comportamento e fatores de risco, o aumento dos conhecimentos sobre o consumo de substâncias em meio laboral.

²⁴⁶ Informação mais detalhada consta na Parte A – Tratamento em contexto prisional - deste Relatório.

OE9. Reduzir a mortalidade associada ao consumo de substâncias psicoativas.

Ação 29. Promoção e reforço das respostas que de acordo com evidência científica e as melhores práticas, demonstrem diminuir a mortalidade associada aos CAD, designadamente:

- **Levantamento das respostas específicas existentes;**
- **Proposta de planeamento de intervenções diferenciadas a desenvolver neste âmbito, nos diferentes contextos.**

Foram elaborados vários documentos de linhas orientadoras, designadamente Linhas Orientadoras para a Dissuasão, Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da reinserção de pessoas com CAD, Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.²⁴⁷

Foi também apresentado e posteriormente divulgado um material de Informação para Empregadores e Trabalhadores de Micro, Pequenas e Médias Empresas no que se relaciona com os CAD, no âmbito da intervenção em contexto laboral e na continuação do trabalho realizado ao abrigo do Protocolo entre o **SICAD** e **Autoridade para as Condições e Trabalho**. Esse material resultou do trabalho de uma equipa liderada pelo SICAD, que inclui representantes das Confederações Patronais, Confederações Sindicais, **Direção Geral de Saúde**, **Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho** e a **Comissão Nacional de Proteção de Dados**.

O **SICAD** integrou júris de concurso para promover a realização de ações ou iniciativas de sensibilização destinadas à prevenção do consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos.

Por outro lado a participação pelo **SICAD**, em Grupos de Trabalho, sobre a avaliação intercalar das metas da Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008 - 2015 nomeadamente no Grupo de Trabalho 3 - Aplicação das recomendações da Comissão Europeia relativas à fiscalização dos Grupos e Fatores de Risco, no Grupo de Trabalho 4 - Aperfeiçoamento da legislação e da aplicação do regime sancionatório no âmbito da segurança rodoviária e no Grupo de Trabalho 11 - Desenvolvimento de Campanhas de Comunicação com Vista à Redução de Comportamentos e Atitudes de Risco.

Por seu turno, a **Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR)** levou a cabo ações de despiste de exames de álcool e substâncias psicotrópicas (art.º 158.º, n.º 2 do Código da Estrada); aquisição de kits/bolsas para o transporte de amostras biológicas de sangue no âmbito da fiscalização do álcool); recolha de dados da fiscalização (álcool e substâncias psicotrópicas).

²⁴⁷ Mais informação sobre os documentos de linhas orientadoras na Ação 125.

Domínio da Oferta

No domínio da oferta, a diminuição da disponibilidade e do acesso às substâncias ilícitas tradicionais e às novas substâncias psicoativas, a regulação e regulamentação do mercado das substâncias lícitas (álcool, medicamentos e anabolizantes) e respetiva fiscalização e a harmonização dos dispositivos legais já existentes ou a desenvolver, nomeadamente no que se refere à área do jogo e da *internet*, constituem o centro das políticas e intervenções, assente no pressuposto da cooperação nacional e internacional.

1. Atuação no âmbito das substâncias ilícitas e das NSP

OG2. REDUZIR A DISPONIBILIDADE DAS DROGAS ILÍCITAS E DAS NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (NSP) NO MERCADO, ATRAVÉS DA PREVENÇÃO, DISSUAÇÃO E DESMANTELAMENTO DAS REDES DE TRÁFICO DE DROGAS ILÍCITAS, EM ESPECIAL DO CRIME ORGANIZADO, INTENSIFICANDO A COOPERAÇÃO JUDICIÁRIA, POLICIAL E ADUANEIRA, A NÍVEL INTERNO E INTERNACIONAL, BEM COMO A GESTÃO DAS FRONTEIRAS.

OE10. Reforçar a cooperação e a coordenação interinstitucionais, nos planos estratégicos e operacional

Ação 30. Reforço do funcionamento, no seio das Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta (UCIC), dos mecanismos de racionalização, centralização e coordenação da atividade desenvolvida por todas as entidades com intervenção na luta contra o tráfico de estupefacientes, e do exercício das respetivas atribuições e competências fixadas pelo Dec. Lei n.º 81/95, de 22 de Abril.

Ação 31. Desenvolvimento de projetos multidisciplinares de atuação complementar, coordenada, e de partilha de informação na fiscalização e na investigação criminal do tráfico de estupefacientes, designadamente por via marítima e por via aérea

Ação 32. Aumento dos índices de cooperação e articulação entre as diversas entidades com competências ao nível da fiscalização, vigilância, controlo e investigação criminal.

No sentido do reforço do funcionamento, dos mecanismos de racionalização, centralização e coordenação da atividade desenvolvida pelas entidades com intervenção na luta contra o tráfico de estupefacientes [Ação 30], à PJ, através da **Unidade de Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes (UNCTE)**, estrutura organizacional composta pela Direção, pelos Serviços Centrais e pelas Extensões, «compete disciplinar e praticar a partilha de informações oriundas de cada força ou serviço integrante e a coordenação das ações que devam ser executadas em comum.» (DL 81/95). No âmbito da ação da UNCTE no ano de 2013, atribui-se especial relevância à cooperação nacional e internacional, à fiscalização e controlo das fronteiras e à investigação criminal do tráfico organizado e das redes criminosas que o desenvolvem, quer a nível interno, quer, muito particularmente, a nível transnacional, área em que Portugal assume especiais responsabilidades no contexto europeu, estando os órgãos de polícia criminal e os serviços aduaneiros e de segurança obrigados a transmitirem à UNCTE todas as informações que obtenham acerca do fenómeno do tráfico de droga, assim como a transmissão de qualquer ação planificada sobre o fenómeno. Para tal foram criadas as

Unidades de coordenação e intervenção conjunta, as quais sob a coordenação e direção estratégica e tática da Polícia Judiciária.

A UNCTE/PJ, elabora relatórios estatísticos semestrais e anuais tendo por base a informação recebida através dos formulários TCDs. No ano de 2013 foram recebidos e tratados 3.104 Pedidos UCIC, de entre os quais foram identificadas 73 coincidências. Foram ainda recebidos 4469 Autos de Notícia e 693 Relatórios Finais. Ao longo deste período foi realizado um número não quantificável de ações de recolha de informação. Foram ainda realizadas pela UCIC um total de 28 reuniões; 4 reuniões da UCIC nacionais e 4 reuniões regionais por cada uma das 6 regiões UCIC consideradas. Em 2013 foi ainda iniciado o desenvolvimento do projeto MAR ABERTO.

No sentido da **promoção da cooperação interinstitucional nacional** [Ação 32], foi celebrado um protocolo de entendimento entre a **Polícia Judiciária/UNCTE** e a **Direção-geral da Autoridade Marítima Nacional (AMN)**.

A AMN, no ano de 2013, para o desenvolvimento das suas atribuições, contou com a sua estrutura operacional, a **Polícia Marítima (PM)**, distribuída por 28 comandos locais em toda a faixa litoral do Continente e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Na persecução do carácter de complementaridade entre a componente operacional do sistema de forças da Marinha/Comando Naval e os órgãos operativos da Autoridade Marítima Nacional, desenvolveu-se uma estreita cooperação que se revelou profícua. Neste âmbito foram realizadas 7.579 mil horas de navegação, em ações de soberania e patrulhamento marítimo, nas quais, complementarmente, foi executada prevenção, deteção, alerta e acompanhamento de presumíveis infratores em estreita cooperação com as demais entidades do Estado competentes em razão da matéria, utilizando as mais-valias dos seus sistemas. Foi definida a funcionalidade do elemento da polícia marítima de permanência no **Centro Operações Marítimas (COMAR)**, nomeadamente a ligação a outras entidades e órgãos de polícia criminal, que permite agilizar a intervenção em qualquer espaço de jurisdição marítima, nomeadamente no mar territorial com os meios disponíveis na AMN na perspetiva de combate ao narcotráfico e outras ações pertinentes em complemento das ações de rotina.

Assim, no âmbito da vigilância e fiscalização, a AMN, através da sua estrutura da PM, efetuou 92 364 ações de patrulhamento, vigilância e fiscalização no espaço de jurisdição da AMN, em atividade preventiva e repressiva de que resultou a apreensão de quantidades de droga com alguma expressão, contribuindo desta forma para a diminuição da oferta. No âmbito do trabalho desenvolvido foram realizados 23 autos de notícia.

No âmbito da cooperação internacional marítima, a AMN possui uma articulação e ligação em carácter de permanência com o **Maritime Analysis and Operations Center – Narcotics (MAOC-N)**. No âmbito dessa cooperação com o MAOC-N, tem sido possível efetuar, em estreita colaboração com outras FSS, em especial a PJ, a monitorização de inúmeras embarcações sob suspeita (na sua maioria no âmbito da cooperação internacional) por estarem a ser utilizadas no tráfico transcontinental, através da coordenação de ações policiais com agências policiais congéneres, e que resultaram na apreensão de quantidades significativas de cocaína.

O âmbito da **cooperação internacional** [Ação 32] da **PJ**, um dos aspetos expressivos da colaboração estabelecida com outros países, é o recurso ao instituto das entregas controladas, cuja concretização possibilita a identificação da extensão e a envolvimento, a vários níveis, de determinada operação de tráfico de droga, potenciando a detenção de pessoas e a apreensão de bens em vários países. Também em sede de cooperação internacional, destaca-

se, pela sua relevância, a participação da PJ em diversos projetos, promovidos pela Comissão Europeia e outros organismos europeus, mas também com outras regiões do globo, destacando-se a cooperação com diversos Países Africanos.

Na **GNR** a vertente **cooperação** [Ação 32] é otimizada no âmbito da criação de equipas mistas (Ex. Equipa Mista de Prevenção da Criminalidade da Região do Algarve - EMPCRA) operacionalizada através de reuniões entre as diversas entidades com responsabilidade nesta matéria. Foram realizadas 15 reuniões a nível bilateral, no âmbito dos processos em Investigação.

OE11. Reduzir a produção, o tráfico e conseqüentemente a oferta de drogas ilícitas e de novas substâncias psicoativas

Ação 33. Aumento do número de ações de vigilância e fiscalização em mar e na zona ribeirinha

As ações de vigilância e fiscalização em mar e na zona ribeirinha são realizadas pela **GNR** e pela **AMN**. No ano de 2013, a GNR executou 1968 ações de fiscalização efetuadas pela Unidade de Controlo Costeiro (UCC). A AMN através da PM - estrutura operacional, distribuída por 28 comandos locais em toda a faixa litoral do Continente e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, efetuou 92.364 ações de patrulhamento, vigilância e fiscalização, em atividade preventiva e repressiva das quais resultou a apreensão de quantidades de droga com alguma expressão, contribuindo desta forma para a diminuição da oferta. Das ações supra referidas, 36 foram especificamente dirigidas ao combate do narcotráfico, em âmbito repressivo, ocorrendo em espaços marítimos das costas Algarvia e Vicentina.

Ainda no âmbito das ações de rotina de fiscalização e policiamento desenvolvidas pela PM, nomeadamente no Comando Local de Lisboa, a bordo dos transportes fluviais públicos, foram autuados 17 indivíduos por posse de estupefacientes em quantidades superior aos limites máximos permitidos para cada dose média individual diária.

Ação 34. Instalação do Sistema de Vigilância e Controlo de Costa (SIVICC)

Durante o ano de 2013 foi desenvolvido pela **GNR** o projeto denominado *Sistema Integrado de Vigilância Comando e Controlo* (SIVICC).

Ação 35. Aumento do número de ações de controlo conjunto e fiscalização de passageiros/mercadorias tendo como destino final Portugal, em voos procedentes de países considerados de risco

No âmbito das operações de controlo e vigilância de passageiros e análises de risco, relacionados com suspeitos de envolvimento no tráfico de droga por via aérea, foi desenvolvido pela **PJ**, no período em análise, um trabalho profícuo. Foram reportadas em 642 situações de controlo desenvolvidas no Aeroporto de Lisboa.

Ação 36. Desenvolvimento de projetos operacionais conjuntos regulares, com incidência nas zonas costeira e insular.

No que se refere ao desenvolvimento de projetos operacionais conjuntos regulares, com incidência nas zonas costeira e insular foram desenvolvidas pela **AMN 27** Operações conjuntas. A **GNR** contribui para esta ação através do projeto **SIVIC**, já que o mesmo incide nas referidas zonas. No âmbito da participação da **PJ** no **MAOC-N**, tem-se procedido ao tratamento e monitorização de inúmeras embarcações sob suspeita (na sua maioria no âmbito da cooperação internacional) de estarem a ser utilizadas no tráfico transcontinental, através da coordenação de ações policiais com agências policiais congéneres, que têm resultado na apreensão de quantidades bastante significativas de cocaína. Neste âmbito reporta-se a execução de 20 ações.

Ação 37. Aumento do número de ações de controlo, vigilância e fiscalização em pequenos aeroportos e aeródromos.

No âmbito das ações de controlo, vigilância e fiscalização em pequenos aeroportos e aeródromos foram executadas pela **PSP** 37 ações e pela **GNR** foram realizadas 5 ações. A estrutura da **UNCTE** da **PJ** integra uma Secção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes especializada na valência da via aérea, recolhendo de forma sucessiva, mas também direcionada, informação criminal associada à eventual utilização das diversas estruturas aeroportuárias para a prossecução do tráfico de droga. No que concerne aos aeroportos internacionais de Lisboa, Porto, Faro e Funchal a **PJ** dispõe de elementos aí destacados em permanência.

Ação 38. Identificação e desmantelamento de estruturas criminosas responsáveis pelo cultivo, produção e transformação, de produtos estupefacientes e substâncias psicotrópicas, procedendo à detenção dos seus responsáveis bem como à apreensão das substâncias produzidas e dos materiais utilizados

A **UNCTE/PJ** tem produzido de forma regular relatórios operacionais sobre as atividades ilícitas de indivíduos e organizações criminosas a operarem no nosso território. A intervenção das autoridades tem vindo a detetar de forma regular pequenas produções de *canábis in door*.

Ação 39. Identificação e desmantelamento de estruturas criminosas de cariz internacional responsáveis pela introdução em território nacional de produtos estupefacientes e substâncias psicotrópicas, procedendo à detenção dos seus responsáveis bem como à apreensão das substâncias produzidas e dos materiais utilizados.

Em 2013 foram identificados pela **PJ**, um total de 5.465 intervenientes relacionados com tráfico de estupefacientes, dos quais 4.313 detidos (79%), detidos estes que integravam os vários grupos criminosos investigados, parcial ou integralmente desarticulados no nosso país.

Destes detidos, 695 (16%) tinham nacionalidade de países estrangeiros sendo portugueses os restantes 84%.

Ação 40. Identificação e detenção de grupos /indivíduos responsáveis pela distribuição de estupefacientes aos consumidores, apreendendo as drogas traficadas

Ação 41. Reforço da 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

No âmbito destas duas Ações, é realizado pela **GNR** um trabalho de patrulhamento de proximidade diariamente, orientado para locais conotados com a prática de ilícito, incluindo tráfico de estupefacientes, são também desenvolvidas operações policiais de combate ao tráfico de estupefacientes, das quais resulta a detenção de indivíduos conotados com a venda/comercialização. No ano de 2013 foram detidos pela GNR 969 indivíduos por tráfico de estupefaciente.

Ainda no âmbito das ações de rotina de fiscalização e policiamento desenvolvidas pela **AMN/PM**, nomeadamente no Comando Local de Lisboa, a bordo dos transportes fluviais públicos, foram autuados 17 indivíduos por posse de estupefacientes em quantidades superior aos limites máximos permitidos para cada dose média individual diária.

Ainda em relação ao reforço da 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 a **PSP**, efetuou a detenção de 1288 indivíduos.

Destaca-se, também, o **Programa Escola Segura**, o qual desenvolve a sua atividade direcionada para a comunidade escolar, centrando a sua ação nas seguintes vertentes: visibilidade e proximidade; prevenção de ilícitos criminais e de contraordenação; prevenção de incivildades; fiscalização de trânsito; segurança rodoviária; fiscalização de estabelecimentos e outras áreas, frequentados por menores e realização de ações de sensibilização e de formação. Neste sentido e decorrente no início do ano letivo, ou seja, no período compreendido entre setembro e outubro de 2013, a PSP desenvolveu a nível nacional uma mega operação policial, sendo que os principais resultados e relacionados com os CAD foram os seguintes: 116 Detenções das quais 16 Detenções por tráfico de estupefaciente e 39 Detenções por condução com excesso de álcool e apreendidos 23,25 gr de Cocaína; 23,1 gr de Heroína e 720, 32 gr de Haxixe. Para além destes resultados foram, ainda realizados 26 Autos de Ocorrência com notificações para as CDT por consumo de estupefaciente.

Ação 42. Manutenção das ações inspetivas e de fiscalização aos espaços ou estabelecimentos nos quais exista a suspeita de serem disponibilizadas, para consumo humano, novas substâncias psicoativas que possam apresentar perigo para a vida humana ou a saúde pública

No que concerne à inspeção e fiscalização aos espaços ou estabelecimentos nos quais exista a suspeita de serem disponibilizadas, para consumo humano, novas substâncias psicoativas que possam apresentar perigo para a vida humana ou a saúde, foram realizadas

pela PSP 306 ações de fiscalização; pela **GNR** foram realizadas 258 Ações e pela **ASAE** foi planeada 1 ação de fiscalização.

OE12. Contribuir para assegurar um nível elevado e equivalente de controlo ao longo da fronteira externa da UE, nomeadamente no espaço transatlântico e euroafricano, como forma de melhorar a prevenção da entrada de drogas ilícitas e de novas substâncias psicoativas no território da União Europeia

Ação 43. Desenvolvimento de ações e projetos específicos visando recolher informação sobre as atividades de grupos criminosos

No que se refere ao desenvolvimento de ações e projetos específicos visando recolher informação sobre as atividades de grupos criminosos, a **AMN** realizou 11 ações, destacando-se as realizadas pelo Grupo de Mergulho, no âmbito do controlo e fiscalização da fronteira marítima externa da União Europeia, com as entidades que integram o Centro de Cooperação Policial e Aduaneira de Vila Real/Ayamonte, nomeadamente no combate ao tráfico de estupefacientes e na interceção de indivíduos com mandado de detenção europeu/internacional.

A **UNCTE/PJ** através da sua Secção Central de Informação Criminal, tem vindo a desenvolver diversas ações, em termos de análise de informação, para proceder à identificação e avaliação da atividade de grupos criminosos. No ano de 2013 foram desenvolvidos 5 relatórios de análise, relacionados com redes ou grupos criminosos, assim como 2 Relatórios de Informação.

No âmbito da atividade desenvolvida diariamente pela GNR, verifica-se a recolha e tratamento de informação relacionada com atividades de grupos conotados com atividades ilícitas, informação essa que, após ser tratada pelo órgão competente, é reportada superiormente e no âmbito da EMPCRA. Foi ainda realizado 1 Projeto; 5 ações no âmbito da FRONTEX (Agência Europeia de Gestão da Cooperação Operacional nas Fronteiras Externas dos EM da EU) e 106 ações de Controlo Móvel.

Ação 44. Desenvolvimento, designadamente em cooperação com as autoridades policiais e outros países sempre que se justifique, de investigações específicas sobre atividades de grupos criminosos

No que se refere à cooperação internacional, com as autoridades policiais e outros países em investigações específicas sobre atividades de grupos criminosos, foram segundo dados provenientes da **PGR**, expedidas 6 cartas rogatórias pelo DIAP de Lisboa e 1 carta rogatória pelo DCIAP, e foram recebidas 17 cartas rogatórias no DIAP de Lisboa e 5 cartas rogatórias no DCIAP.

No decurso do ano de 2013, foram desenvolvidas pela **PJ** várias investigações que impuseram a articulação e coordenação de esforços com congéneres estrangeiras e agências internacionais. Foi realizada 1 reunião de trabalho, envolvendo diversas autoridades sob a égide da Europol (Operação Orange/travessia) e participou numa JIT – Equipa de Investigação

Conjunta - no quadro da Eurojust. Neste período foi ainda dado cumprimento a 17 cartas rogatórias. A PJ (via MAOC-N) participou ainda em 65 reuniões de coordenação e em termos de cooperação com outras autoridades policiais realizou 258 ações.

OE13. Prevenir o desvio de precursores e pré-precursores de drogas ilícitas e de outras substâncias químicas associadas ao seu fabrico, importadas para a União Europeia

Ação 49. Adaptação da legislação nacional à legislação comunitária sobre a prevenção do desvio ilícito de precursores e outras substâncias utilizadas no fabrico ilícito de drogas.

No âmbito da adaptação da legislação nacional à legislação comunitária sobre a prevenção do desvio ilícito de precursores e outras substâncias utilizadas no fabrico ilícito de drogas foi criada e aprovada a Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril. Este documento legal aprova a lista de novas substâncias psicoativas a que se refere o artigo 3º do Decreto-Lei n.º 54/2013, designadamente as seguintes:

- Feniletilaminas e Derivados
- Piperazinas e Derivados
- Derivados da Catinona
- Canabinóides Sintéticos
- Derivados/análogos da Cocaína
- Plantas e respetivos constituintes ativos entre outras.

OE14. Reforçar a cooperação e a coordenação com os organismos e agências internacionais e europeias competentes

Ação 52. Aumento da capacidade de partilha de informação no âmbito estratégico e operacional

A PJ participou em 14 reuniões e conferências internacionais no âmbito das instituições e agências europeias e das Nações Unidas.

Foi registado um aumento do fluxo de informação quer institucional, quer informal, através dos vários OL. Foram recebidos e tratados 161 registos através do MAOC, 307 com a UNE, dos quais 34 foram contributos para ficheiros de análise e um total de 232 registos, via Oficiais de Ligação acreditados em Lisboa.

A PJ na abordagem ao fenómeno do tráfico de estupefacientes e substâncias psicotrópicas e seus precursores participou em diversas reuniões, conferências internacionais, no âmbito de vários grupos de trabalho e projetos. Assinalam-se assim os seguintes:

- ISF (*Instrument for Stability*): Cocaine Route: Anti-Money Laundering in West Africa – 2 participações

- Projectos EMPACT (West Africa/Cocain, Heroine Route/Synthetic Drugs/NEC meeting – 9 participações
- Conselho UE: Grupo DAPIX, Comité do Artigo Trinta e Seis(CATS), Law Enforcement Working Party, COSI Workshop “EU Funding Meeting”, Reunião de Coordenação EUROJUST Projecto INFOPOLEX – 30 participações
- EUROPOL: Reuniões Chefes UNE’s, Grupo ICT Matters - 6 participações
- Seminários/Conferências EUROPOL: - 6 participações
- Reuniões de teor operacional: 3 participações
- ONU: Comissão de Estupefacientes da ONU – 1 participação
- G-4 (FR,PT,ES e Marrocos) – Reunião subgrupo “Luta conta o tráfico de drogas” – 2 participações.²⁴⁸

OE15. Reforçar a cooperação judiciária no âmbito europeu, foram desenvolvidas várias ações e iniciativas nacionais e internacionais

Ação 53. Manutenção e reforço da comunicação e articulação com a EUROJUST

No que se refere à Manutenção e reforço da comunicação e articulação com a **EUROJUST**, durante o ano de 2013, Portugal solicitou a intervenção de outros países através deste organismo, em 7 pedidos relacionados com a investigação de tráfico de estupefacientes, tendo a intervenção de Portugal, através da Eurojust, sido solicitada por outros países em 8 situações.

OE17. Explorar as eventuais ligações entre a produção e o tráfico de droga e o financiamento do terrorismo

Ação 57. Implementação e consolidação de mecanismos de recolha e análise que permitam identificar possíveis ligações entre produção e tráfico de droga e o financiamento de terrorismo, designadamente ao nível da: - identificação do estabelecimento de sinergias entre estruturas da criminalidade organizada e comum com organizações terroristas; - avaliação permanente do peso relativo do tráfico de estupefacientes no financiamento do terrorismo

Entre as **Unidades de Coordenação e Intervenção Conjunta (UCIC)** [no âmbito do tráfico] e a **Unidade de Coordenação Antiterrorismo (UCAT)**, tem-se estabelecido a cooperação necessária para a avaliação da eventual ligação entre os dois fenómenos. De sublinhar que os organismos que compõem a UCIC encontram-se presentes na UCAT, em particular a **PJ**. Desse modo, e tendo como referência o ano de 2013, não foi colhido qualquer elemento a partir do qual se vislumbassem ligações objetivas entre a produção e o tráfico de drogas e o financiamento do terrorismo.

²⁴⁸ Mais informação sobre esta ação consta do capítulo Relações Internacionais e Cooperação e do capítulo Coordenação.

OE18. Aumentar a atividade de prevenção na área da criminalidade associada a droga, mormente no branqueamento de capitais

Ação 58. Manutenção e reforço dos mecanismos e suportes operacionais destinados a investigar no plano financeiro e patrimonial as organizações criminosas e as estruturas económicas a elas associadas, maximizando a apreensão e o confisco de bens e valores gerados pelo tráfico de estupefacientes

Em 2013 a **UIF/PJ** prestou informação em 31 casos a solicitações relativas ao levantamento de informação patrimonial e de rendimentos necessária a investigações relacionadas com o crime de branqueamento tendo como subjacente o tráfico de estupefacientes.

Ainda no período em análise foram enviados 18 relatórios resultantes da análise das comunicações suspeitas recebidas na UIF e que indicaram o tráfico de estupefacientes como crime subjacente.

Ação 59. Reforço das ações visando detetar cash flows de origem criminosa com repercussão interna e externa, designadamente com destinos de alto risco fora da EU, incluindo o controlo de movimento de dinheiro líquido na fronteira

A **PJ/UIF**, no âmbito das suas competências em matéria de prevenção do BC/FT²⁴⁹, recebe da AT (Autoridade Tributária e Aduaneira), informação relativa às declarações de transporte de dinheiro líquido nas fronteiras. No ano de 2013, recebeu 1173 declarações.

Ação 60. Recolha e análise de informação, incluindo a montante da investigação criminal, que permita uma permanente caracterização, identificação e avaliação das estruturas económicas associadas às organizações criminosas

PJ/UIF participa de forma continuada nos seguintes projetos de intercâmbio de informação operacional, ao nível da prevenção de branqueamento de capitais: Egmont Secure Web, FIU.net, Sustrans:

- Tem 37 Memorandos de entendimento para troca de informação com as congéneres.
- Participou no processo da entrada da UIF angolana no Grupo Egmont.
- Realiza com frequência reuniões com as entidades sujeitas aos deveres de prevenção nos termos da Lei 25/2008, de 5 de junho.
- Participa no Grupo de trabalho e na Delegação ao GAFI, coordenado pelo BP, nomeadamente na Análise de Risco nacional do BC/FT cujos trabalhos ainda estão a decorrer.
- É membro e participa nas reuniões do Grupo Egmont e da Plataforma FIU-EU.
- Organizou o II Encontro com o setor não financeiro com o objetivo de divulgar as boas práticas, no âmbito da cooperação recíproca entre estas entidades, as respetivas entidades supervisoras/fiscalizadoras e a UIF.
- Publica anualmente um relatório que é difundido pelas entidades com responsabilidades na prevenção do BC/FT.

²⁴⁹ BC/FT “prevenção do risco de branqueamento de capitais e financiamento do terrorismo”.

- Dá formação às entidades sujeitas nos termos a solicitação destas.

OE19. Aumentar a formação e o conhecimento para os serviços de aplicação da lei

Ação 61. Desenvolvimento e reforço do n.º de ações de formação e número de formandos, diversificando o seu objeto.

No período em análise a **PJ** através da **Escola da Polícia Judiciária (EPJ)** desenvolveu 7 ações de formação com 152 participantes sobre diversas dimensões da temática do tráfico de estupefacientes.

No que diz respeito ao objetivo “Aumentar a formação e o conhecimento para os serviços de aplicação da lei” a **PSP** desenvolveu, em 2013, um curso de aperfeiçoamento em Investigação Criminal para um total de 82 formandos.

No que concerne à formação, a **AMN** ministrou uma ação de formação aos oficiais futuros Comandantes Locais/Capitães de Porto, na área da deteção, reconhecimento e identificação de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como, procedimentos de âmbito processual nas referidas áreas. No Comando local da PM de Lisboa, foram realizadas duas palestras de esclarecimento, promovida pela Comissão para Dissuasão da Toxicodependência (CDT), sobre a descriminalização do consumo de drogas – a intervenção na dissuasão. No Algarve, o Comando Local da PM de Faro, participou nas reuniões e operações da Equipa Mista de Prevenção criminal para a Região do Algarve (EMPCRA) durante o ano de 2013, cujo objetivo está centralizado no combate à criminalidade, designadamente no combate ao tráfico de estupefacientes.

OE20. Prevenção e controlo da entrada e circulação de estupefacientes, bem como de outras substâncias ilícitas em meio prisional

Ação 62. Aumento do número de buscas e revistas, designadamente através da realização de buscas gerais e parciais bem como a intensificação de ações com recurso a meios cinotécnicos

No que diz respeito à prevenção e controlo da entrada e circulação de estupefacientes, bem como de outras substâncias ilícitas em meio prisional e em relação ao aumento do número de buscas e revistas, designadamente através da realização de buscas gerais e parciais bem como a intensificação de ações com recurso a meios cinotécnicos, a **DGRSP** realizou, durante o ano de 2013, 213 Buscas e 242 Revistas.

Ação 63. Aumento da atividade de deteção de substâncias ilícitas, intensificando o controlo à entrada das visitas de reclusos, com intervenção de meios cinotécnicos

No que se refere à da atividade de deteção de substâncias a **DGRSP** procede ao registo de todos os funcionários e utentes, bem como, de todas as viaturas que circulam no interior dos estabelecimentos prisionais. Através de Intensificação de ações com recurso a meios

cinoténicos e do Grupo Operacional Cinoténico, foi apreendido 6.229,28g de Haxixe; 977,70g de Heroína e 146,64g de Cocaína.

Ação 64. Realização de revistas aos reclusos que regressam de saídas jurisdicionais ou de licenças de curta duração, entre outras

A **DGRSP** realiza testes de despistagem de consumos, especialmente aos reclusos que regressam de saídas jurisdicionais ou de licenças de curta duração e de todos os reclusos que beneficiam de visitas íntimas.

2. Atuação no âmbito do álcool, medicamentos e anabolizantes

2.1. Álcool

OE21. Garantir que a disponibilização, venda, acesso e consumo de álcool no mercado, seja feita de forma segura e não indutora de uso/consumo de risco e nocivo, através da educação, de regulação, regulamentação e fiscalização adequadas.

Ação 68. Estudo para a implementação da fiscalização adequada relativa às regras de publicidade

No âmbito desta ação foi iniciado um processo de estruturação de um protocolo de colaboração com o **ICAP (Instituto Civil da Autodisciplina de Comunicação Comercial)**, visando as áreas de interceção entre a comunicação comercial e os comportamentos aditivos. No âmbito dos compromissos do **FNAS**, alguns membros iniciaram processos de revisão (APCV) e de elaboração (ANEBE e ACIBEV) de códigos de autorregulação na comunicação comercial.

2.2. Atuação no âmbito do Jogo

OG4. PROPORCIONAR OPORTUNIDADES DE JOGO LEGAL E SEGURO, E NÃO INDUTOR DE COMPORTAMENTO ADITIVO

OE23. Proporcionar oportunidades de jogo legal e seguro, e não indutor de comportamento aditivo, através de legislação, regulamentação e fiscalização adequadas.

No ano de 2013, regista-se a inclusão do jogo enquanto adição sem substância no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.

Na ordem jurídica portuguesa o direito de explorar jogos de fortuna ou azar é reservado ao Estado e só pode ser explorado nos casinos das zonas de jogo e por empresas a quem o Governo adjudicar a concessão.

Sendo uma atividade que visa essencialmente proporcionar fins lúdicos, de animação e diversão, está no entanto, pelas suas particularidades, ainda associada a diversas incidências económicas e sociais, entre as quais o desenvolvimento por algumas pessoas de patologias ligadas ao jogo compulsivo ou de jogo patológico.

Porém, a par da oferta do jogo legal, coexistem ainda por todo o país ofertas, explorações e práticas de jogo ilegal diversificadas, quer presenciais quer à distância, através da internet.

Ação 75. Fiscalização e controlo do jogo profissional – recolha e análise dos dados disponíveis

Ao **Serviço de Inspeção de Jogos do Turismo de Portugal**, enquanto serviço de inspeção e fiscalização, compete-lhe exercer, em nome do Estado, a inspeção tutelar sobre a exploração e a prática de jogos de fortuna ou azar e a execução das obrigações das concessionárias das zonas de jogo e das salas de jogo do bingo.

No âmbito da sua missão e das linhas estratégicas definidas na atividade desenvolvida durante o ano de 2013, destaca-se:

- Fiscalização e inspeção permanente da exploração e prática dos jogos de fortuna ou azar nos 11 casinos em exploração nas zonas de jogo;
- Fiscalização e inspeção da exploração do jogo do bingo nas 15 salas concessionadas;
- Colaboração com entidades policiais e outros órgãos de polícia criminal do âmbito das ações de prevenção e combate ao jogo ilegal;
- Realização de peritagens a material e equipamentos de jogos de fortuna ou azar.

Sendo a primeira vez que o jogo surge no plano nacional das dependências, a intervenção estratégica do Serviço de Inspeção de Jogos seguiu a linha estratégica dos anos anteriores, com a disponibilização de um serviço de atendimento ao público durante o período de funcionamento dos casinos e em horário normal na sede do Serviço de Inspeção de Jogos.

A par disso, com o novo contexto de enquadramento do jogo, acentuaram-se como prioridades da ação desenvolvida:

- O reforço da componente informativa dos jogadores;
- O desenvolvimento de práticas de jogo responsável.

Na componente informativa realizada através do atendimento público e por meios eletrónicos foi dado um maior enfoque:

- Sensibilização e prevenção para os riscos do jogo e para o problema do desenvolvimento de dependência ou práticas descontroladas de jogo;
- Divulgação da possibilidade de autoexclusão e proibição de acesso às salas de jogos;
- Disponibilização pelos concessionários aos jogadores, de folhetos informativos sobre os riscos associados ao jogo.

A par disso, a atividade inspetiva e de regulação esteve ainda orientada para, em colaboração com as empresas concessionárias dos casinos e salas de jogo do bingo, a implementação de recomendações e instruções relacionadas com práticas de jogo responsável.

Embora não exista uma relação direta entre as proibições de acesso às salas de jogos e a adição ao jogo, aquele mecanismo constitui um dos instrumentos legais ao nível da prevenção e do desenvolvimento de práticas de jogo responsável.

Durante o ano de 2013, solicitaram a auto exclusão e a determinação da proibição de acesso às salas de jogos 474 jogadores e 102 foram proibidos de aceder por determinação administrativa sancionatória.

Quadro 41 - Proibições de acesso salas de jogos (Nº)

Proibições de acesso salas de jogos	2012	2013	</>
Pedidos de proibição (autoexclusão)	479	474	-5
Proibições administrativas sancionatórias	80	102	22
Total	559	576	17

Fonte: Serviço de Inspeção de Jogos: Turismo de Portugal, I.P.

Quando comparados com os números de 2012, regista-se uma ligeira diminuição dos pedidos de autoexclusão e um acréscimo significativo das proibições sancionatórias.

Na vertente da colaboração com entidades policiais e judiciais no âmbito da prevenção e combate ao jogo ilícito, o Serviço de Inspeção de Jogos prestou apoio técnico em 24 ações de investigação de jogo ilícito.

No domínio pericial, foi solicitada a intervenção técnica do Serviço de Inspeção de Jogos em 1281 processos de natureza criminal ou contraordenacional.

Quadro 42 - Intervenção no âmbito do jogo ilícito (Nº)

Intervenção no âmbito do jogo ilícito	2012	2013	</>
Colaboração em ações de investigação de jogo ilícito	32	24	-8
Solicitação de apoio pericial em processos-crime e contraordenação	1625	1281	-344

Fonte: Serviço de Inspeção de Jogos: Turismo de Portugal, I.P.

Temas Transversais

Dando continuidade à estratégia preconizada nos últimos anos, a Informação e Investigação, a Formação e Comunicação, a Cooperação internacional e a Qualidade permanecem como temas transversais aos domínios da Procura e da Oferta, enquanto garante da produção de conhecimento, operacionalizado através da capacitação de todos os agentes envolvidos: decisores, profissionais e cidadãos.

Assim, assumiu-se, como referência, um grande objetivo geral comum (OG.5), tendo sido, posteriormente, definidos objetivos específicos e ações por cada um dos temas transversais.

OG.5. ASSEGURAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS CIDADÃOS E A SUSTENTABILIDADE DAS POLÍTICAS E INTERVENÇÕES ATRAVÉS DA CRIAÇÃO DE CONHECIMENTO, DA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, DA COMUNICAÇÃO E DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL.

1. Informação e Investigação

OG5.1. CONSOLIDAR A INFRAESTRUTURA DE CONHECIMENTOS E PROCEDER A UMA ANÁLISE ATEMPADA, HOLÍSTICA E EXAUSTIVA DA SITUAÇÃO

OE24. Investir na recolha normalizada de dados e no desenvolvimento de indicadores cientificamente comprovados a nível europeu e internacional, que sejam relevantes para as políticas adotadas

Ação 79. Reforço da recolha normalizada de dados no domínio da procura

No âmbito desta ação, em 2013 foram implementados vários estudos e disponibilizada informação relativa a vários indicadores, designadamente sobre *prevalências/incidências e padrões de consumo de substâncias psicoativas e de práticas de jogo em diferentes populações (etapas do ciclo de vida e contextos)* [Ação 79.a]. São de destacar os indicadores disponibilizados sobre prevalências e padrões de consumo de substâncias psicoativas e de práticas de jogo no contexto da população geral (residente em Portugal), e os indicadores sobre prevalências e padrões de consumo de substâncias psicoativas (nomeadamente as novas substâncias psicoativas) em populações e contextos específicos, como é o caso do contexto universitário e contextos festivos.²⁵⁰

Por outro lado, e no que respeita a indicadores sobre os *problemas relacionados com consumo de substâncias psicoativas e com o jogo* [Ação 79.b], em 2013 foram implementadas diversas medidas com vista à otimização da recolha normalizada de dados e à disponibilização de indicadores cientificamente comprovados, sendo de destacar as relacionadas com a identificação das necessidades de otimização dos sistemas de informação existentes e a respetiva reestruturação com vista a esta otimização.

A este propósito é de destacar o trabalho desenvolvido em 2013, pelo **SICAD** e **ARS, I.P.** na área do tratamento (SIM - Sistema de Informação Multidisciplinar) e, pelo SICAD e **CDT**, na área da dissuasão (Registo Central de contraordenações por consumo de drogas), sem prejuízo do trabalho desenvolvido no âmbito da monitorização das intervenções nas outras áreas [informação na Ação 82]. A nível do SIM, para além da criação de mecanismos de melhoria das práticas de registo, foram desenvolvidos trabalhos no sentido da sua manutenção evolutiva a novas Unidades e a novas dependências, designadamente a definição de indicadores no âmbito das novas substâncias psicoativas e da dependência do jogo [informação na Ação 82]. No que se reporta ao Registo Central de contraordenações por consumo de drogas, deu-se início aos trabalhos de planeamento do novo sistema que o irá substituir – Sistema de Gestão e Informação Processual (SGIP) –, após a identificação das necessidades de informação, nomeadamente as relacionadas com a disponibilização de indicadores cientificamente comprovados.

A nível dos sistemas de informação dos Serviços do **Ministério da Administração Interna (MAI)** com especiais responsabilidades nas áreas de intervenção relacionadas com os CAD

²⁵⁰ Informação mais detalhada dos estudos na Ação 85.

(GNR, PSP, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e ANSR), foi elaborado em 2013 o Relatório *Comportamentos aditivos e dependências (CAD): Áreas de atuação do MAI, indicadores e monitorização* (Quaresma, C., MAI, 2013), o qual permitiu, entre outros, uma identificação das necessidades de otimização dos respetivos sistemas de informação no que se refere aos indicadores nestas áreas, designadamente os caracterizadores de problemas relacionados com consumo de substâncias psicoativas e com o jogo.

São de destacar também as alterações metodológicas realizadas em 2013 no registo de dados relativos a doenças infecciosas na população reclusa em tratamento da toxicodependência (DGRSP), o que permitiu a disponibilização de dados desagregados relativos aos reclusos em tratamento da toxicodependência.

Quanto ao trabalho desenvolvido com vista ao aumento da disponibilidade de *informação económica e financeira sobre as intervenções* nas áreas da prevenção, dissuasão, RRMD, tratamento e reinserção, remete-se para a informação na Ação 84.

Ação 80. Reforço da recolha normalizada de dados no domínio da oferta

No que respeita aos indicadores sobre os *mercados de drogas* [Ação 80.a], são de destacar em 2013 as atividades relacionadas com a criação de mecanismos e procedimentos de melhoria das práticas de registo e comunicação de dados.

Entre estas, é de referir a nível dos indicadores sobre as apreensões policiais, a participação da PJ e do SICAD em reuniões técnicas organizadas pelo OEDT e no projeto-piloto *EU Member States practices in recording and reporting drug seizures data: a mapping exercise*.

No que se reporta aos indicadores sobre os *mercados de bebidas alcoólicas* [Ação 80.b], em 2013 não foram implementadas atividades de especial relevância no âmbito da otimização desta informação, sendo de registar apenas as relacionadas com recolha de dados e disponibilização de informação, designadamente em resposta a compromissos internacionais.

Relativamente a *indicadores económicos e financeiros relativos às atividades no domínio da oferta* relacionadas com drogas e álcool [Ações 80.a e 80.b], é de destacar o exercício realizado a nível dos serviços do MAI nas áreas de intervenção relacionadas com álcool e drogas, constante no Relatório *Comportamentos aditivos e dependências (CAD): Áreas de atuação do MAI, indicadores e monitorização* (Quaresma, C., MAI, 2013), o qual permitiu, entre outros, identificar as necessidades de otimização da informação nestas matérias.

A nível dos indicadores sobre os *mercados do jogo e indicadores económicos e financeiros relativos às atividades no domínio da oferta* [Ação 80.c], em 2013 foi iniciado o processo de identificação das necessidades de informação, indicadores chave e serviços fonte de dados, aproveitando o trabalho desenvolvido a nível nacional no âmbito do projeto *Costing Addictions* (programa ALICE-RAP).²⁵¹

²⁵¹ Informação do estudo na Ação 89.d.

Ação 81. Reforço e dinamização da rede nacional de serviços fonte de dados no âmbito do Sistema Nacional de Informação sobre Substâncias Psicoativas, Comportamentos Aditivos e Dependências

Com vista a potenciar sinergias e a articulação entre os parceiros, foi alargada a rede nacional de serviços fonte de dados do Sistema Nacional de Informação sobre Substâncias Psicoativas, Comportamentos Aditivos e Dependências, concretizando-se a integração formal de quatro novos Serviços (**Turismo de Portugal, I.P., Associação Portuguesa de Casinos, Departamento de Jogos da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa e Administração Central do Sistema de Saúde**). Esta rede tem vindo a ser consolidada há mais de uma década, permitindo trabalhar de forma integrada e sustentável e potenciando o valor da informação e do conhecimento nestas áreas.

É de notar, e de forma transversal às diversas Ações relacionadas com o OE24, que o anteriormente explanado apenas se refere ao realizado em 2013 enquanto valor acrescentado ao já existente, sem prejuízo de todo o restante trabalho de continuidade e manutenção dos sistemas de informação de rotina dos serviços fonte dos dados, que tem permitido a disponibilização de indicadores relevantes para o planeamento e avaliação das políticas e intervenções. Refira-se a título de exemplo, a utilização de alguns destes indicadores no âmbito da elaboração PNRCAD 2013-2020, seja a nível da definição dos Indicadores e Metas, seja da elaboração do *Enquadramento Epidemiológico Nacional* (geral e por etapa do ciclo de vida).

Também de forma transversal às diversas Ações, importa referir o muito trabalho realizado em fora europeus e internacionais com vista à otimização da recolha normalizada de dados e desenvolvimento de indicadores cientificamente comprovados, em particular os trabalhos no âmbito do **OEDT** e **OMS**.

Por último, importa ter presente que este OE24 está intrinsecamente associado ao realizado a nível dos restantes Objetivos Específicos deste OE5.1., nomeadamente o próximo que se encontra a montante deste, relacionado com o investimento numa cultura de registo, monitorização e avaliação das intervenções, que se refletirá, em última análise, na maior qualidade dos indicadores caracterizadores dos CAD e dos problemas relacionados.

OE 25. Promover uma cultura de registo, de monitorização e de avaliação das intervenções, baseada em metainformação comum e em instrumentos próprios para o diagnóstico da situação, monitorização e avaliação de intervenções, e uma cultura de partilha dos resultados, por forma a promover a maior eficácia na sua utilização

Ação 82. Desenvolvimento e implementação de modelos de acompanhamento que permitam conhecer os principais indicadores de produção, qualidade e resultados das intervenções, programas e projetos a nível local, regional e nacional

No âmbito desta ação, e no que respeita aos indicadores de monitorização e avaliação das intervenções, são de destacar, em 2013, as atividades relacionadas com:

- **PORI e PRI (SICAD, ARS, I.P. e entidades responsáveis dos projetos)**

Na área da Prevenção e Reinserção, foram atualizadas as fichas de recolha de indicadores no âmbito dos projetos cofinanciados e revisto o respetivo Guia de preenchimento.

Na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos deu-se início aos trabalhos de elaboração de alterações à ficha de recolha de indicadores mensais.

Na área do Tratamento, foi produzido o formulário de Relatório Intermédio, que inclui a componente técnica e financeira para a avaliação dos projetos a decorrer.

A nível dos Programas de Respostas Integradas (PRI) foram adaptados os instrumentos necessários à sua constituição e implementação e foi também adaptada a Ficha de Monitorização e Avaliação dos PRI.

No âmbito do Sistema Integrado dos Programas de Apoio Financeiro em Saúde (SIPAFS), foi elaborada uma proposta de harmonização da monitorização dos projetos com apoio financeiro (**DGS, SICAD e ARS, I.P.**).²⁵²

- Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) (**SICAD, ARS, I.P.**)

Foi elaborado um documento sobre Metodologias, Indicadores e Circuitos de Recolha de Informação, para a Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, com base no SIM, com vista a promover a interoperabilidade dos serviços de saúde que integram aquela rede. Foi identificada a necessidade de desenvolvimento de um módulo de suporte no SIM, que plasmasse os critérios e indicadores de uma Ficha de Referência – Módulo de Suporte à Ficha de Referência (MSFR).²⁵³

Foi também produzido o documento Definição dos Critérios e Parâmetros de Recolha de Informação no âmbito do Tratamento, que procura traduzir os novos princípios e necessidades neste domínio da intervenção – os Comportamentos Aditivos e as Dependências –, e a sua adaptação a uma rede de intervenção no âmbito do Tratamento cuja articulação funcional é agora mais complexa. Foram desenvolvidos trabalhos com vista à monitorização da evolução dos fenómenos relativos às novas substâncias psicoativas e a adições comportamentais sem substância, com particular enfoque na problemática da dependência do jogo, com a elaboração de um draft do Documento Instrumento de análise da informação constante no SIM no âmbito do estudo e monitorização da evolução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (Jogo e Outras Adições Comportamentais), a concluir durante o ano de 2014.

No âmbito da monitorização da intervenção desenvolvida pelas equipas de reinserção dos CRI, foram construídos dois instrumentos de recolha de informação nesta área, com base na informação existente no SIM. Através da utilização destes instrumentos será possível evidenciar a qualidade e os resultados atingidos com a intervenção em reinserção junto das pessoas com CAD, de uma forma uniforme a nível nacional.

É ainda de registar, no âmbito da monitorização da área da reinserção, a manutenção da utilização pelos CRI e DICAD da aplicação de monitorização e da Bolsa de Empregadores, que foram os instrumentos privilegiados para reporte de informação ao SICAD nesta área. No âmbito da Bolsa, importa referir a existência de 1071 entidades parceiras, 46 das quais inseridas em 2013.

²⁵² Informação mais detalhada na Ação 84.

²⁵³ Mais informação sobre a Rede na Ação 15.

Estes foram os principais progressos realizados em 2013 nos modelos de acompanhamento, monitorização e avaliação, sem prejuízo de todo o restante trabalho de continuidade e manutenção de outros modelos.

Ação 83. Divulgação dos dados decorrentes da aplicação do modelo, aos parceiros, através de relatórios regulares

Em 2013, e no âmbito da monitorização na área da reinserção, foi elaborado o *Relatório de Monitorização das Intervenções de Reinserção – 2012*, permitindo evidenciar quais as principais necessidades dos cidadãos que são alvo de acompanhamento social, assim como a capacidade dos serviços para satisfazer as mesmas através da disponibilização de respostas adequadas a cada situação. Foi ainda produzido um *Relatório de Monitorização e Avaliação das Intervenções efetuadas junto dos utentes com PLA 2012*, que teve como objetivo compilar e analisar os dados referentes aos utentes com Problemas Ligados ao Álcool, desagregados por Unidades de Intervenção Local (CRI/CT e UA), recolhidos no contexto do processo de monitorização das intervenções em reinserção. Ambos os relatórios foram divulgados junto das **ARS, I.P.** e no *site* do **SICAD**.

É de destacar, a nível das ARS, e com base na monitorização feita com base no SIM, a divulgação de indicadores regionais e locais com regularidade mensal, trimestral, semestral e anual às Unidades de Intervenção Local, revelando-se fundamental no processo de identificação dos desvios e potenciador da correção das trajetórias.

Por último, é de fazer uma referência geral aos relatórios periódicos produzidos a nível de todas as áreas de intervenção, em resposta aos compromissos com diversas instâncias locais, regionais, nacionais, europeias e internacionais.

Ação 84. Implementação de um sistema de contabilidade por projetos, programas e intervenções, a fim de fornecer indicadores para a sua avaliação financeira

A Portarias n.º 27/2013, de 24 de janeiro²⁵⁴, e a Portaria n.º 258/2013, de 13 de agosto²⁵⁵, permitiram não só harmonizar práticas no âmbito do Ministério da Saúde, como criar um sistema de candidaturas a concursos *online* que permite simultaneamente a monitorização de projetos cofinanciados pelo MS a entidades sociais (SIPAFS). Estão assim criadas as bases para a implementação de um sistema que no futuro permitirá a disponibilização de indicadores normalizados para a avaliação financeira destes projetos.

²⁵⁴ Dispõe as condições de financiamento público dos projetos que constituem os Programas de Respostas Integradas.

²⁵⁵ Regulamento dos Programas de Apoio Financeiro a atribuir pelos serviços e organismos centrais do Ministério da Saúde e pelas ARS.

OE26. Promover a investigação e potenciar o intercâmbio e transferência de conhecimentos, assegurando o reforço de sinergias e evitando duplicações de recursos humanos e financeiros

Ação 85. Aumento do conhecimento sobre os CAD, através do reforço e desenvolvimento de: a) estudos epidemiológicos / estudos de observação e vigilância sobre os CAD; b) estudos sobre as motivações, representações e atitudes relativas aos consumos de SPA e práticas de jogo em populações consideradas prioritárias; c) estudos sobre os efeitos sanitários do consumo de SPA

Em 2013, foram desenvolvidos diversos estudos enquadrados nas linhas de investigação previstas nesta Ação, dos quais se destacarão apenas alguns neste Relatório, seja porque permitem a disponibilização de informação sobre indicadores chave fundamentais para o planeamento e avaliação das políticas a nível nacional e internacional, seja porque são desenvolvidos com regularidade ao longo dos anos e possibilitam a identificação de tendências, seja ainda porque foram considerados como prioritários no âmbito da avaliação do anterior ciclo estratégico, como é o caso dos estudos no âmbito da monitorização dos padrões de consumo em populações específicas e na área das Novas Substâncias Psicoativas.

Vários dos estudos a seguir mencionados foram desenvolvidos entre várias entidades, de forma a rentabilizar recursos e potenciar o valor da informação e do conhecimento nestas áreas:

- Alguns dos estudos concluídos e com resultados divulgados em 2013 (produtos no site do **SICAD**):
 - *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012 (CESNOVA-UNL / SICAD)*
 - *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior (CNJ / OPJ/ICS-UL / SICAD)*
 - *Caraterização de Utentes de Projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos apoiados pelo SICAD (SICAD)*
 - *Representações Sociais da Droga e da Toxicodependência - Público jovem Rock-in-Rio 2008-2012 (SICAD)*
 - *Consumos, Representações e Perceções das Novas Substâncias Psicoativas entre Estudantes Universitários, 2013 (SICAD)*
 - *Novas Substâncias Psicoativas: O Caso da Salvia Divinorum (2013) (SICAD)*
- Alguns estudos em curso em 2013:
 - *O Consumo de Álcool na Gravidez (SICAD / ARS LVT, I.P)*

A nível das **ARS, I.P.** (DICAD e respetivas Unidades de Intervenção Local), e em particular na **ARS Norte, I.P.**, foram desenvolvidas vários trabalhos de investigação, a maioria dos quais relacionados com os utentes alvo das intervenções das UIL, que se constituem como uma maioria, entre outros, em termos de planeamento e avaliação das intervenções a nível local.

É de notar também a realização de outros estudos nestas áreas e a seguir mencionados em outras Ações, nomeadamente os relacionados com os efeitos sanitários do consumo de substâncias psicoativas [**Ação 86** e **Ação 90.b**].

Ação 86. Fomento da investigação aplicada na área das novas substâncias psicoativas (área farmacológica e toxicológica)

No âmbito desta Ação, em 2013 a PJ/Laboratório de Polícia Científica iniciou um estudo em colaboração com a Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e a Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa.

Por outro lado, o Serviço de Química e Toxicologia Forenses do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF, I.P.) tem vindo a desenvolver metodologias analíticas visando a possibilidade de deteção de novas substâncias psicoativas em amostras biológicas, cujos resultados dos trabalhos foram apresentados sob a forma de artigo científico (1) e comunicações (6) em Jornadas, Encontros e Congressos nacionais e internacionais.²⁵⁶

Ação 87. Produção de conhecimento sobre o impacto das novas tecnologias da informação e comunicação, enquanto facilitadoras de práticas ilícitas, nomeadamente, comercialização, tráfico e distribuição de drogas (inclusive de novas substâncias psicoativas sob controlo) e, oferta de jogo ilegal

É de mencionar a participação da PJ no *European Cybercrime Task-Force*, um grupo de especialistas representantes da Europol, Eurojust e Comissão Europeia, que trabalham com os responsáveis das unidades de cibercrime da União Europeia, com vista ao desenvolvimento de ações de investigação coordenadas de combate ao cibercrime e problemas causados pelo uso da cibertecnologia na prática de crimes.

Ação 88. Desenvolvimento de estudos sobre a avaliação de políticas e intervenções, designadamente: a) estudos de avaliação dos dispositivos de intervenção e b) estudos de avaliação de políticas

No âmbito da investigação relacionada com a avaliação de políticas e intervenções, em 2013 foi elaborado um projeto de investigação sobre o *Impacto da Intervenção em Dissuasão, baseado na Atividade das CDT (SICAD / CDT)*. Este será um estudo longitudinal, a desenvolver em 2014/16, capaz de relacionar a trajetória de vida de indivíduos que passaram pelas CDT e a intervenção que lhes foi dirigida.

Na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 50/2013 a 16 de abril, que determinou a realização pelo SICAD de um estudo sobre a aplicação do regime previsto neste (em particular uma análise dos padrões de consumo de álcool, por jovens em geral e por adolescentes em especial), o SICAD delineou ainda em 2013 o modelo do estudo – *Estudo sobre a Aplicação do Regime de Disponibilização, Venda e Consumo de Bebidas Alcoólicas em Locais Públicos e Locais Abertos ao Público* – a desenvolver em 2014.

É de notar ainda a realização de outros estudos na área da avaliação de políticas, integrados em projetos internacionais [Ação 89. d].

²⁵⁶ Mais informação na Ação 90.b.

Ação 89. Reforço da dinamização científica e da abertura internacional à investigação nacional

No que se reporta à disponibilização de informação sobre projetos de investigação realizados e em curso a nível nacional [Ação 89.b], em relação ao indicador previsto – construção de uma base de dados com informação sobre projetos de investigação realizados e em curso –, é de destacar o trabalho realizado em 2013 no âmbito do projeto *European Research Area Network on Illicit Drugs* (ERANID).

O projeto ERANID visa a promoção de projetos de investigação multinacional e multidisciplinar na área das drogas ilícitas a fim de fundamentar decisões políticas, tendo como objetivo o desenvolvimento de uma Agenda Estratégica de Investigação comum. Na sequência do processo de consulta pública realizado a nível nacional, em 2013 foi recolhida informação sobre (1) artigos publicados em revistas de referência a nível mundial, (2) projetos de investigação desenvolvidos ou em curso, desde 2010 e (3) entidades financiadoras de projetos de investigação (desde 2010), contribuindo assim para a construção da base de dados prevista como indicador desta Ação (SICAD).

Relativamente à *implementação de uma Rede Nacional de Investigadores de CAD com participação ativa em redes europeias* [Ação 89.c], é de mencionar que no âmbito do trabalho promovido pelo SICAD, em 2013, 75 investigadores integravam esta rede.

Em 2013, foi ainda realizado a nível nacional (ERANID), um levantamento sobre as necessidades de investigação na área das drogas, em que participaram investigadores, decisores políticos e profissionais das diferentes áreas de intervenção (oferta e procura).

Deu-se também início em 2013 à criação de uma sub-rede nacional de investigadores na área do jogo, no âmbito da qual se partilhou informação sobre os estudos realizados em Portugal e se sistematizaram as principais prioridades de investigação nesta área.

A nível da *participação em projetos de investigação internacionais* [Ação 89.d], é de destacar em 2013:

- N.º de estudos/projetos concluídos e com resultados divulgados:
 - o *New methodological tools for policy and program evaluation*: em 2013 foi realizada a Conferência final do projeto (Lisboa, OEDT, fevereiro de 2013) e a apresentação dos diversos trabalhos e relatórios produzidos, dois dos quais integram dados sobre Portugal (produtos: *Lifestyles and history of use of drug users in four EU countries* e *Drug Laws in Europe: Main features and comparisons*);
 - o *Study on the further analysis of the EU illicit market and responses to it – responding to future challenges*: concluído em 2013, sendo de destacar os produtos, *Surveys on user types, availability and consumption estimates*, em que Portugal participou, e *Further analysis into aspects of the EU illicit drugs market*, relatório final do projeto com as conclusões dos diversos estudos desenvolvidos;

- N.º de estudos/projetos em curso:
 - *Costing Addictions* (programa *Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe – Reframing Addictions*, ALICE RAP, 2011-2016): em 2013 foram analisados os dados sobre os custos sociais associados aos consumos de álcool, tabaco e drogas, na Polónia, Catalunha e Portugal, e realizada a recolha de dados sobre a caracterização do jogo problemático na Polónia, Catalunha e Portugal, com vista à apresentação dos respetivos relatórios finais em 2014;
 - *Counting Addictions* (programa ALICE RAP, 2011-2016): realizada em 2013 a análise de dados sobre prevalências de consumo e de dependência de álcool, tabaco, drogas e jogo problemático, na população geral, em 31 países europeus, com vista à apresentação de relatório final em 2014;
 - BISTAIRS (*Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings*, 2012-2014): realizada em 2013 a identificação de necessidades em diferentes *settings* (serviços de saúde no local de trabalho, cuidados de emergência e serviços sociais) mediante o lançamento de inquéritos e realização de entrevistas seletivas tendo em vista a futura implementação de intervenções breves;
 - ODHIN (*Optimizing delivery of health care interventions*, 2011-2015): realizada em 2013 a operacionalização e teste de um instrumento de avaliação desenvolvido no âmbito do PHEPA, para descrever o estado da arte dos serviços disponíveis para avaliação e tratamento de consumos nocivos e de risco de bebidas alcoólicas nos Cuidados de Saúde Primários.

Portugal também participou de forma ativa nos trabalhos desenvolvidos no Programa de Cooperação entre a América Latina e a UE sobre políticas de luta contra droga (COPOLAD), nomeadamente a nível da componente 2 – *Consolidação dos Observatórios*, que tinha entre os seus principais objetivos, identificar um conjunto essencial de indicadores consensualizados, para a disponibilização de informação comparável entre a América Latina e a União Europeia (produto: Indicadores de consenso e Protocolo de Atuação), e identificar as principais linhas de trabalho dos grupos de investigação na AL e UE, bem como as principais necessidades e oportunidades de colaboração (produto: *Análise de Necessidades e Definição de Prioridades na Investigação sobre a Redução da Procura de Drogas na América Latina*).

Ainda no âmbito do Grupo Pompidou do Conselho da Europa, Portugal integra a Rede MedNet, que tem como objetivo promover a cooperação e a transferência de conhecimento entre os países do Mediterrâneo aderentes, participando em 2013 ativamente em várias vertentes, designadamente no arranque do projeto MedSPAD (*Mediterranean School Survey Project on Alcohol and other Drugs*, uma adaptação do ESPAD às características culturais dos países do Mediterrâneo do Sul).

É de referir ainda a participação das ARS, I.P. em vários projetos, como é o caso da **ARS Norte, I.P.** que, em 2013, participou num estudo transfronteiriço que está a ser realizado com a Galiza, com o objetivo de avaliar a incidência e caracterização da Patologia Dual e cujos trabalhos foram apresentados em dois Congressos internacionais, a saber *III International Congress Dual Disorders – Addictions and Other Mental Disorders* em Barcelona e *I Congresso Ibero-Brasileiro de Patologia Dual* em Coimbra.

Por último, e no âmbito da elaboração em 2013 da proposta de candidatura à Ação Conjunta RARHA (*Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm*) para a implementação da Estratégia da UE em matéria de álcool, Portugal irá participar ativamente a partir de 2014 nos trabalhos da componente *W4 – Monitorização*.

OE27. Melhorar a capacidade de deteção, avaliação e resposta rápida e eficaz ao aparecimento de novas substâncias psicoativas e outras tendências emergentes suscetíveis de pôr em risco a segurança e a saúde públicas, privilegiando o trabalho em rede e o estreitamento da cooperação

Ação 90. Desenvolvimento de procedimentos potenciadores da articulação e de incentivo à partilha regular de informação a nível nacional e europeu

No âmbito desta Ação, e no que se reporta à **otimização da articulação nacional no contexto da Rede de Alerta Rápida do OEDT [Ação 90.a]**, no ano de 2013 foram notificadas através do sistema de alerta europeu 81 novas substâncias psicoativas, o que implicou uma intensa troca de informação com os parceiros nacionais da rede nacional de alerta, no sentido de recolher informação sobre os efeitos adversos dessas substâncias. O **SICAD**, na qualidade de Ponto Focal Nacional para a implementação da Decisão do Conselho 2005/387/JAI de 10 de Maio de 2005, relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias psicoativas elaborou o relatório de progresso e final de implementação da referida Decisão do Conselho, com a colaboração dos parceiros nacionais.

Não foram realizadas em 2013 reuniões da rede nacional de alerta, uma vez que foi criado um grupo de trabalho interministerial que elaborou uma proposta de decreto-lei para dar uma resposta eficaz à expansão do fenómeno das novas substâncias psicoativas, que envolveu a maioria dos parceiros que fazem parte da rede nacional de alerta [Ação 91]. Na sequência da aprovação do Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, foi decidida a inclusão de algumas das entidades que participaram no grupo de trabalho interministerial na rede nacional de alerta, no sentido de potenciar a articulação e a troca de informação a nível nacional e europeu.

A nível da *implementação de uma rede nacional para investigação e análise de novas substâncias psicoativas e participação ativa numa rede europeia de institutos de investigação e laboratórios forenses [Ação 90.b]*, é de destacar o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Química e Toxicologia Forenses do **INMLCF, I.P.** na criação de condições para a participação em projetos nacionais e internacionais relacionados com esta problemática, com destaque para o *Projeto Confirmação Analítica de Novas Substâncias Psicoativas em Matrizes Biológicas no Contexto Clínico e Forense*, no âmbito do qual foram desenvolvidas e validadas nos últimos anos metodologias analíticas que incluem várias NSP.

Este projeto visa obter dados sobre mortalidade e morbilidade associadas ao consumo de Novas Substâncias Psicoativas, de acordo com protocolos internacionais, permitindo dessa forma não apenas a monitorização do problema em Portugal mas também a sua comparação com outros países no contexto europeu e internacional.

Assim, foi desenvolvido um estudo piloto sobre as substâncias psicoativas emergentes em colaboração com o laboratório de Patologia Clínica de um Hospital Central de Lisboa. Por outro lado, e a nível de partilha de informação com redes congéneres internacionais, foram divulgados diversos trabalhos em conferências internacionais como o *51st Annual Meeting of the International Association of Forensic Toxicologists (TIAFT)* e o *XX Congreso Español de Toxicología y IV Iberoamericano (aetox)*.

Reunidas as condições do ponto de vista laboratorial por parte do INMLCF, I.P., este recomenda a promoção por parte da Coordenação Nacional, de protocolos de articulação a nível nacional entre os Serviços de Urgência dos Hospitais e o INMLCF, I.P.

Ação 91. Implementação de respostas céleres no contexto de tendências emergentes

Face à expansão do fenómeno das Novas Substâncias Psicoativas em Portugal e à evidência sobre a sua perigosidade – expansão do número de pontos de venda de rua que vendiam estas substâncias e das notificações de problemas e complicações de saúde atribuídas ao seu consumo –, um dos grandes desafios que se colocou aos decisores e interventores nesta área foi a operacionalização dos dispositivos para uma resposta eficaz a este fenómeno.

Com vista a estabelecer medidas sanitárias de efeito imediato contra a produção, distribuição, venda, dispensa, importação, exportação e publicidade dessas substâncias, o Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool promoveu a criação de um grupo de trabalho interministerial que elaborou uma proposta de decreto-lei e implementou as medidas previstas no Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril.

Este define o regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio das novas substâncias psicoativas, compreendendo todos os preparados em que as mesmas estejam associadas a outros compostos, já conhecidas e de outras que venham a surgir no mercado, proibindo a produção, importação, exportação, publicidade, distribuição, venda, detenção, ou disponibilização destas, e prevê a possibilidade de as autoridades de saúde territorialmente competentes determinarem o encerramento dos estabelecimentos, ou outros locais abertos ao público, ou ainda a suspensão da atividade para os fins considerados de grave risco para a saúde pública.

As respostas consagradas neste diploma visam a proteção da saúde pública e privilegiam a comunicação célere e o trabalho em rede. São entidades responsáveis o **SICAD**, a **DGS**, o **INFARMED**, o **INMLCF, I.P.**, o **LPC/PJ**, a **UNCTE/PJ**, a **ASAE**, as Forças de Segurança, **PSP** e **GNR**, e complementarmente as **Comissões de Proteção de Crianças e Jovens** ou **representantes do Ministério Público** territorialmente competentes. Colaboram ainda no acompanhamento de implementação das respostas previstas no diploma, a **DGC** e a **DGAE**.

Da avaliação preliminar feita ainda no decorrer de 2013 verificou-se que os estabelecimentos dedicados à venda destas novas substâncias psicoativas encerraram ou reconverteram a sua atividade, pondo assim termo ao fenómeno de alarme social ocorrido desde o ano anterior.

OE28: Assegurar uma transmissão e aplicação mais efetiva da informação para o desenvolvimento de políticas em CAD e sua avaliação

A jusante dos produtos desenvolvidos no âmbito das anteriores ações deste OE5.1, está o garantir a transmissão desses produtos e a sua aplicação efetiva no planeamento e avaliação das políticas e intervenções, e em última análise, aumentar o seu valor percebido entre os cidadãos em geral.

Ação 92. Elaborar e divulgar Relatórios Nacionais Anuais sobre a situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Álcool e Jogo

Em 2013 foi elaborado o *Relatório Anual 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, e apresentado em Dezembro à Assembleia da República e ao Governo Português, enquanto instrumento de elevada utilidade para o planeamento e avaliação das políticas e intervenções nestas áreas. A Parte A do Relatório congrega a informação (indicadores diretos e indiretos) oriunda do Sistema Nacional de Informação sobre Substâncias Psicoativas, Comportamentos Aditivos e Dependências, numa perspetiva de gestão integrada da informação e do conhecimento nos domínios da procura e oferta de drogas. A Parte B do Relatório congrega as *Respostas e Intervenções* dos diferentes organismos, tendo por base a execução do respetivo Plano de Ação nacional.

Apesar de não ter sido elaborado em 2013, conforme previsto, o *Relatório Anual 2012 – A Situação do País em Matéria de Álcool*, foi compilada informação relativa a diversos estudos e indicadores indiretos, e a informação foi disponibilizada e utilizada em documentos estratégicos de planeamento das políticas e intervenções, nomeadamente no âmbito da elaboração do PNRCAD 2013-2020, a nível da definição dos *Indicadores e Metas* e da elaboração do *Enquadramento Epidemiológico Nacional*.

Assim, considerando que o objetivo final da elaboração destes Relatórios Anuais é a disponibilização de informação de suporte ao planeamento e avaliação das políticas e intervenções nestas áreas, uma vez que a informação compilada no âmbito desta atividade serviu efetivamente de suporte ao planeamento das políticas e intervenções (PNRCAD 2013-2020), considera-se parcialmente atingido o objetivo.

Ação 93. Promover a produção regular de *policy briefs* e *snapshots* sobre resultados de monitorização e avaliação das intervenções e resultados das investigações realizadas, dirigidos sobretudo aos decisores, mas também aos interventores e aos media enquanto canal privilegiado de acesso aos cidadãos em geral.

2013 foi um ano de efetiva partilha de informação entre os vários *stakeholders* (decisores políticos, profissionais das diferentes áreas de intervenção (oferta e procura) e da sociedade civil), na sequência do trabalho desenvolvido no âmbito da avaliação do anterior ciclo estratégico e planeamento do atual ciclo, e de produção de informação, em particular dirigida aos decisores e aos *media*.

Assim, e como se trata de uma tarefa muito difícil o registo dos inúmeros produtos elaborados pelos diversos parceiros no contexto daqueles trabalhos, nomeadamente os relacionados com os resultados de monitorização e avaliação das intervenções, assume-se como produtos *major* de todo este trabalho, o *Relatório de Avaliação Externa Plano Nacional*

Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012, apresentado em 2013, e o *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013 – 2020*, elaborado em 2013.

A nível da transferência dos resultados das investigações realizadas, para além da sua aplicação efetiva nos documentos estratégicos anteriormente referidos, em 2013 investiu-se na divulgação dos estudos desenvolvidos, através de sessões públicas de apresentação dos resultados e sob a forma de sinopses, relatórios e comunicações apresentadas em Congressos, Conferências, Encontros e Seminários nacionais e internacionais.

Foi também elaborada uma *Sinopse Estatística, Portugal 2012*, com alguns dos principais indicadores da evolução da situação nacional em matéria de CAD.

A maioria dos produtos encontra-se disponível no site do SICAD.

2. Formação

OG5.2. MELHORAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS CIDADÃOS EM MATÉRIA DE CAD, CAPACITANDO OS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS COM RESPONSABILIDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS E DESENVOLVIMENTO DAS INTERVENÇÕES, DE FORMA A PERMITIR AUMENTAR A QUALIFICAÇÃO E ESPECIALIZAÇÃO DAS RESPOSTAS NOS VÁRIOS CONTEXTOS E ÁREAS DE INTERVENÇÃO.

OE29. Promover os conhecimentos dos intervenientes em matéria de CAD através da dinamização de ações de formação tendo em consideração as diferentes etapas do ciclo de vida e contextos

Ação 94. Identificação das necessidades de formação em CAD dos parceiros estratégicos, conceção de cursos de formação tendo em vista alargar a oferta formativa, nomeadamente na área do jogo e constituição de uma bolsa de formadores

As atribuições do **SICAD** em matéria de formação e de capacitação dos *stakeholders* com responsabilidades da operacionalização das políticas e intervenções em matéria de CAD, remetem para a necessidade de, previamente à dinamização de atividade formativa, proceder à realização de um *diagnóstico de necessidades de formação*. Só por via de um conhecimento aprofundado do perfil dos potenciais destinatários da formação, das suas funções e das necessidades formativas, designadamente no âmbito da rede de referênciação, se pode fundamentar, orientar e planear a oferta formativa do SICAD. [mais informação sobre a Rede na Ação 15.] Assim, deu-se um primeiro passo neste âmbito, através da conceção de uma proposta base de instrumento e de procedimentos para a elaboração do diagnóstico de necessidades de formação, criando as condições de partida para integrar contributos de outras unidades orgânicas e das Administrações Regionais de Saúde, que se prevê seja continuado em 2014. [Ação 94.a]

Ainda no âmbito deste objetivo o **SICAD** alargou a oferta formativa que disponibiliza aos seus clientes, por via da conceção e divulgação no site de três novos *cursos de formação*: “Dependência sem substâncias – Jogo”, “ASSIST e Intervenções Breves” e “Descriminalização e dependências. A intervenção das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência”. [Ação 94.b]

Foi também atualizada a *Bolsa de Formadores*, havendo 17 formadores inscritos na bolsa que pertencem ao quadro do SICAD e 3 ao quadro da ARS Algarve. [Ação 94.c]

95. Realização de ações de Formação na área dos CAD dirigidas a públicos-alvo das diferentes etapas do ciclo de vida, nomeadamente aos profissionais intervenientes nos contextos escolar, universitário e laboral

Decorreu no **SICAD** o Curso “Dependência sem substâncias – Jogo”, com a execução de três ações formativas, o que correspondeu a 21 horas de formação. As referidas ações de formação envolveram a participação de 61 profissionais do SICAD – Técnicos Superiores, Dirigentes e Membros das CDT –, perfazendo um volume global de 423 horas de formação executada. Esta iniciativa afigurou-se prioritária considerando:

- O alargamento das atribuições do SICAD em matéria de comportamentos aditivos sem substância e a especial relevância em melhorar os conhecimentos e competências dos profissionais relativamente ao fenómeno do jogo;
- A falta de informação e conhecimento aprofundado do fenómeno do jogo em Portugal, bem como a importância que os problemas relacionados com o jogo, designadamente o jogo associado à Internet, tem assumido noutros países;
- A necessidade de criar massa crítica, aprofundar conhecimento e delinear estratégias de intervenção, capacitar os profissionais de conhecimento e competências para abordar esta problemática, seja em matéria de orientações estratégicas seja no domínio operacional.

Em relação ao curso “ASSIST e Intervenções Breves”, teve a execução de duas ações formativas, a 28 de novembro e 17 de dezembro de 2013, com a duração de sete horas cada, o que correspondeu a catorze horas de formação realizada. As referidas ações de formação envolveram a participação de 39 profissionais do SICAD/CDT, perfazendo um volume global de 273 horas de formação executada. Este curso revelou-se igualmente como uma prioridade face à necessidade de dotar os profissionais das CDT de competências operacionais para a aplicação de instrumentos de rastreio, avaliação e intervenção, plasmados nas Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão (LOID), orientações técnico normativas que pretendem potenciar a capacidade de sinalização e de intervenção precoce destes serviços, harmonizando a resposta aos indiciados.

No sentido da qualificação da intervenção dos profissionais envolvidos no *Projeto de Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas* em contexto institucional tutelar e educativo, foram desenvolvidas as seguintes ações de formação aos Grupos de Referência: Novas substâncias psicoativas – 2 ações de 3 horas cada, abrangendo um total de 32 técnicos envolvidos no projeto e Entrevista motivacional – 2 ações de 12 horas cada, abrangendo um total de 34 técnicos.

A DGE, em parceria com o SICAD, realizou, durante 2013, várias ações de formação para implementação do *Programa “Eu e os outros”*.

No que respeita ao meio laboral foi realizada, pelo **SICAD**, 1 ação de formação – “Prevenir e Intervir nas Toxicodependências em Meio Laboral” – a qual contou com a presença de 20 formandos da **ACT**, no sentido de capacitar os profissionais de conhecimentos ao nível da prevenção dos comportamentos aditivos.

Ainda no âmbito da **formação na área dos CAD**, encontra-se previsto, na **GNR** em coordenação com a **CDT de Faro**, a realização de ações de formação a militares do CTer.

Em 2013, decorreu ainda o *Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicoddependência*, organizado pela Escola do Serviço de Saúde Militar onde participaram 5 formandos da **PSP**.

No sentido da qualificação da intervenção profissionais envolvidos no Projeto de Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas, um projeto de investigação-ação desenvolvido desde 2005 em parceria com a **CPL, I.P.**, foram devolvidas as seguintes ações de formação aos Grupos de Referência: Novas substâncias psicoativas – 2 ações de 3 horas cada, abrangendo um total de 32 técnicos envolvidos no projeto e Entrevista motivacional – 2 ações de 12 horas cada, abrangendo um total de 34 técnicos envolvidos no projeto.²⁵⁷

No âmbito da **AMN** e no que concerne à formação, a Escola da Autoridade Marítima ministrou ação de formação aos oficiais futuros Comandantes Locais /Capitães de Porto, na área da deteção, reconhecimento e identificação de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como, procedimentos de âmbito processual nas referidas áreas.

Ação 96. Desenvolvimento de projetos de formação dirigidos a públicos-alvo específicos em articulação com entidades responsáveis pela implementação de respostas e intervenções em diferentes contextos

Com a transição de parte da componente operacional das políticas e intervenções em matéria de comportamentos aditivos para as ARS, os serviços tiveram que fazer um esforço de reposicionamento face a determinados projetos, de que o Projeto Formativo *Eu e os Outros* é um exemplo.

As ARS, por via das DICAD, responsáveis pela operacionalização do Projeto e pela promoção das intervenções formativas, deram, naturalmente, continuidade à formação de professores/aplicadores, tendo conseguido manter a dinâmica e as expectativas criadas a diferentes níveis. É com grande satisfação que percebemos que o desenvolvimento do projeto formativo, apesar dos condicionalismos, se manteve e que a articulação e convergência pautaram a atuação de todos os intervenientes.

Face à nova realidade foram propostos circuitos e procedimentos no âmbito da intervenção formativa, ajustaram-se os instrumentos face à nova orgânica e também às exigências do CCPFC, e foram encontradas formas compreensivas de articulação e monitorização.

Em termos nacionais registaram-se, indicadores do ano de 2013²⁵⁸, 27 ações de formação²⁵⁹, com um total de 407 formandos, dos quais 234 foram creditados em 2013 prevendo-se a creditação dos restantes formandos em 2014. O total de horas formativas foi de 721, com um volume formativo de 11.417 horas.

²⁵⁷ Informação detalhada sobre o projeto na Ação 13.

²⁵⁸ Tendo em conta que este projeto formativo se rege pelo ano letivo escolar, verifica-se que das 27 ações, 8 tiveram início em 2012 e fim em 2013, 11 começaram e terminaram em 2013, e 8 iniciaram a formação em 2013 mas só terminarão em 2014.

²⁵⁹ Correspondentes a: 7 Ações da ARS Norte; 16 Ações da ARS Centro; 2 Ações da ARS de Lisboa e Vale do Tejo; e 2 Ações da ARS do Alentejo.

Ação 97. Elaboração e disponibilização de módulos de sensibilização referentes aos CAD para os diferentes tipos de público e profissionais, tendo em conta o tipo de intervenção a desenvolver, o ciclo de vida e o contexto, designadamente:

- **Profissionais do setor de restauração e bebidas;**
- **Profissionais da área do jogo;**
- **Intervenientes nos contextos recreativos, laboral, escolar e universitário;**
- **Forças Armadas (Dia da Defesa Nacional);**
- **Intervenientes na área do desporto (anabolizantes).**

Tendo por base o compromisso da elaboração e disponibilização de módulos de sensibilização referentes aos CAD para os diferentes tipos de público e profissionais, tendo em conta o tipo de intervenção a desenvolver, o ciclo de vida e o contexto, foram desenvolvidas, em diferentes momentos e por solicitação de diversos parceiros várias ações de Formação.

Por solicitação da Secção de Operações, Informações e Segurança, da Escola Prática dos Serviços Exército Português, foi desenvolvida uma ação de formação sobre CAD, designadamente sobre substâncias psicoativas, dirigida a profissionais daquela instituição militar sediada na Póvoa de Varzim. A ação teve lugar 17 de abril de 2013, total de 4 horas, tendo sido abrangidos cerca de 150 participantes.

Enquadradas pela **intervenção em contexto universitário**, foram desenvolvidas sete ações de formação/sensibilização:

- No âmbito de um projeto de promoção da saúde, desenvolvido pelo Departamento de Saúde Pública, Reprodutiva e SIDA (DSPRS) da Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa (AEFML), designado *Medicina Mais Perto, cujo objetivo é desenvolver* atividades de rastreio e ações de formação, com o intuito de sensibilizar população geral da comunidade para as Doenças Cardiovasculares e Cerebrovasculares, Obesidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis, álcool e drogas, foi realizada uma **ação de formação/sensibilização para 20 alunos de Medicina, que participam no projeto, sobre Substâncias Psicoativas e Intervenção Preventiva nas Toxicodependências (maio 2013)**.
- Outro dos contextos em que foram desenvolvidas ações junto a um público-alvo universitário foi a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa na qual foram ministradas três aulas, duas sobre **prevenção do consumo de substâncias psicoativas numa disciplina, Aprendizagem e Gestão de Competências Pessoais e Académicas no Ensino Superior, do 1º Ciclo do Mestrado Integrado em Psicologia (Outubro 2013)** e outra aula sobre **prevenção do consumo de substâncias psicoativas na disciplina - Adaptação e Prevenção do Risco, do 2º Ciclo do Mestrado Integrado em Psicologia (abril 2013)**.
- Também no âmbito do projeto de responsabilidade social “ComSUMOS Académicos” desenvolvido pelo Conselho Nacional da Juventude (CNJ) foram organizados dois momentos de trabalho com estudantes do ensino superior, um **no âmbito da criação do grupo de trabalho do ComSUMOS Académicos 2013-2014 junto a representantes de diferentes Associações Académicas (abril 2013)** e outro **no âmbito da discussão dos resultados do Estudo dos Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior junto a representantes das associações académicas da Universidade de Lisboa (outubro 2013)**.

- Ação de sensibilização com estudantes universitários foi concretizada na Universidade de Évora em torno de **abordagens de prevenção e redução de riscos em contextos recreativos tendo por base aplicações para Smartphones e Redes Sociais, que contou com a participação de 12 estudantes**, tendo-se inserido no *Projecto Drug Prevention and Education Among Young People through Social Networking (DPIP)*.

Foi, também, produzido e divulgado, na página eletrónica da **DGE** o documento *Promoção e Educação para a Saúde – relatório 2012/2013*.²⁶⁰ Ainda, no âmbito das suas atividades a DGE dinamizou, em escolas, o concurso de boas práticas em Promoção e Educação para a Saúde, em que uma das áreas distinguidas foi a “prevenção do consumo de substâncias psicoativas”, de ressaltar que 103 agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas concorreram a esta iniciativa.

A **intervenção em contexto laboral** realizada ao abrigo do Protocolo de Articulação SICAD/Confederação Geral dos Trabalhadores de Portugal, continuou a desenvolver-se tal como previsto nas Câmaras Municipais do Seixal, Vendas Novas e Sesimbra e numa empresa do sector público empresarial, tendo sido planeadas e realizadas 10 ações de sensibilização que abrangeram cerca de 200 quadros, chefias e trabalhadores. Essas ações desenvolveram-se ao abrigo do projeto europeu EURIDICE (*EURIDICE: European Research and Intervention on Dependency and Diversity in Companies and Employment*) que visa a prevenção e a intervenção nas dependências do álcool e outras substâncias psicoativas, a promoção de hábitos saudáveis, a modificação de atitudes, comportamento e fatores de risco, o aumento dos conhecimentos sobre o consumo de substâncias em meio laboral.

A acreditação do SICAD enquanto entidade formadora constitui uma dimensão que se procura garantir e manter, uma vez que o desenvolvimento de formação externa na área dos comportamentos aditivos e dependências integra as atribuições do SICAD. Em 2013 o SICAD manteve a acreditação, que transitou automaticamente com a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, I.P.), situação que se manterá até à publicação de novos normativos sobre a matéria, de acordo com as orientações da ACSS – entidade responsável pela acreditação de serviços públicos da saúde.

Em 2013 o Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua, da Universidade do Minho renovou a Acreditação de Entidade Formadora, ao SICAD, a qual permite dar continuidade ao desenvolvimento do Projeto Formativo “Eu e os Outros”.

Ação 98. Promoção do encaminhamento e acolhimento de Estágios

O SICAD ciente da importância de dotar estudantes universitários de conhecimentos e competências na área dos comportamentos aditivos e dependências, o SICAD/CDT acolheu todos os pedidos de estágio apresentados.

Durante o ano de 2013 o **SICAD/CDT** acolheu, ao abrigo de protocolos com estabelecimentos de ensino superior, 6 (seis) estágios curriculares e 7 (sete) de observação, nas áreas de Serviço Social e Psicologia Clínica, distribuídos pelas CDT de Aveiro, Beja, Lisboa, Faro e Porto. Esta atividade traduziu-se, durante o ano em análise, num volume de execução de 1.039 horas correspondente aos estágios identificados.

²⁶⁰ Mais informação na Ação 103.

3. Comunicação

OG5.3. CONTRIBUIR PARA A PROSECUÇÃO DOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO PNRCAD, ATRAVÉS DA COMUNICAÇÃO QUE FOMENTE A PARTILHA E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO E A VISIBILIDADE DOS RESULTADOS DAS AÇÕES EMPREENDIDAS, TENDO EM VISTA AS NECESSIDADES DOS DECISORES POLÍTICOS, DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA E DOS CIDADÃOS.

OE30. Promover em tempo útil informação harmonizada e coerente que contribua para a visibilidade dos resultados utilizando os instrumentos mais adequados, adaptada aos diferentes destinatários do ciclo de vida

Ação 99. Dinamização e aperfeiçoamento das páginas eletrónicas institucionais na ótica do serviço ao cidadão, prosseguindo a qualidade da informação divulgada.

Em relação à área da Comunicação, a ANSR procurou desenvolver várias ações, no que diz respeito à dinamização e aperfeiçoamento das páginas eletrónicas institucionais na ótica do serviço ao cidadão, prosseguindo a qualidade da informação divulgada, sendo que, em 2013 foram inseridos 4 novos conteúdos no site da instituição, nomeadamente a divulgação de campanhas (2) e notícias sobre as alterações ao Código da Estrada (2).

Ação 100. Desenvolvimento de outros instrumentos de comunicação em suporte eletrónico para divulgação da informação aos CAD

Foram elaborados para distribuição, pela **ANSR**, 2 folhetos informativos; 1 folheto (campanha carnaval- 0.00 g/l álcool) e 1 folheto (ano novo, o Código da Estrada renovou-se, com referência às alterações da TAS).

Ação 102. Campanhas de comunicação e ações de sensibilização sobre CAD

A **ANSR**, em 2013, realizou o acompanhamento do *Concurso de Prevenção e Segurança Rodoviárias*, e realização de 2 campanhas de segurança rodoviária, no qual o álcool é um dos temas abordados.

A **ASAE** fez publicar 1 artigo na sua *Newsletter* sobre: *Consumo de Bebidas Alcoólicas em Locais Públicos - Decreto-Lei nº 50/2013, de 16 de abril*.

Foram realizadas, em 2013, pela **GNR** em Escolas 6.406 ações de sensibilização sobre CAD.

No âmbito de Programa Escola Segura e durante o ano letivo de 2012/2013 foram efetuadas 684 ações de sensibilização dedicadas à temática álcool e drogas. No âmbito do Projeto *100 Rótulos* e inserido nas ações de intervenção em ambiente noturno 2012/2014 – *Noite sem Vícios*. A **PSP**, através pela 1ª Divisão do Comando Metropolitano de Lisboa, tem efetuado operações policiais em locais de diversão noturna, que com a colaboração e participação da

CPCJ Lisboa Centro e outras entidades de primeira linha na área de promoção e proteção dos direitos das crianças, visam identificar e prevenir situações de consumo de álcool e outras drogas. Esta atividade consubstancia-se na atuação de equipas mistas na noite, formadas por Agentes da PSP, Técnicos da CPCJ - Lisboa Centro e de entidades parceiras que através da observação dos jovens em locais largamente referenciados de venda e de consumo de álcool e outras drogas, ou de ajuntamento de inúmeros jovens, nas noites de 6^a. Feira e Sábado.

Ação 103. Criar e divulgar materiais em CAD que sustentem a qualidade da intervenção

Em 2013 foi aberto, pela **ANSR**, um Concurso Público para a conceção e produção de recursos didáticos (produção dos *REDER – Recursos Educativos Digitais de Educação Rodoviária – para alunos do pré-escolar e Ensino Básico*) e Concurso Público para ações de prevenção do consumo do álcool²⁶¹.

Ação 104. Divulgação da investigação e outros conhecimentos técnico-científicos produzidos na área dos CAD

Na sequência do desenvolvimento do projeto InPar, promovido pela Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES) e cofinanciado pelo IDT,I.P., foi publicado em 2012 o manual *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 as principais conclusões alcançadas durante o projeto de investigação-ação, cujo objetivo genérico era testar uma metodologia de reinserção junto de utilizadores de drogas abrangidos por Equipas de Rua, não exigindo a abstinência dos sujeitos como ponto de partida para a sua integração. Em 2013 foram desenvolvidas várias iniciativas de divulgação deste manual junto dos profissionais dos serviços locais com intervenção na área da reinserção e redução de riscos e minimização de danos, que incluíram uma sessão de apresentação, realizada no Porto, assim como a distribuição de exemplares junto das ARS e a divulgação na página da internet do SICAD.

²⁶¹ Os protocolos apenas foram assinados este ano de 2014.

4. Relações Internacionais e Cooperação

OG5.4. ASSEGURAR O CUMPRIMENTO DOS COMPROMISSOS INTERNACIONAIS E A REPRESENTAÇÃO NACIONAL NAS INSTÂNCIAS INTERNACIONAIS QUE ABORDAM O FENÓMENO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS, DESENVOLVENDO RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO, NO ÂMBITO DOS MECANISMOS BILATERAIS E MULTILATERAIS EXISTENTES.

OE31. Assegurar o cumprimento dos compromissos internacionais no domínio dos CAD e a aumentar a capacidade nacional de influenciar as decisões tomadas nas instâncias europeias, internacionais e regionais de cooperação

Ação 105. Promoção da convergência de posições entre os diferentes Ministérios/Serviços com responsabilidades em matéria de CAD

Na medida em que o Diretor Geral do **SICAD** é, por inerência de funções, o **Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool** e nesta qualidade, procura potenciar a intervenção nacional nos diversos *fora* internacionais que abordam a temática do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, o SICAD assegurou, ao longo de 2013, a coordenação com os vários Ministérios/Serviços envolvidos na matéria, visando garantir uma eficaz articulação entre todos os departamentos governamentais com atribuições nesta matéria.

Foram ainda estabelecidos contatos regulares com a Comissão Europeia, com a Representação de Portugal junto da União Europeia (REPER) e com a Missão Permanente de Portugal junto das Nações Unidas (Viena), contribuindo desta forma para a coerência na tomada de posições nacionais.

OE32. Assegurar a representação nacional em organizações multilaterais ou regionais e nas instâncias da UE, bem como noutros fora de âmbito internacional

Ação 108. Representação nacional nos grupos de trabalho/reuniões/Conferências, no âmbito da UE

Em 2013, o **SICAD** continuou a assegurar a representação nacional nas reuniões do **Grupo Horizontal Drogas (GHD) - grupo transpilar do Conselho da União Europeia (UE)** responsável pela coordenação das políticas e estratégias da UE em matéria de drogas -,destacando-se, neste ano, o acordo sobre a versão final do Plano de Ação da UE de Luta Contra a Droga 2013-2016, que foi aprovado no Conselho Justiça e Assuntos Internos de Junho de 2013. O documento articula-se em torno de dois domínios de intervenção – redução da procura e da oferta de droga – e de três temas transversais: (a) coordenação, (b) cooperação internacional e (c)

investigação, informação, monitorização e avaliação. O Plano define ainda um calendário, entidades responsáveis, indicadores e instrumentos de avaliação.

Outro tema importante discutido no GHD foi a proposta de Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo às novas substâncias psicoativas. A Comissão Europeia apresentou a proposta, visando reforçar a capacidade da UE para responder ao problema dessas substâncias utilizadas como alternativa às drogas ilícitas. O assunto foi debatido de forma sistemática e com o objetivo de se negociar um texto de compromisso, mas as discussões não foram concluídas e continuam no decorrer de 2014.

No plano normativo é de mencionar a publicação no Jornal Oficial da UE de duas Decisões do Conselho sobre a aplicação de medidas de controlo a duas substâncias: a 4-metilanfetamina e a 5-(2-aminopropil) indole. O SICAD diligenciou no sentido de submeter as substâncias em apreço a medidas de controlo nacional, dando início à tramitação processual necessária à alteração legislativa, que se traduz na inclusão das referidas substâncias nas tabelas anexas ao Decreto-Lei 15/93 de 22 de Janeiro.

O Diretor-Geral do SICAD, na sua qualidade de Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, assegurou a representação nacional nas Reuniões Semestrais dos Coordenadores Nacionais da Droga (reuniões organizadas pelas Presidências em exercício do Conselho da UE, a Irlanda e a Lituânia.), encontros que constituem um importante fórum de diálogo e debate entre os responsáveis nacionais pelas políticas de luta contra a droga.

Em matéria de política de álcool, o **SICAD** acompanhou os trabalhos desenvolvidos no quadro da União Europeia, designadamente, nas diversas reuniões do **Comité de Política Nacional e Ação sobre o Álcool (CNAPA)** e nas reuniões do Fórum Europeu sobre Álcool e Saúde, as duas estruturas criadas para promover o intercâmbio de boas práticas e para acompanhar a implementação da Estratégia da UE para apoiar os Estados Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool. A presença do SICAD assumiu particular destaque, nas reuniões do CNAPA que tiveram lugar em 2013, na medida em que promoveu a apresentação da Ação Comum abaixo referida

Ainda ao nível da UE, importa mencionar a decisão da Comissão Europeia de apresentar uma proposta de **Ação Comum no âmbito do Segundo Programa Plurianual de Ação da UE no domínio da Saúde**, para apoiar os Estados Membros na implementação da Estratégia da UE em matéria de álcool (*Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm - RARHA*). O SICAD foi incentivado pelos demais Estados Membros representados no CNAPA a assumir o papel de *main partner*, ou seja, a apresentar a proposta de Ação Comum e a coordenar todos os demais parceiros envolvidos.

A Ação Comum tem um orçamento de € 1.533.383 por parte da Comissão Europeia (que corresponde a 47% do orçamento global) e um cofinanciamento de € 1 778 583 por parte dos parceiros intervenientes. A Ação Comum envolve e mobiliza 32 entidades da UE, que participarão como parceiros associados e 28 outros parceiros com o estatuto de colaboradores, representando 27 Estados Membros da UE, aos quais se juntaram a Islândia, a Noruega e a Suíça. São parceiros, associados ou colaboradores, entidades públicas, ONG de vários setores e universidades, assim como organizações internacionais. A Ação Comum entrou em vigor a 1 de janeiro de 2014, na sequência da aprovação da mesma pela Comissão Europeia, em dezembro de 2013.

Ação 109. Promoção da participação nacional em iniciativas dos órgãos e agências especializadas das Nações Unidas, nomeadamente UNODC e OMS

No contexto da Nações Unidas, o **SICAD** participou, como habitualmente, 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. A sua participação contribuiu, de forma inequívoca, para a visibilidade nacional no contexto da CND.

Ainda no contexto das Nações Unidas, o **SICAD** apresentou, por solicitação do *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*, uma análise da proposta final do documento "International Standards on Prevention of Drug Use", que veio a ser publicado pelo referido organismo em Abril de 2013. Este documento descreve as intervenções e políticas que tiveram resultados positivos em termos de prevenção, baseadas na evidência científica e que podem constituir a base de um sistema de prevenção nacional efetivo, centrado na saúde.

Refira-se igualmente que o **SICAD** assegurou a representação nacional na reunião, que se realizou em 2013, da rede de parceiros nacionais (*national counterparts / focal points*), que supervisionam a implementação da Estratégia Global para reduzir os efeitos nocivos do álcool nos seus países, garantindo uma colaboração estreita e eficaz entre os Estados Membros e a OMS/Europa.

De mencionar ainda a participação do **SICAD** na reunião do "*Expert Group on the Economics of Prevention*" da **OCDE**, que se realizou em outubro de 2013. Este grupo de peritos, criado pelo Comité Saúde daquela Organização, pretende fazer o acompanhamento do trabalho realizado pela OCDE em matéria de economia da prevenção de doenças crónicas. Como parte do programa de trabalho, o Comité Saúde propôs-se elaborar uma análise das tendências e padrões de consumo de álcool, tendo em vista explorar os potenciais impactos das opções políticas para minimizar os danos associados ao consumo de álcool.

Ação 110. Promoção da participação nacional no Grupo Pompidou do Conselho da Europa

No âmbito das atividades do **Grupo Pompidou (GP) do Conselho da Europa**, para além do acompanhamento regular da implementação do Programa de Trabalho 2011-2014, é de assinalar, no decorrer de 2013, o reforço da participação do **SICAD** em diversos grupos de trabalho sobre temáticas específicas, dando visibilidade ao trabalho desenvolvido a nível nacional em várias vertentes.

Foi dada continuidade à participação no *Expert Group on the Prevention of Drug Use in the Workplace* e foi divulgado o quadro de referência relativo à Prevenção do Consumo de Álcool e Drogas em Meio Laboral, aprovado na "High Level Conference on Alcohol, drugs and prevention in the workplace", que se realizou em Estrasburgo em maio de 2012, aos participantes nacionais do Grupo de Trabalho Intervenção em Meio Laboral (que inclui representantes da administração pública, dos parceiros sociais e de entidades privadas), com o intuito de identificarem eventos nos quais o mencionado quadro de referência pudesse ser apresentado.

De referir ainda no contexto do Grupo Pompidou, que o **SICAD** reforçou a sua participação nas atividades da rede **Med-NET (Mediterranean network for cooperation on drugs and addictions)**, que visa promover a cooperação, o intercâmbio de experiências e a transferência

de conhecimento entre os países participantes (Algéria, Chipre, França, Grécia, Itália, Jordânia, Líbano, Malta, Marrocos, Portugal e Tunísia).

Em 2013, o SICAD participou na atividade “MedNET Round tables on Drug Policies and Action Plans”, cujo objetivo é proporcionar a partilha de experiências em matéria de políticas nos diversos níveis (conceção, desenvolvimento e implementação), contribuindo para a criação de conhecimento e massa crítica dos peritos que desenvolvem e executam as políticas nacionais nos três países do Sul Mediterrâneo que aderiram a esta ação (Marrocos, Tunísia e Egito).

Importa ainda mencionar, que no âmbito dos trabalhos desenvolvidos pelo *Coherent Policy Expert Group*, criado para desenvolver um programa de investigação sobre a identificação da coerência de políticas públicas, na ótica de abordagens eficazes na área das substâncias psicoativas ilícitas e lícitas (droga, álcool e tabaco), teve lugar um estudo piloto, coordenado por Malta e composto por representantes dos seguintes países: Suíça, Irlanda, Itália, Malta, Noruega, Portugal, Eslováquia e Israel. O objetivo do presente exercício consistiu em definir e afinar marcadores aplicados às políticas públicas nas áreas das drogas, álcool e tabaco, com vista a qualificar a sua coerência, desenvolver uma metodologia de qualificação e testar a viabilidade da utilização dos marcadores e a sua aplicação às políticas dos países que têm vindo a desenvolver este trabalho. O SICAD efetuou a aplicação dos conceitos debatidos para a política de redução dos comportamentos aditivos e dependências na área da droga e do álcool em Portugal, que se traduziu no relatório final do estudo piloto de Portugal.

Ação 111. Cumprimento das obrigações enquanto Ponto Focal Nacional da rede REITOX do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, mediante a implementação do Acordo Anual de “Subvenção Reitox”

Das atividades executadas pelo SICAD em 2013 enquanto **Ponto Focal Nacional da Rede Europeia de Informação sobre Toxicodependência (REITOX)**, é de salientar a elaboração do Relatório Anual “*Portugal New developments, trends and in-depth information on selected issues*”. De referir que todas as restantes tarefas definidas no Acordo de Subvenção com Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) foram executadas.

Ainda no âmbito das atividades da REITOX, importa referir a participação do SICAD, enquanto Ponto Focal Nacional em dois eventos:

- na Conferência organizada pelo Ponto Focal Polaco intitulada “National, regional and local drug monitoring – challenges and achievements across Europe”, que se realizou em Varsóvia em março de 2013. Inserido no tema “Evaluation and monitoring of anti-drug strategies”, o Ponto Focal Nacional efetuou uma apresentação sobre a avaliação externa do Plano Nacional Contra a Droga e Toxicodependência 2005-2012;
- na Academia REITOX sobre Novas Substâncias Psicoativas, que teve lugar em Varsóvia em setembro de 2013, no âmbito da qual o Ponto Focal Nacional apresentou o Decreto-Lei n.º 54/2013 e a Portaria 154/2013, de 17 de abril de 2013, relativos à definição do regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e comércio e da aprovação da lista das novas substâncias psicoativas sujeitas a controlo.

- No âmbito das suas atividades na área da redução da oferta, o **OEDT** tem vindo a desenvolver diversas atividades, nas quais o **SICAD** tem participado em colaboração com a **PJ/UNCTE**.

OE33. Desenvolver e consolidar relações de cooperação de natureza bilateral ou multilateral, em matéria de CAD

Ação 113. Realização de ações de cooperação / intercâmbio com entidades congêneres

Atendendo à importância que assume a cooperação internacional no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, o SICAD, no ano em referência, manteve a prática de desenvolver um conjunto de iniciativas com vista ao intercâmbio de experiências com entidades congêneres.

No que diz respeito à participação em eventos internacionais para dar a conhecer os resultados da política portuguesa em matéria de comportamentos aditivos e dependências é de salientar a participação nas 3^{as} Jornadas da Federação Francesa das Adições; na Conferência “Perspectives on substance abuse: should cannabis be legalised? Cannabis in Portugal: how does decriminalisation work, no Reino Unido; no “International Forum: from prohibition to regulation” no México e na “Conferência Nacional sobre a Prevenção e Tratamento da Toxicodependência”, organizada pelo Instituto de Ação Social de Macau.

Portugal participou também no Primer Encuentro Internacional sobre Políticas y Legislación Alternativa contra las Drogas em Quito, no Equador, realizado em Dezembro de 2013.

Por último uma referência particular à Cerimónia de atribuição do “Norman E. Zinberg Award for achievement in the field of medicine” durante a “International Drug Policy Reform Conference” nos EUA, Denver. Esta distinção, atribuída pela “Drug Policy Alliance”, surgiu na sequência do reconhecimento internacional da política pública portuguesa na área das drogas e toxicodependências implementada nos últimos anos;

Ação 114. Reforço das relações de colaboração e cooperação com os países da América Latina e Caraíbas:

- **Coordenação da participação nacional no Programa COPOLAD (Programa de Cooperação entre a América Latina e a UE sobre políticas de droga)**
- **Representação nacional no Mecanismo de Coordenação e Cooperação sobre Drogas entre os países da UE e da América Latina e Caraíbas**

Refira-se, por último, que o **SICAD** reforçou as relações com a América Latina, através da sua participação no **Programa COPOLAD (Programa de Cooperação entre a América Latina e a UE sobre políticas de luta contra droga)**, que 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. Este Programa, que teve início em

janeiro de 2011 e tem 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.

A participação nacional no Programa é assegurada pelo SICAD que assegura a representação em três das quatro componentes do Programa²⁶² e coordena as atividades relativas à Consolidação de Observatórios Nacionais Drogas.

Durante o ano de 2013, o SICAD, assegurou a representação nacional em diversos eventos do COPOLAD, designadamente:

- 3ª Conferência Anual, que teve lugar no Equador, nos dias 11 e 12 de junho de 2013, no âmbito da qual foi apresentada uma comunicação sobre o tema "Mulher, gravidez e tratamento com metadona – projeto terapêutico integrado";
- 2ª Reunião de Consenso sobre métodos, indicadores e protocolos no âmbito dos sistemas de informação sobre drogas, que se realizou nos dias 8 e 9 de abril de 2013, em Montevideo, na qual foi apresentado o sistema de recolha de dados para os diversos indicadores da redução da procura e da redução da oferta em Portugal;
- Workshop sobre o Indicador do Consumo Problemático de Drogas, Álcool e Cannabis, que teve lugar nos dias 10 a 12 de abril de 2013, também em Montevideo, no âmbito do qual foram efetuadas duas apresentações (sobre a aplicação do método AUDIT em Portugal e sobre os métodos de estimativas dos consumidores problemáticos de drogas);
- Formação sobre a análise, interpretação e difusão de dados para a tomada de decisões relativas às políticas sobre drogas, que se realizou em Lisboa, de 30 Setembro a 2 de Outubro de 2013, no qual foi efetuada uma apresentação sobre *'Using monitoring data for the evaluation of the national strategy: the experience of Portugal'*;
- Workshop sobre o tema "Aspectos chave na implementação do indicador de tratamento", que se realizou-se de 3 a 5 de dezembro, em Santiago do Chile, dando continuidade a um *workshop* organizado em 2012 sobre o mesmo tema, com o objetivo de reforçar a capacidade dos Observatórios Nacionais Drogas na recolha e análise dos dados sobre tratamento, com vista a facilitar a elaboração de análises comparativas ao nível regional, bi-regional e internacional;
- Participação no desenvolvimento de um sistema interativo de apoio à planificação e avaliação de programas de redução da procura e na definição de critérios para a acreditação dos programas, no âmbito da qualidade, o que proporcionará a utilização dos seus produtos finais nas estratégias e práticas a serem desenvolvidas a nível nacional.

Por último, importa salientar que a excelente colaboração alcançada entre os membros do COPOLAD, o SICAD, o OEDT e o OID/CICAD, permitiu realizar as atividades previstas no âmbito da componente Consolidação dos Observatórios Nacionais de Drogas, incrementando as oportunidades de intercâmbio de experiências, a capacitação dos Observatórios Nacionais e alcançar resultados concretos. Para além disso, o Programa COPOLAD tem contribuído para o reconhecimento dos Observatórios, enquanto elemento chave e imprescindível na tomada de decisões no âmbito das políticas públicas sobre drogas.

²⁶² O Programa 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.

OE34. Promover a divulgação de projetos e de boas práticas em matéria de CAD nacionais junto de outros países e organizações internacionais

Ação 116. Organização, acompanhamento e apoio às visitas de delegações estrangeiras, institucionais ou de outra natureza, que se desloquem a Portugal

Durante o ano de 2013, a política portuguesa sobre drogas continuou a suscitar grande interesse por parte da comunidade internacional.

Assim o SICAD recebeu inúmeros pedidos de visita, que incluíram não só reuniões com o SICAD, mas também com outros serviços descentralizados do Ministério da Saúde, designadamente na área do tratamento e da redução de danos, estas em colaboração com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Estas visitas permitiram às delegações um conhecimento mais aprofundado da realidade e política portuguesas em matéria de comportamentos aditivos e dependências, bem como o contacto com os profissionais que as implementam no terreno.

Das inúmeras delegações, que incluíram desde estudantes e investigadores, a políticos e magistrados, assim como jornalistas da imprensa internacional, importa realçar: o Departamento de Saúde e Serviços Sociais da Noruega; o Ministério da Família e Políticas Sociais da Turquia; o Ministério da Justiça da China; o Prefeito de São Paulo e o Vice-Prefeito do Rio de Janeiro.

Ação 117. Promoção da divulgação da participação de Portugal em grupos e trabalho, comités europeus e internacionais assim como em fora/ eventos/ reuniões/ conferências/ outros, europeus e internacionais relacionadas com comportamentos aditivos e dependências

O SICAD divulga no seu sítio internet no separador “Relações Internacionais” de acordo com o “Modelo de divulgação das atividades de participação e representação internacional” aprovado pela Direção-Geral da Saúde, as atividades de representação internacional em grupos de trabalho, reuniões, conferências e outros eventos europeus e internacionais relacionados com os comportamentos aditivos e as dependências, bem como atividades de cooperação desenvolvidas neste âmbito.

5. Qualidade

OG5.5 ASSEGURAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS CIDADÃOS E A SUSTENTABILIDADE DAS POLÍTICAS E INTERVENÇÕES.

As questões ligadas à Qualidade perpassam múltiplas ações quer do Plano de Atividades do SICAD quer do PNRCAD e respetivo Plano de Ação 2013-2016, tendo neste último um Objetivo Específico (OE36 e concretamente para o ano de 2013, a Ação 122).

Para além das linhas de orientação para a intervenção nos diferentes tipos de intervenção, passando pela estreita articulação com outros serviços com competência nesta matéria, até à consolidação de práticas mais rigorosas expressas na publicação de instrumentos técnico normativos, suportes legislativos específicos, integração de GT nacionais e internacionais, foi possível potenciar e consolidar os produtos dos diferentes grupos fazendo-os confluir para uma melhoria estruturante da qualidade das intervenções em CAD.

OE36. Assegurar a melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados aos cidadãos em matéria de CAD, com base em modelos e referenciais técnicos e científicos validados

Ação 122. Inventariação e validação de programas de intervenção, nacionais e internacionais, baseados na evidência

Tendo como finalidade a apresentação de proposta para promover a acreditação e/ou certificação das unidades que intervêm em CAD [Ação 122], foi criado um grupo de trabalho para a Qualidade, o qual elaborou, num primeiro momento, um Memorando com o objetivo de avaliar os requisitos necessários para a elaboração de uma “proposta para promover a creditação e/ou certificação das unidades que intervêm em comportamentos aditivos e dependências”, procurando enquadrar o atual modelo nacional de acreditação do Ministério da Saúde (DGS/DQS) e o modelo praticado pelo ex IDT. Integraram este Grupo de Trabalho juntamente com o SICAD as **ARS Norte, I.P.** e a **ARS Centro, I.P.** por serem, no conjunto das 5 ARS, I.P., aquelas que tiveram e têm tido um maior desenvolvimento das questões da qualidade e unidades já creditadas.

Com o objetivo de evitar sobreposições procurou-se não enveredar pela criação de nenhum mecanismo paralelo de creditação/acreditação mas procurar dar uma especial chamada de atenção a uma área de intervenção especializada que, à semelhança do realizado até à data, continue a investir no levantamento das melhores práticas baseadas na evidência, na adequação das competências dos profissionais, que propicie uma ainda melhor qualidade nas respostas e dispositivos existentes no domínio dos CAD.

Paralelamente, o SICAD articulou com a **Coordenadora da Estratégia Nacional da Qualidade em Saúde**, no sentido de analisar a viabilidade de criar condições para investir na adequação de instrumentos já existentes e, de forma integrada com as entidades e serviços com competências de várias ordens, ponderar os melhores padrões e procedimentos ligados à qualidade no âmbito dos CAD, procurando, assim, garantir uma dinâmica possibilitadora da complementaridade de conhecimentos e práticas entre serviços técnico normativo e serviços regionais e locais operacionais.

Na sequência do trabalho realizado foi solicitada, às referidas ARS, a nomeação de técnicos para integrarem um Grupo de Trabalho restrito para apresentar proposta para ponderação dos melhores procedimentos ligados aos critérios ou padrões de qualidade, no âmbito dos CAD, em articulação com a **DGS/DQS**, até ao mês de julho de 2014.

No âmbito do **Instituto Português da Qualidade (IPQ)** - a Comissão Setorial/09, tem um grupo de trabalho, coordenado pelo SICAD, com o objetivo de, tendo por base o contexto nacional e internacional sobre a certificação e acreditação de normas relacionadas com programas de comportamentos aditivos e dependências, criar as bases para a elaboração de uma **Norma Portuguesa relativa aos padrões de qualidade para os Comportamentos Aditivos e Dependências**.

Ainda, com vista ao estabelecimento de padrões e/ou critérios de qualidade, foi utilizado o produto da participação do **SICAD** em projetos internacionais, de que se destaca o COPOLAD como uma mais-valia para a construção dum futuro sistema de certificação da qualidade no âmbito dos CAD [**Ação 122 e 114**]. Neste âmbito, trabalhou-se essencialmente a convergência das componentes deste projeto nas suas diferentes frentes de intervenção, tendo o SICAD contribuído ativamente, potenciando todo o trabalho investido ao longo dos últimos dois anos, nomeadamente participando nas seguintes componentes:

- Definição dos Critérios de Acreditação de Programas da Redução da Procura (prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção)
- Passo a Passo - participação no desenvolvimento de um sistema interativo de apoio à planificação e avaliação de programas de redução da procura e na definição de critérios para a acreditação dos programas,

No âmbito da qualidade o investimento neste projeto proporcionará a utilização dos seus produtos finais nas estratégias e práticas a serem desenvolvidas a nível nacional.

Importa ainda referir que as Portarias n.º 27/2013, de 24 de janeiro (condições de financiamento público dos projetos que constituem os Programas de Respostas Integradas) e a Portaria n.º 258/2013, de 13 de agosto (Regulamento dos Programas de Apoio Financeiro a atribuir pelos serviços e organismos centrais do Ministério da Saúde e pelas ARS, I.P.), esta última, trabalhada em conjunto com a DGS, permitiram não só harmonizar práticas no âmbito do Ministério da Saúde, como criar um sistema de candidaturas a concursos *online* que permite simultaneamente a monitorização de projetos cofinanciados pelo Ministério da Saúde a entidades sociais (SIPAFS).

Ação 125. Implementação de um conjunto de medidas relativo aos diferentes tipos de intervenção que permita o seu desenvolvimento com base em standards de qualidade, tendo em conta o ciclo de vida e os contextos

A produção e implementação das Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão (LOID), assinalam em 2013 um marco em termos *standard* de qualidade. Esta metodologia de intervenção baseada no conhecimento técnico-científico, com o intuito de harmonizar práticas e procedimentos entre as CDT e potenciar a sua capacidade de intervenção, permitiu consolidar uma identidade e garantir a equidade na resposta ao cidadão, conferindo-lhes uma maior sustentabilidade técnica às CDT. Este processo foi acompanhado de uma dinâmica de formação capacitadora dos profissionais para a adoção e implementação.

Tendo o SICAD previsto que pelo menos quatro CDT durante o ano 2013 adotassem o modelo proposto, verificou-se que cinco das dezoito comissões (CDT Aveiro, Faro, Porto, Setúbal e Viana do Castelo), implementaram as metodologias propostas nas LOID, tendo desenvolvido estratégias de intervenção conforme os requisitos técnicos nas diferentes fases de implementação do modelo da dissuasão previstas nas LOID: entrevista, avaliação da motivação, avaliação do consumo de substâncias psicoativas, avaliação do risco do consumo e medidas de intervenção em função do risco identificado. Desenvolveram ainda procedimentos quanto à realização da avaliação diferencial do risco de consumo (Baixo risco, Risco moderado e Alto Risco) integrando a nova nomenclatura, suportando deste modo a decisão processual no âmbito da Lei n.30/2001. Também ao nível do trabalho realizado com os indiciados, adotaram técnicas de intervenção breve e motivacional, com as devidas precauções e atendendo às limitações de competências das próprias CDT.

Relativamente à aplicação do instrumento de diagnóstico ASSIST, cinco em dezoito CDT iniciaram a utilização deste instrumento no final do ano, após a ação de formação *ASSIST e Intervenções Breves*.

Dez das restantes treze CDT iniciaram procedimentos conducentes à sua efetiva adoção, encontrando-se em fase de pré-implementação.

Assegurou-se também, de acordo com as metas definidas no Plano de Atividades 2013, a implementação do Modelo de Intervenção em Dissuasão, possibilitando uma intervenção precoce e centrada na avaliação rigorosa dos consumidores, em função do padrão específico de uso de substâncias psicoativas, na motivação para a mudança de comportamento e na promoção de maior adesão aos apoios especializados disponíveis, sejam eles de prevenção indicada, tratamento ou reinserção.

Face à importância de harmonizar práticas e procedimentos, este trabalho inclui os procedimentos jurídico-administrativos praticados nas CDT. Neste sentido constitui-se um grupo de trabalho coordenado pela EMPECO com juristas das CDT e deu-se início à elaboração de um documento orientador ao nível dos procedimentos jurídico-administrativos, com vista a harmonização das intervenções entre CDT, assegurando maior equidade na aplicação da Lei em território nacional.

Ainda no âmbito da **Ação 125**, foi desenvolvido um grupo de trabalho para a definição de linhas orientadoras para a Mediação Social e Comunitária. 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). Esta iniciativa surge na sequência do Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR), que preconiza estratégias sistemáticas de mediação e acompanhamento social, sendo o objetivo da mesma a conceção e consensualização de guidelines para o desenvolvimento destas estratégias. 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 para o desempenho da mediação social no âmbito dos CAD. Prevê-se a sua conclusão em 2014.

Foi também elaborado o documento “Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências”. Para a elaboração do mesmo foi criado um grupo de trabalho, coordenado pelo SICAD, constituído por 3 elementos da DPIC e representantes das cinco ARS, I.P.. O documento tem como objetivo de fornecer diretrizes e recomendações sistematizadas que permitam auxiliar os profissionais no desenho, implementação e avaliação de intervenções no âmbito da promoção da saúde e prevenção dos CAD e fornecer orientações que promovam a homogeneidade das práticas e ainda qualidade e eficácia na intervenção promovida e levada a cabo pelos diferentes entidades e agências que atuam nesta área. O documento foi aprovado em 30 de setembro 2013 pela Direcção-Geral. O documento “Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências” foi divulgado internamente junto das unidades orgânicas do SICAD e externamente junto das cinco ARS, I.P. e foi disponibilizado através do *site* do SICAD.

Coordenação

OE37. Garantir a coordenação das políticas relacionadas com os comportamentos aditivos e dependências (CAD) abrangidos pelo PNRCAD, através do alargamento da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Nocivo Uso do Álcool ao Jogo, aos Medicamentos e Anabolizantes.

Em termos da atividade desenvolvida pelos órgãos executivos e de consulta da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, o Coordenador Nacional, função exercida por inerência pelo Diretor-Geral do SICAD, superintende as atividades desenvolvidas pelas Subcomissões da Comissão Técnica, preside à Comissão Técnica, que tem funções deliberativas, e ao Conselho Nacional, que tem funções consultivas. Muito embora as tarefas de elaboração do PNRCAD 2013-2020 e do Plano de Ação 2013-2016 (PA 2013-2016) não estejam inscritas nas grelhas do PA, foram criadas grelhas de raiz, que mimetizam, com alguns matizes, as grelhas estabelecidas para o Plano Estratégico do SICAD.

O modelo de participação das entidades que integram as Subcomissões da Comissão Técnica do Conselho Interministerial foi estabelecido no início do ciclo estratégico 2005-2012. Desde então, as sucessivas reorganizações da Administração Pública introduzidas pelo PRACE e PREMAC originaram alterações estruturais nos Serviços que integram as Subcomissões, com fusões ou alterações das suas competências e conseqüentemente do respetivo capital humano.

Por isso, foi necessário solicitar a nomeação ou renomeação de representantes às entidades que foram alvo de reestruturações, mais ou menos profundas, de forma a assegurar uma ampla e eficaz representação de todos os parceiros e competências a integrar no ciclo estratégico 2013-2020. A disponibilidade dos membros do FNAS e do Conselho Nacional em participarem nos trabalhos de elaboração do Plano Nacional e do Plano de Ação favoreceu a alavancagem da consensualização de propostas no primeiro nível da Estrutura de Coordenação, favorecendo um resultado final harmonioso.

Uma vez que nenhuma das Subcomissões da Comissão Técnica abrange a problemática do jogo, introduzida pela primeira vez no quadro conceptual da redução dos comportamentos aditivos e das dependências no ciclo estratégico 2013-2020, o Coordenador Nacional entendeu necessário congregar os saberes e a experiência dos operadores e reguladores desta área, com vista a sedimentar o conhecimento sobre esta problemática e com o objetivo de organizar a redução dos comportamentos aditivos e das dependências associadas ao jogo, de base territorial ou *online*, associada ou não a jogo a dinheiro ou à dependência do écran, criando assim um Grupo de Trabalho consultivo para elaboração do segmento jogo do PNRCAD 2013-2020

Esta iniciativa foi saudada por todos os participantes, que responderam favoravelmente, participando de forma ativa no decurso dos trabalhos de elaboração das propostas do Plano Nacional e do Plano de Ação.

Durante o primeiro semestre de 2013, os Coordenadores das Subcomissões reuniram-se de forma informal para apoiar o Coordenador Nacional na definição e consolidação do quadro conceptual do novo ciclo estratégico a apresentar aos órgãos da Estrutura de Coordenação para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool. Foi definido um quadro conceptual que teve em conta as conclusões da avaliação interna dos Planos de Ação Contra a Droga e as Toxicodependências e do PNRPLA 2010-2012 e a avaliação externa do PNCDT 2005-2012, a reorganização dos Serviços introduzida pelo PREMAC, o enquadramento estratégico e programático internacional – Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2013-2020) e seu Plano de Ação 2013-216, Estratégia comunitária para apoiar os Estados-membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool, Plano de Ação para o jogo em linha aprovado pela Comissão Europeia em 2012, Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde (OMS) para reduzir o uso nocivo do álcool e Plano de Ação Europeu em matéria de Álcool para o período 2012-2020 da OMS - e o alinhamento estratégico com outros Planos e Estratégias Nacionais, Planos de Ação e Programas concomitantes, quer do Ministério da Saúde, quer de outras entidades.

A apresentação do quadro conceptual resultante do consenso acordado em reunião de Coordenadores das Subcomissões, foi feita na 1ª reunião de 2013 da Comissão Técnica. Estabelecia a orientação para o cidadão e seu ciclo de vida, conforme os contextos em que se move ao longo do ciclo de vida, propondo a organização do PNRCAD 2013-2020 em torno de dois eixos, Redução da Procura e Redução da Oferta, cabendo neste eixo a regulação e fiscalização de substâncias lícitas. No decurso do processo de aprovação da proposta, os eixos de Redução da Procura e da Oferta foram substituídos pelo conceito de Domínios da Procura e da Oferta, por estarem em causa não apenas substâncias ilícitas mas também substâncias lícitas e dependências sem substância. No Domínio da Procura foram introduzidas duas medidas estruturantes, o PORI e a Rede de Referênciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Foi proposto que o PNRCAD 2013-2020 abranja os comportamentos aditivos e as dependências com e sem substância. As substâncias incluídas serão, para além das drogas ilícitas, as novas substâncias psicoativas e o álcool na perspetiva do seu uso nocivo. Foi proposta a possibilidade de serem incluídos os medicamentos, quando fora do mercado legal, e as substâncias anabolizantes, bem como também os CAD sem substância relacionados com o jogo e a internet.

O cronograma do PNRCAD 2013-2020 estabelecia que o esboço estivesse concluído no final de Abril, de forma a proceder às necessárias consultas às instâncias formais e outras, designadamente ao Conselho Nacional e ao FNAS, findas as quais se procederia à sua apresentação à Comissão Técnica, antes de ser apresentada à tutela, previsto para até final de

Maior. A apresentação do quadro conceptual do PNRCAD 2013-2020 ao FNAS teve lugar em 4 de abril. Contributos apresentados nesse Fórum foram integrados na versão preliminar.

A 1ª reunião de 2013 do Conselho Nacional realizou-se em 7 de junho. O Conselho tem funções consultivas, e a apresentação de uma versão preliminar teve como objetivo recolher contributos, numa perspetiva de parceria e não de consulta obrigatória formal a este órgão da Estrutura de Coordenação, o que apenas se verificou na reunião realizada em 18 de novembro. Os membros pronunciaram-se favoravelmente ao quadro conceptual e à inclusão de um leque alargado de comportamentos aditivos e dependências, expressando o desejo de alargamento da Estrutura de Coordenação aos medicamentos e anabolizantes e ao jogo. Os membros do Conselho Nacional foram convidados a participar dos trabalhos das Subcomissões da Comissão Técnica, tendo alguns deles integrado as Subcomissões conforme as suas preferências e afinidades até ao final do processo de elaboração do PNRCAD 2013-2020 e PA 2013-2016.

Ainda em termos de metodologia, a versão preliminar do Plano foi finalizada e apresentada na reunião da Comissão Técnica do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, realizada em 18 de Junho. Posteriormente, a proposta foi enviada aos membros do Conselho Nacional para recolha de comentários, e enviada à tutela, o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, em 29 de julho para aprovação. Passada essa fase, o Plano foi submetido a consulta pública. A larga maioria dos contributos recebidos manifestou-se favorável à conceptualização do PNRCAD e aos objetivos e metas estabelecidos, tendo os seus contributos sido incorporados na versão final. A deliberação da Comissão Técnica sobre a versão final ocorreu em reunião realizada em 20 de novembro, precedida da consulta ao Conselho Nacional, ocorrida em 18 de novembro. A proposta final foi remetida à tutela em 16 de dezembro.

A finalização da proposta do Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2016 ocorreu a partir do final da consulta pública do PNRCAD 2013-2020, 30 de setembro de 2013, uma vez consolidados os objetivos e metas nele estabelecidos.

Uma vez consolidada a versão inicial, a Subcomissão de Acompanhamento e Avaliação da Comissão Técnica do Conselho Interministerial reuniu-se formalmente em 27 de setembro e 6 de novembro para deliberar e aprovar a proposta de grelhas do Plano de Ação, organizar a articulação intra-subcomissões e estabelecer os critérios para o acompanhamento à execução da implementação do PA.

Em 2013 a Comissão Técnica realizou cinco reuniões, a última das quais ocorreu em 20 de novembro, quando a Comissão Técnica se reuniu para deliberar sobre a versão final, precedida da consulta ao Conselho Nacional, em 18 de novembro e divulgação junto dos membros do FNAS. A proposta final foi remetida à tutela em 16 de dezembro.

É de realçar que a elaboração do PNRCAD 2013-2020 e do respetivo PA 2013-2016 contou com o envolvimento de todos os setores e parceiros envolvidos, Administração Pública, entidades privadas do setor social, empresas e cidadãos, quer no âmbito dos órgãos da Estrutura de Coordenação, quer no âmbito do FNAS e ainda através da consulta pública aberta à participação de todos. Estima-se que tenham estado envolvidos cerca de 150 representantes dessas entidades e empresas.

**Fontes • Referências Bibliográficas • Sinais
convencionais • Lista de siglas e abreviaturas
• Definição de termos • Índice de quadros •
Índice de figuras**

Fontes

Parte A - Caracterização e Evolução da Situação

- Os dados respeitantes aos utentes em tratamento da toxicod dependência são provenientes do Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) e das 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

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
- Administração Regional de Saúde do Alentejo;
- Administração Regional de Saúde do Algarve;
- Administração Regional de Saúde do Centro;
- Administração Regional de Saúde do Norte;
- Associação Portuguesa das Agências de Publicidade Comunicação e Marketing;
- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica;
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária;
- Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar;
- Direção-Geral da Autoridade Marítima;
- Inspeção Geral das Atividades Culturais;
- Instituto Nacional de medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.;
- Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.;
- Polícia de Segurança Pública;
- Polícia Judiciária;
- Procuradoria Geral da Republica;
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras;
- Serviço de Informações de Segurança;
- Serviço de Informações Estratégicas de Defesa;
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências;
- Turismo de Portugal, I.P.;

Referências Bibliográficas

Parte A - Caracterização e Evolução da Situação

- Balsa, C., Vital C., & Urbano C. (2014). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: SICAD.
- Carapinha, L., Balsa, C., Vital C., Urbano C., & Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação. (2014). *Consumo de alto risco de cannabis – Portugal 2012*. Lisboa: SICAD [no prelo].
- 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.
- Departamento de Doenças Infeciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica & Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas (2014). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit (2014). *Flash Eurobarometer 401 TNS Political & Social: young people and drugs* (Results per country). European Commission. Consultado em outubro 2014 a partir de: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_present_en.pdf
- Dias, M., (2012a). *Relatório de Avaliação Final dos Resultados do Projeto DRUID, 2012*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- Dias, M., (2012b). *Seminário DRUID. Driving Under Influence of DRUGS, Alcohol and Medicines*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- Feijão, F. (2008a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2006. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias 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*. Consultado em maio 2014 a partir de: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/129/Sintese_de_Resultados.pdf

- Feijão, F. (2012b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. Consultado em maio 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/127/Sintese_de_Resultados.pdf
- Feijão, F. (2009). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal - 2007*. Consultado em outubro 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=120&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2002a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2001. 3.º Ciclo do Ensino Básico: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. Consultado em maio 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/98/Sintese_dos_resultados_3ciclo.pdf
- Feijão, F. & Lavado, E. (2002b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2001. Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. Consultado em outubro 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/98/Sintese_dos_resultados_secundario.pdf
- Feijão, F. & Lavado, E. (2006). *Os Adolescentes e a Droga - Portugal 2003*. Consultado em maio 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/104/Os_adolescentes_e_a_droga.pdf
- Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2012). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal 2011*. Consultado em maio 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=125&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos
- 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 36 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Houwing, S., Bernhoff, I., Van der Linden, T., et al. (2011). *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic. Parte I General results*. Netherlands: SWOV.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Base de dados de indicadores da população*. Consultado em abril 2014 a partir de:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004163&contexto=bd&selTab=tab2.

- Isalberti, C.; Bernhoff, I.; Houwing, S., *et al.* (2011) – *Prevalence of alcohol and other psychoactive substance in injured and killed drivers*. Belgium: UGent.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C. (2000). *Aventura Social & Saúde. A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: FMH/PEPT - Saúde.
- Matos, M. & Equipa do 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*. Consultado em novembro 2013 a partir de: 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..
- Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (2013). *Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções 2013*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Polícia Judiciária (2014). *Combate ao Tráfico de Estupefacientes em Portugal: 2013. Relatório Anual Estatística - TCD*. Lisboa: PJ.
- Ribeiro, C., Carapinha, L., Guerreiro, C., Lavado, E., & Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação. (2014). *Estimativa do Consumo Problemático / de Alto Risco de Drogas. Portugal Continental/2012*. Lisboa: SICAD [no prelo].
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014a). *Unidades de Desabilitação Públicas 2012, 2011, 2010, 2009*. Consultado em setembro 2014 a partir de: <http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014b). *Comunidades Terapêuticas Públicas 2009 – 2012*. Consultado em setembro 2014 a partir de: <http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Sistema de Segurança Interna (2014) *Relatório Anual de Segurança Interna 2013*. Lisboa.
- The Gallup Organization (2011). *Flash Eurobarometer 330: youth attitudes on drugs (Analytical Report)*. Directorate-General Justice, European Commission. Consultado em novembro 2013 a partir de: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf.
- Torres, A., Cruz, R., Maciel, D., Sousa, I. (2009). *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*. Lisboa: IDT, I.P.

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 Infeção 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	• Dimetiltriptamina
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	• Metilendioxianfetamina
MDMA	• Metilendioximetanfetamina
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 Desabitação
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 de SIDA** entende-se a notificação do caso diagnosticado com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), obedecendo aos critérios da Organização Mundial de Saúde/*Centers for Disease Control*.

Por **circunstância agravante** entende-se o facto referente ao arguido, que é ponderado de forma penalizante na determinação da medida da pena a aplicar.

Por **circunstância atenuante** entende-se o facto referente ao arguido, que é ponderado de forma desculpabilizante na determinação da medida da pena a aplicar.

Por **cúmulo jurídico** entende-se a pena única aplicada pelo Tribunal como penalização conjunta por dois ou mais crimes praticados.

Por **indivíduo acusado** entende-se o indivíduo constante nos processos “findos” e levado a Tribunal por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **indivíduo condenado** entende-se o indivíduo constante nos processos “findos”, julgado e com pena condenatória, por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **novo utente** entende-se o utente inscrito com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu pela primeira vez às unidades de consulta na rede pública (primeiros pedidos de tratamento).

Por **polidrogas** entendem-se as ocorrências de posse de mais do que um tipo de droga.

Por **portador assintomático**, entende-se o caso diagnosticado com a infeção do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e num estadio da infeção em que ainda não apresenta sintomas.

Por **presumível infrator** entende-se o indivíduo que foi identificado ou detido por elementos das forças policiais por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção das tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **prevalência de consumo** entende-se taxa de consumo que informa de toda e qualquer experiência de consumo em determinado período, independentemente do modo, quantidade e frequência dos consumos.

Por **processo “findo”** entende-se o processo objeto de uma decisão judicial, em que já não é possível haver recurso.

Por **processo de contraordenação** entende-se o processo instaurado pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, a um indivíduo identificado como consumidor pelas autoridades competentes, ao abrigo da Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **quantidade significativa** entende-se no caso da heroína e cocaína as quantidades superiores a 100 g e no caso da cannabis as superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. No caso do ecstasy e de acordo com o critério utilizado pela Polícia Judiciária, foram consideradas como mais significativas, as apreensões envolvendo quantidades superiores a 250 comprimidos.

Por **sanção** entende-se a decisão punitiva (pecuniária e/ou não pecuniária) proferida pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, no âmbito das contraordenações por consumo de drogas.

Por **sentença** entende-se a decisão final do Tribunal relativa a um indivíduo envolvido num processo-crime.

Por **tipo de droga** entende-se todas as unidades/modalidades de uma mesma droga.

Por **utente em tratamento no ano**, entende-se o utente inscrito com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu às unidades de consulta na rede pública, com pelo menos um evento assistencial no ano.

Índice de quadros

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 do número de consumidores e taxas por mil habitantes, segundo a definição de caso e método (2012)	28
2. Tratamento	41
Quadro 3 Consumos dos utentes em tratamento da toxicodependência, por tipo de estrutura, rede pública e licenciada (Portugal Continental) (2013)	46
Quadro 4 Socio demografia dos utentes em tratamento da toxicodependência, por tipo de estrutura, rede pública e licenciada, (Portugal Continental) (2013)	48
Quadro 5 Uteses em programas de tratamento em estruturas dos estabelecimentos prisionais (2013 e variações relativas a 2012/2010/2007)	50
3. Doenças Infecciosas	51
3.1. Notificações da Infeção VIH / SIDA	51
Quadro 6 Notificações de casos de infeção VIH e casos de SIDA, associados ou não à toxicodependência (01/01/1983-31/12/2013)	51
3.2. Doenças Infecciosas nos Uteses em Tratamento da Toxicodependência	58
Quadro 7 VIH nos utentes em tratamento da toxicodependência (total de consumidores e consumidores de droga injetada Iv), rede pública e licenciada, (Portugal Continental) (2013)	56
Quadro 8 Hepatite C nos utentes em tratamento da toxicodependência (total de consumidores e consumidores de droga injetada Iv), rede pública e licenciada, (Portugal Continental) (2013)	58
Quadro 9 Hepatite B nos utentes em tratamento da toxicodependência (total de consumidores e consumidores de droga injetada Iv), rede pública e licenciada, (Portugal Continental) (2013)	60
Quadro 10 Doenças infecciosas nos reclusos em tratamento da toxicodependência (2013)	61
4. Mortalidade	63
Quadro 11 Mortes por overdose, segundo o ano, por substância (2008-2013)	66
Quadro 12 Outras causas de morte dos casos com resultados toxicológicos positivos, segundo o ano, por causa de morte (2008-2013)	68
5. Contraordenações	71
5.1. Processos e Decisões	71
Quadro 13 Distribuição dos processos de contraordenação, por distrito (2013 e variações relativas a 2012 / 2010 / 2007)	71

5.2. Indivíduos	77
Quadro 14 Socio demografia dos indivíduos em processos de contraordenação (2013)	78
Oferta	79
1. Alguns Resultados de Estudos	83
2. Apreensões Policiais	87
2.1. Apreensões / quantidades / rotas / preços	87
Quadro 15 Droga apreendida, segundo o ano, por tipo de droga (2007-2013)	88
Quadro 16 Preço médio das drogas, segundo o ano, por tipo de droga (2007-2013)	90
2.2. Presumíveis Infratores	91
Quadro 17 Presumíveis infratores, por situação face à droga e tipo de droga (2013 e variações relativas a 2012/ 2010/ 2007)	92
Quadro 18 Socio demografia dos presumíveis infratores (2013)	95
3. Decisões Judiciais	97
Quadro 19 Indivíduos condenados, por situação face à droga e tipo de droga (2013)	101
Quadro 20 Socio demografia dos indivíduos condenados (2013)	104
4. Reclusões	105
Quadro 21 Reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga, por tipo de crime (2013 e variações relativas a 2012 / 2010 / 2007)	105
Quadro 22 Socio demografia dos reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga (2013)	106
Tendências por Drogas	107
1. Cannabis	111
1.1. Consumos e Problemas relacionados	111
Quadro 23 Resultados de estudos: prevalências do consumo de cannabis ao longo da vida (2001-2003;2006-2012)	113
Quadro 24 Cannabis: alguns indicadores sobre problemas relacionados com os consumos (2011-2013)	116
1.2. Oferta	117
Quadro 25 Cannabis: alguns indicadores sobre a oferta (2011-2013)	120
2. Cocaína	121
2.1. Consumos e Problemas relacionados	121
Quadro 26 Resultados de estudos: prevalências do consumo de cocaína ao longo da vida (2001-2003;2006- 2012) ...	123
Quadro 27 Cocaína: alguns indicadores sobre problemas relacionados com os consumos (2011-2013)	126
2.2. Oferta	127
Quadro 28 Cocaína: alguns indicadores sobre a oferta (2011-2013)	129
3. Heroína / Opíáceos	131
3.1. Consumos e Problemas relacionados	131
Quadro 29 Resultados de Estudos: prevalências do consumo de heroína ao longo da vida (2001-2003;2006- 2012)	132
Quadro 30 Heroína: alguns indicadores sobre problemas relacionados com os consumos (2011-2013)	135
3.2. Oferta	137
Quadro 31 Heroína: alguns indicadores sobre a oferta (2011-2013)	139
4. Ecstasy	141
4.1. Consumos e Problemas relacionados	141
Quadro 32 Resultados de estudos: prevalências do consumo de ecstasy ao longo da vida (2001-2003;2006- 2012)	142
Quadro 33 Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2011-2013)	144
4.2. Oferta	145
Quadro 34 Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2011-2013)	147

Parte B – Respostas e Intervenções	157
Quadro 35 Estrutura do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020	160
Domínio da Procura	161
Quadro 36 Nº de projetos em execução por tipo de intervenção e por região (n=45)	167
Quadro 37 Programas e Estruturas Sócio Sanitárias de RRMD, por região	168
Quadro 38 Nº de projetos com avaliação realizada (n=29)	169
Quadro 39 Nº de Procedimentos Concursais concluídos em 2013, por região (n=39)	170
Quadro 40 Seringas distribuídas/trocadas em Portugal nas estruturas participantes no PTS, de janeiro a dezembro de 2013.....	177
Domínio da Oferta	181
2. Atuação no âmbito do álcool, medicamentos e anabolizantes	193
2.2. Atuação no âmbito do Jogo	193
Quadro 41 Proibições de acesso salas de jogos (Nº)	195
Quadro 42 Intervenção no âmbito do jogo ilícito (Nº)	195

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 (2001, 2007 e 2012)	19
Figura 2 População Geral, Portugal – População Jovem Adulta (15-34 anos): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2001, 2007 e 2012)	19
Figura 3 População Geral, Portugal - Total (15-64 anos): prevalências de consumo nos últimos 12 meses, por tipo de droga (2001, 2007 e 2012)	20
Figura 4 População Geral, Portugal: População Jovem Adulta (15-34 anos), prevalências de consumo nos últimos 12 meses, por tipo de droga (2001, 2007 e 2012)	20
Figura 5 População Geral, Portugal – Total (15-64 anos): taxa de continuidade dos consumos, por tipo de droga (2001, 2007 e 2012)	21
Figura 6 População Geral, Portugal: População Jovem Adulta (15-34 anos): taxas de continuidade dos consumos, por tipo de droga (2001, 2007 e 2012)	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, 2007 e 2012)	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, 2007 e 2012)	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, 2007 e 2012)	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, 2007, e 2012)	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): percepção do risco para saúde associado ao consumo de drogas, Portugal e Média Europeia (2014)	29
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 (2006 e 2010)	31
Figura 14 População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2007 e 2011)	32
Figura 15 População Escolar – ECATD (alunos de 13-18 anos): prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida (2007 e 2011)	33
Figura 16 População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário): prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2006 e 2011)	34

Figura 17	População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário): prevalências de consumo nos últimos 12 meses, por tipo de droga (2006 e 2011)	34
Figura 18	População Escolar – INME (3.º Ciclo e Secundário): prevalências de consumo de <i>qualquer droga</i> ao longo da vida e nos últimos 12 meses, por região (NUTS II) (2011)	35
Figura 19	População reclusa nacional: prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga (2001 e 2007)	36
Figura 20	População reclusa nacional: prevalências de consumo segundo o momento face à reclusão, por tipo de droga (2001 e 2007)	36
Figura 21	População reclusa nacional: consumo regular em reclusão, segundo o ano, por tipo de droga (2001 e 2007)	37
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
Figura 24	Utentes em tratamento no ano, novos e readmitidos, rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2007-2013)	42
Figura 25	Utentes em tratamento no ano, segundo a residência, rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2013)	43
Figura 26	Utentes que iniciaram tratamento no ano, segundo a residência, novos utentes e utentes readmitidos, rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2013)	44
Figura 27	Utentes em tratamento em Unidade de Desabilitação e Comunidade Terapêutica, segundo o ano: total e % por problema de uso de drogas rede pública e licenciada, Portugal Continental (2009-2013)	45
Figura 28	Utentes que iniciaram tratamento no ano: substância principal segundo o ano, novos utentes e utentes readmitidos, rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2007-2013)	46
Figura 29	Utentes que iniciaram tratamento no ano: consumo de droga injetada nos últimos 12 meses, segundo o ano, novos utentes e utentes readmitidos, rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2007-2013)	47
Figura 30	Utentes que iniciaram tratamento no ano, segundo o ano, por grupo etário, novos utentes e utentes readmitidos, rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2007-2013)	49
3. Doenças Infecciosas		51
3.1. Notificações da Infecção VIH/SIDA		51
Figura 31	Notificações de Infecção VIH e casos de SIDA, associados ou não à toxicodependência, (01/01/1983-31/12/2013)	51
Figura 32	Casos de Infecção pelo VIH diagnosticados em 2013, associados ou não à toxicodependência, por ano provável de infecção (2013)	52
Figura 33	Notificações de casos de infecção VIH e casos de SIDA: casos associados ou não à toxicodependência, por ano de diagnóstico (2007 -2013)	53
Figura 34	Notificações de casos de infecção VIH e casos de SIDA: % casos associados ou não à toxicodependência, por ano de diagnóstico (2007 -2013)	53
Figura 35	Notificações de casos de SIDA: % das patologias indicadoras de SIDA, em casos associados ou não à toxicodependência (01/01/1983 – 31/12/2013)	54
Figura 36	Notificações de casos de infecção VIH associados à toxicodependência, por zona geográfica de residência (01/01/1983 – 31/12/2013)	55
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência		56
Figura 37	Prevalências de VIH+ e novas infeções nos utentes em tratamento no ano: total de utentes e consumidores de droga injetada Iv, rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2007-2013)	57
Figura 38	Prevalências de VHC+ e novas infeções nos utentes em tratamento no ano: total de utentes e consumidores de droga injetada I rede pública – ambulatório, Portugal Continental (2007-2013)	59
4. Mortalidade		63
Figura 39	Óbitos gerais relacionados com o consumo de drogas (2004-2012)	64
Figura 40	Autópsias, exames toxicológicos e resultados positivos <i>post-mortem</i> , segundo o ano (2007-2013)	65

Figura 41	Causas de morte dos casos com resultados toxicológicos positivos, segundo o ano (2007-2013)	65
Figura 42	Mortes por overdose, segundo o ano, por sexo (2013)	67
Figura 43	Mortes por overdose, segundo o ano, por grupo etário (2013)	67
Figura 44	Notificações de óbitos em casos de infeção VIH e em casos de SIDA: % de casos mortos segundo o ano de diagnóstico, em casos associados ou não à toxicodependência (01/01/1983 – 31/12/2013)	69
Figura 45	Notificações de óbitos em casos de infeção VIH e em casos de SIDA: Mortes segundo o ano de óbito, em casos associados ou não à toxicodependência (01/01/1983 – 31/12/2013).....	69
Figura 46	Notificações de óbitos em casos de infeção VIH e em casos de SIDA: % das mortes segundo os casos associados ou não à toxicodependência, por ano de óbito (01/01/1983 – 31/12/2013)	70
5. Contraordenações	.....	71
5.1. Processos e decisões	.....	71
Figura 47	Distribuição dos processos de contraordenação, por distrito (2013)	72
Figura 48	Processos de contraordenação e decisões, segundo o ano (2007-2013)	73
Figura 49	Processos de contraordenação, segundo o ano, por tipo de decisão (2007-2013)	73
Figura 50	Processos de contraordenação, segundo o ano, por tipo de droga (2007-2013)	74
Figura 51	Distribuição dos processos de contraordenação, segundo a droga envolvida, por distrito (2013)	75
Figura 52	Percentagens intradistritais de processos de contraordenação por tipo de droga (2013)	76
Figura 53	Processos de contraordenação por tipo de droga: intervalos das percentagens intradistritais, segundo o ano (2007-2013)	77
5.2. Indivíduos.....		77
Figura 54	Percentagens intradistritais de indivíduos reincidentes (2013)	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 (2014)	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 (2011)	84
Figura 57	População Geral, Portugal – Total (15-64 anos), Perceção da facilidade de acesso na obtenção de drogas (se desejado) (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 (2007-2013)	87
Figura 59	Distribuição das quantidades de drogas apreendidas, por distrito e região autónoma (2013)	89
2.2 Presumíveis Infratores	.....	91
Figura 60	Presumíveis infratores, segundo o ano, por situação face à droga (2007-2013)	91
Figura 61	Total de presumíveis infratores, por zona geográfica de ocorrência da infração (2013)	91
Figura 62	Presumíveis infratores, segundo o ano, por tipo de droga (2007-2013).....	93
Figura 63	Distribuição dos presumíveis infratores, segundo a droga envolvida, por distrito e região autónoma (2013)	93
Figura 64	Percentagens intradistritais de presumíveis infratores, por tipo de droga (2013)	94
3. Decisões Judiciais	.....	97
Figura 65	Processos, indivíduos acusados e condenados ao abrigo da Lei da Droga, segundo o ano (2007-2013). 97	
Figura 66	Indivíduos condenados, segundo o ano, por situação face à droga (2007-2013)	98
Figura 67	Total de indivíduos condenados, por zona geográfica de ocorrência da condenação (2013)	99
Figura 68	Indivíduos condenados, segundo o ano, por tipo de pena (2007-2013)	99

Figura 69	Indivíduos condenados, segundo o ano, por tipo de droga (2007-2013)	101
Figura 70	Distribuição dos indivíduos condenados segundo a droga envolvida, por distrito e região autónoma (2013)	102
Figura 71	Percentagens intradistritais dos indivíduos condenados por tipo de droga (2013)	103
4. Reclusões	.....	105
Figura 72	Total de reclusos condenados e reclusos condenados ao abrigo da lei da droga, segundo o ano (2007-2013)	105
Parte B - Respostas e Intervenções	.....	157
Domínio da Procura	.....	161
Figura 73	N.º de Projetos Contratualizados em 2013, por tipo de intervenção e por região (N=36)	167
Figura 74	Nº de territórios onde foram abertos concursos, por região (N=43)	169
Figura 75	Nº de Áreas Lacunares a concurso, por tipo de intervenção e por região (N=65)	169
Figura 76	Nº de Pessoas a Abranger, por tipo de intervenção (N=61.959)	170



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



SICAD

Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências