

Relatório Anual

2015

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

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS

Relatório Anual 2015

A Situação do País em Matéria de
Drogas e Toxicodependências

2016

Ficha Técnica

Título: **Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências**

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

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Morada: Alameda das Linhas de Torres, n.º 117 - Edifício D. Carlos I - 2º andar, 1750 -147 Lisboa

Edição: 2016

Impressão:

Depósito Legal:

Tiragem:

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

Índice

Agradecimentos	5
Preâmbulo	7
Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos e Problemas relacionados	11
1. Alguns Resultados de Estudos	17
2. Tratamento	43
3. Doenças Infecciosas	53
3.1. Notificações da Infecção por VIH/SIDA.....	53
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência	58
4. Mortalidade	65
5. Contraordenações	77
5.1. Processos e Decisões.....	77
5.2. Indivíduos.....	83
Oferta	85
1. Alguns Resultados de Estudos	89
2. Apreensões Policiais	93
2.1. Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços.....	93
2.2. Presumíveis Infratores.....	98
3. Decisões Judiciais	103
4. Reclusões	111
Tendências por Drogas	115
1. Cannabis	121
1.1. Consumos e Problemas relacionados	121
1.2. Oferta	127
2. Cocaína	131
2.1. Consumos e Problemas relacionados	131

2.2. Oferta	136
3. Heroína / Opiáceos	139
3.1. Consumos e Problemas relacionados	139
3.2. Oferta	143
4. Ecstasy	147
4.1. Consumos e Problemas relacionados	147
4.2. Oferta	151
5. Outras Drogas e Policonsumos.....	155
5.1. Consumos e Problemas relacionados	155
5.2. Oferta	160
Referências Bibliográficas.....	159
Sinais Convencionais	163
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	165
Definição de Termos.....	169
Índice de Quadros.....	171
Índice de Figuras	173

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

Divisão de Estatística e Investigação do SICAD

Equipa Responsável

Coordenação e Redação: Carla Ribeiro

Estatístico: Catarina Guerreiro

Equipa de Apoio Técnico

Geral: Liliana Ferreira

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

Preâmbulo

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 de diversas áreas ministeriais, nos domínios da oferta ou da procura, e pretende fornecer elementos de apoio à decisão política e ao planeamento da intervenção.

O relatório representa um marco importante no acompanhamento regular da concretização das metas do *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*.

Em 2015 estavam já consolidadas as mudanças ocorridas nas estruturas da Saúde dedicadas a estas problemáticas, tendo sido interiorizadas as formas de colaboração e articulação decorrentes do novo quadro organizativo. Apesar de dificuldades várias, os Profissionais que atuam nos organismos estatais nestas áreas, a maioria dos quais hoje integrados nas ARS, responderam com elevado espírito de missão na implementação das iniciativas e ações planeadas, no respeito pela essência de um modelo de organização e de práticas desenvolvido e testado ao longo de décadas. Também as ONG, enquadradas pelo PORI (Plano Operacional de Respostas Integradas) ou prestando cuidados em Unidades Especializadas (nomeadamente, Comunidades Terapêuticas) deram continuidade aos seus inestimáveis contributos.

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

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

Lisboa, 29 de dezembro de 2015

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



João Castel-Branco Goulão

Caracterização e Evolução da Situação

Consumos e Problemas relacionados

Desde 2005, início do anterior ciclo estratégico, foram realizados diversos estudos nacionais na área das drogas e toxicodependência, alguns deles inseridos em projetos iniciados antes de 2005 e que têm permitido a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional, e outros realizados pela primeira vez no atual ciclo estratégico.

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

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

masculino, e Lisboa, Açores e o Alentejo apresentaram prevalências de consumo ao longo da vida acima da média nacional.

Em 2015 foi realizado pela primeira vez o estudo **Comportamentos aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional**, que teve como população-alvo os jovens com 18 anos em 2015 (convocados para o Dia da Defesa Nacional). As prevalências de consumo de substâncias ilícitas enquadraram-se, de um modo geral, no padrão encontrado em outros estudos em populações escolares da mesma idade, embora, por comparação aos alunos de 18 anos se verifique uma maior frequência do consumo de cannabis e também maiores prevalências de consumo de outras substâncias ilícitas. As prevalências de consumo de *qualquer droga* foram de 31% ao longo da vida, 24% nos últimos 12 meses e de 15% nos últimos 30 dias. A cannabis surgiu com prevalências muito próximas às de *qualquer droga*, e 10%, 7% e 4% dos inquiridos declararam consumir outra substância ilícita ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. Entre estas outras substâncias ilícitas destacam-se as anfetaminas/metanfetaminas, com prevalências de consumo de 7% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 3% nos últimos 30 dias. Seguiu-se-lhes a cocaína, os alucinogénios e as *novas substâncias psicoativas*, com prevalências de consumo próximas. Nos últimos 12 meses anteriores à inquirição, 11% dos inquiridos (48% dos consumidores recentes) costumavam consumir numa mesma ocasião, uma substância ilícita com pelo menos outra substância psicoativa lícita ou ilícita, e 4% dos inquiridos (30% dos consumidores atuais de cannabis) tinha um consumo diário/quase diário de cannabis. Os consumos foram mais expressivos nos rapazes, existindo significativas heterogeneidades regionais, como os consumos de cannabis no Algarve, e os consumos de outras substâncias ilícitas nos Açores, que importa continuar a monitorizar com vista a uma maior adequação das intervenções loco-regionais.

Em 2014 foi realizado um estudo periódico que permite a análise de tendências no contexto nacional e europeu, sobre **Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas**. As estimativas de 2012 apontavam, a nível de Portugal Continental, para taxas por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 7,1‰ para os consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas, e de 2,2‰ para os consumidores recentes de drogas por via endovenosa. A tendência para a redução do número estimado de consumidores problemáticos entre os estudos realizados em 2000 e 2005, é de novo verificada entre 2005 e 2012, para estas duas definições de caso. A estimativa 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 apontavam, 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 o estudo **Flash Eurobarometer – Young People and drugs** realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos, a cannabis era a droga ilícita a que os jovens portugueses atribuíam em menor proporção um *risco elevado* para a saúde (34% para o *consumo ocasional* e 74% para o *consumo regular* de cannabis). A evolução destas perceções entre 2011 e 2014 evidenciou, por parte dos jovens portugueses, e contrariamente à tendência europeia, uma maior atribuição de *risco elevado* para a saúde em relação às várias substâncias e tipos de consumo, com especial relevo no caso da cannabis.

No contexto das populações escolares, os 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. Em 2010 e 2011 constatou-se um aumento a que se seguiu, em 2014 e 2015, novamente uma diminuição destes consumos. Nos estudos realizados em 2014 e 2015, a

cannabis continuava a ser a droga preferencialmente consumida. No **ECATD-CAD 2015 - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015** -, as prevalências de consumo ao longo da vida de *qualquer droga* (entre 3% nos 13 anos e 35% nos 18 anos) foram muito idênticas às de cannabis (entre 2% nos 13 anos e 34% nos 18 anos). Seguíam-se-lhe com prevalências de consumo bastante inferiores (abaixo dos 4%), a cocaína nos mais novos e o ecstasy nos mais velhos. As prevalências de consumo recente de cannabis variaram entre 1% (13 anos) e 27% (18 anos) e as de consumo atual entre 0,7% (13 anos) e 14% (18 anos). Entre 2011 e 2015 registou-se uma descida das prevalências de consumo de *qualquer droga* em quase todas as idades, exceto nos mais velhos (estabilidade nos 17 anos e subida nos 18 anos). No **ESPAD 2015 - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2015**, Portugal registou, de um modo geral, prevalências de consumo de *qualquer droga* (16%), de cannabis (15%) e de outras substâncias ilícitas (4%) inferiores às médias europeias, com prevalências de consumo mais baixas no grupo masculino português e muito idênticas entre os grupos femininos. Entre 2011 e 2015 registou-se uma descida das prevalências de consumo da generalidade das drogas consideradas, sendo essa diminuição mais expressiva no grupo masculino. Cerca de 1% dos inquiridos declarou ter um consumo diário/quase diário de cannabis, valor igual ao registado em 2011. É de notar que as prevalências de consumo ao longo da vida de outras substâncias, nomeadamente NSP e medicamentos, foram iguais ou inferiores a 2% nos vários estudos realizados em 2014 e 2015, com exceção do consumo de tranquilizantes/sedativos, e em particular com receita médica, que registou prevalências superiores.

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

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

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

No âmbito do **tratamento** da toxicodependência, em 2015 estiveram em tratamento 26 993 utentes com problemas relacionados com o uso de drogas no ambulatório da rede pública. Dos que iniciaram tratamento no ano, 1 365 eram utentes readmitidos e 2 024 novos utentes, ou seja, que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede. Em 2015 foi reforçada a tendência verificada desde 2009, de decréscimo do número de utentes em tratamento em ambulatório por problemas relacionados com o uso de drogas. Apesar de o número de novos utentes em 2015 ter sido o mais elevado desde 2010, não apresenta variações relevantes nos últimos quatro anos, após os acréscimos verificados entre 2010 e 2012. Pelo terceiro ano consecutivo que se constata uma diminuição do número de readmitidos, representando os valores dos últimos três anos os mais baixos desde 2010. Em 2015, nas redes pública e licenciada registaram-se 744 internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabilitação (680 em UD públicas e 64 em UD licenciadas) e 2 184 em Comunidades Terapêuticas (58 em CT públicas e 2 126 em CT licenciadas), correspondendo a 49% e a 64% do total de internamentos destas estruturas.

Quanto aos consumos, a heroína continua a ser a droga principal mais referida pelos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas das diferentes estruturas, com exceção, tal como sucedido nos últimos anos, dos novos utentes em ambulatório em que foi a cannabis (51%), 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. De um modo geral, nos últimos cinco 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. No entanto, é de notar o aumento entre 2014 e 2015 do número de novos utentes com heroína como droga principal.

Os indicadores relativos ao consumo de droga injetada e partilha de material deste tipo de consumo apontam para reduções destes comportamentos nos últimos anos por comparação com os anos anteriores. Em 2015, as prevalências dos consumos recentes de droga injetada variaram entre 3% e 27% nos utentes das diferentes estruturas, e as proporções de utentes com práticas recentes de partilha de material deste tipo de consumo variaram entre 8% e 37% nos subgrupos de injetores das diferentes estruturas. É de notar a existência de algumas "bolsas de utentes" ainda com prevalências elevadas destas práticas.

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

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

No contexto do tratamento da toxicoddependência no sistema prisional, em 2015 estiveram integrados 121 reclusos nos programas de tratamento orientados para a abstinência, e a 31/12/2015 estavam integrados 1 041 reclusos em programas farmacológicos, 1 017 com agonistas opiáceos e 24 com antagonistas opiáceos. Desde o anterior ciclo estratégico que se verifica uma tendência de decréscimo no número de reclusos nos programas orientados para a abstinência, reflexo da diminuição da procura destes programas por parte dos reclusos. Também se verifica nos últimos quatro anos uma ligeira descida contínua do número de reclusos integrados em programas farmacológicos, que poderá estar relacionada com a eventual diminuição da procura de tratamento para o uso de opiáceos, evidenciada no estudo nacional realizado em 2014 na população reclusa. Por outro lado, têm vindo a surgir nos últimos anos outros tipos de respostas face a necessidades específicas de acompanhamento desta população reclusa, estando integrados a 31/12/2015, 331 reclusos em outras unidades / programas de tratamento da toxicoddependência.

Relativamente às **doenças infecciosas** entre as populações em tratamento da toxicoddependência em meio livre, em 2015, as prevalências nos vários grupos de utentes enquadram-se no padrão dos últimos anos - VIH+ (2% - 18%), VHC+ (23% - 61%) e AgHBs+ (1% - 8%) -, sendo superiores nos respetivos subgrupos de injetores - VIH+ (5% - 27%) e VHC+ (66% - 89%). Em 2015 verificou-se no total de utentes em ambulatório e no subgrupo de injetores uma ligeira descida nas proporções de novas infeções face a 2014. Após a tendência de descida acentuada das proporções de novas infeções por VIH+ até 2011, constata-se uma estabilidade, apesar de o valor de 2015 no subgrupo de injetores (6%) ser o mais baixo da década. 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 toxicoddependência, as prevalências de VIH+ (17%), VHC+ (61%) e AgHBs+ (4%), enquadram-se nos intervalos das prevalências encontradas em meio livre, tendencialmente mais próximas ao limite máximo. Em ambos os contextos constata-se uma elevada comorbilidade de VIH+ e VHC+ nestas populações.

No âmbito das notificações da infeção por VIH, em 2015, os casos associados à toxicoddependência representavam 35% do total acumulado de notificações de infeção por VIH e 44% das notificações de casos de SIDA. À data da recolha de informação, tinham sido notificados 990 casos de infeção por VIH diagnosticados em 2015, 5% em categorias de transmissão relacionadas com a toxicoddependência, e 238 casos de SIDA diagnosticados em 2015, 14% associados à toxicoddependência. Continua a registar-se um decréscimo no número total de casos de infeção por VIH e de casos de SIDA diagnosticados anualmente, tendência que se mantém a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicoddependência. Considerando o decréscimo de novos casos de infeção por VIH associados à toxicoddependência, reflexo dos resultados das políticas implementadas, designadamente na mudança de comportamentos de risco a nível do consumo injetado de drogas, importa continuar a investir no reforço das políticas promotoras do diagnóstico precoce e do acesso ao tratamento destas doenças por parte destas populações, com vista a potenciar os ganhos em saúde entretanto obtidos.

No que respeita à **mortalidade** relacionada com o consumo de drogas, segundo as estatísticas de mortalidade do INE, I.P., em 2014 ocorreram 37 mortes relacionadas com o consumo de drogas segundo o critério do OEDT (+32% do que em 2013), sendo necessário algumas cautelas na leitura das tendências uma vez que só em 2014 foi concluída a implementação em todo o território nacional do certificado médico *online*. Dos 37 óbitos, 86% foram atribuídos a intoxicação (acidental ou intencional), sendo de destacar em termos de substâncias, a cocaína (43%) e a metadona (19%). São de assinalar, com as ressalvas atrás referidas sobre a leitura da evolução destes dados, os aumentos registados entre 2013 e 2014 nos óbitos relacionados com a cocaína e nos relacionados com metadona.

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2015, dos 181 óbitos com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito e com informação sobre a causa de morte, 40 (22%) foram considerados *overdoses*. Pelo segundo ano consecutivo que se constata um aumento no número de *overdoses* (+21% face a 2014), apesar de os valores dos últimos cinco anos se manterem aquém dos registados entre 2008 e 2010. Nestas *overdoses* é de destacar a presença de opiáceos em 53% dos casos, seguindo-se-lhe a cannabis (30%), a cocaína (28%) e a metadona (25%). Quanto à presença de novas substâncias psicoativas, ocorreu 1 *overdose* com metoxietamina associada ao álcool. Uma vez mais, na maioria (90%) das *overdoses* foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar em associação com as drogas ilícitas, a presença de benzodiazepinas (43%) e a de álcool (30%). Em relação às outras causas das mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito (141 casos), foram sobretudo atribuídas a acidentes (36%) tal como nos anos anteriores, seguindo-se-lhes a morte natural (33%), suicídio (20%) e homicídio (6%).

No que se refere à mortalidade relacionada com o VIH/SIDA e de acordo com as notificações de óbitos recebidas no INSA, em 2015 foram notificados 75 óbitos ocorridos no próprio ano em casos de infeção por VIH associados à toxicodependência, 41 em estadios SIDA. A distribuição das mortes segundo o ano do óbito evidencia uma tendência decrescente no número de mortes ocorridas a partir de 2002, e a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência. No entanto, e apesar do evidente investimento no diagnóstico precoce e tratamento da infeção por VIH na população toxicodependente, continua a verificar-se nos casos diagnosticados mais recentemente, uma mortalidade observada superior nas categorias de transmissão associadas à toxicodependência comparativamente aos restantes casos.

A nível das **contraordenações por consumo de drogas**, foram instaurados 10 380 processos relativos às ocorrências de 2015, representando o valor mais elevado desde 2001 (+15% em relação a 2014). À data da recolha de informação, 83% dos processos relativos às ocorrências de 2015 tinham decisão proferida (58% já arquivados), constatando-se nos últimos quatro anos, um aumento da capacidade decisória face aos anos anteriores, tanto mais relevante quanto, os números de processos registados nestes anos foram os mais elevados desde 2001. Entre as decisões proferidas uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (69%). Seguiu-se-lhes as decisões punitivas (19%) e as suspensões provisórias dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (9%). Tal como nos anos anteriores, a maioria dos processos estavam relacionados com a posse de cannabis (85% só cannabis e 2% cannabis com outras drogas), o que é consistente com os resultados dos estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas em Portugal. Os perfis de consumo e demográficos predominantes desta população e a sua evolução nos últimos anos – nomeadamente mais consumidores não toxicodependentes, mais jovens e mais estudantes –, são indicadores das estratégias e abordagens específicas de sinalização e intervenção precoce, preconizadas no planeamento estratégico na área da dissuasão.

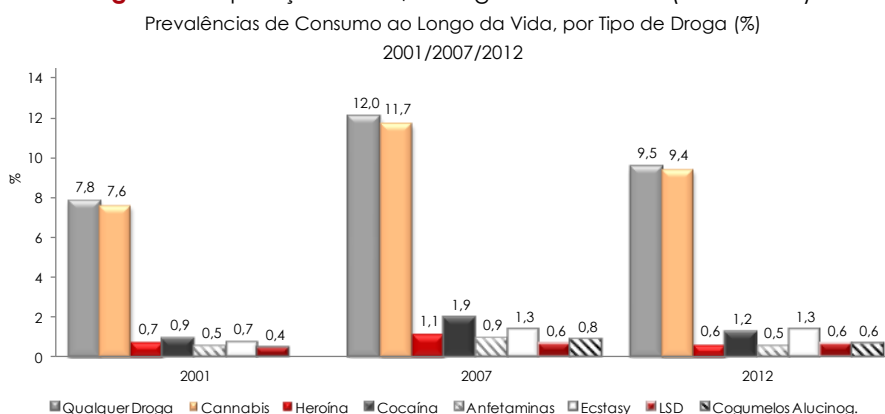
1. Alguns Resultados de Estudos¹

Desde 2005, início do anterior ciclo estratégico, foram realizados diversos estudos nacionais na área das drogas e toxicod dependência, alguns deles inseridos em projetos iniciados antes de 2005 e que têm permitido a análise de tendências e a comparabilidade da situação nacional no contexto europeu e internacional, e outros realizados pela primeira vez no atual ciclo estratégico.

Contexto População Geral

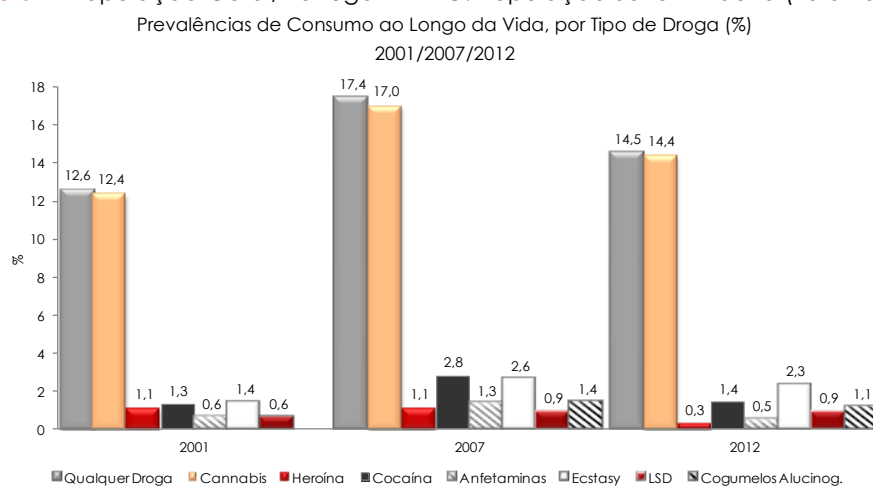
Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*², replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na população geral de 15-64 anos³, residente em Portugal.

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



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

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



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

¹ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências, p. 19-42, disponível em <http://www.sicad.pt>

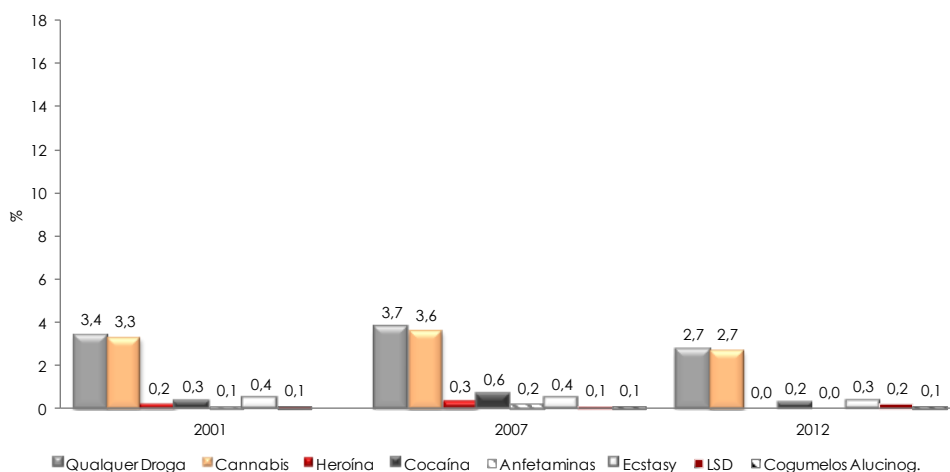
² Balsa et al., 2014.

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 (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

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.

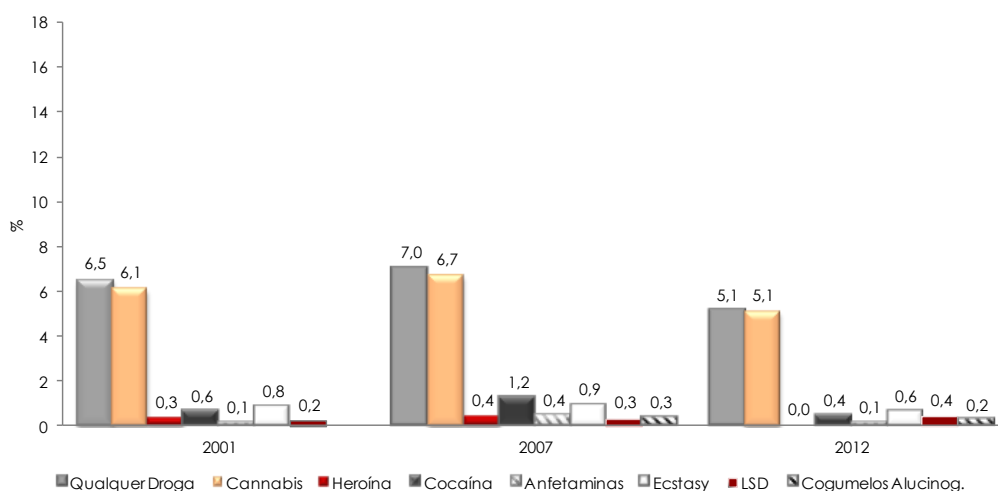
Com prevalências de consumo muito inferiores, o ecstasy e a cocaína surgiram como a segunda e terceira drogas preferencialmente consumidas, sendo as respetivas prevalências muito próximas a nível da população total, embora mais diferenciadas na população jovem adulta, com o ecstasy a apresentar prevalências 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 – INPG: Total (15-64 anos)
Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, Por Tipo de Droga (%)
2001/2007/2012



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

Figura 4- População Geral, Portugal – INPG: População Jovem Adulta (15-34 anos)
Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%)
2001/2007/2012



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

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

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

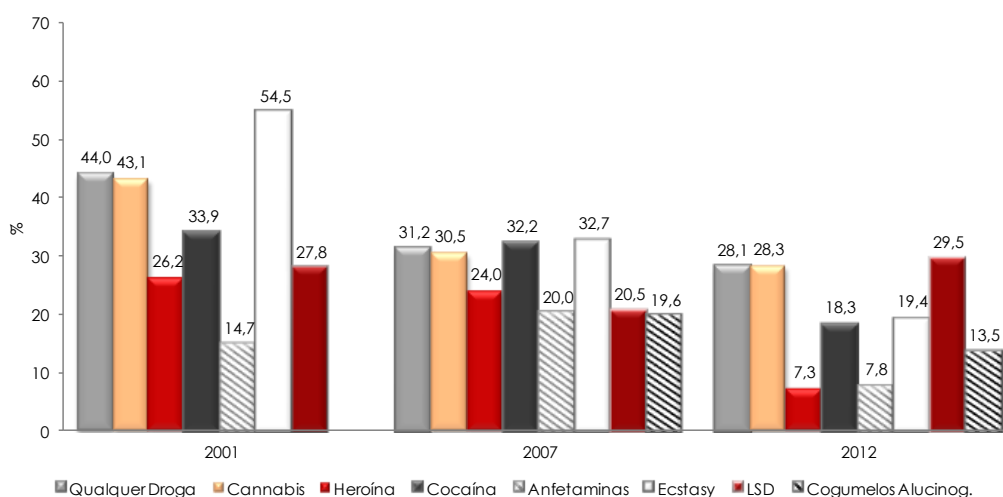
São de destacar, tanto na população total como na jovem adulta, para além das descidas das prevalências de consumo de cannabis, enquanto a substância mais consumida, também as de heroína, de cocaína e de anfetaminas.

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

Em 2012, verificou-se que as taxas de continuidade dos consumos mais elevadas foram as de LSD e cannabis, sendo de notar que o LSD foi a única substância que apresentou ligeiros aumentos das prevalências de consumo.

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

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

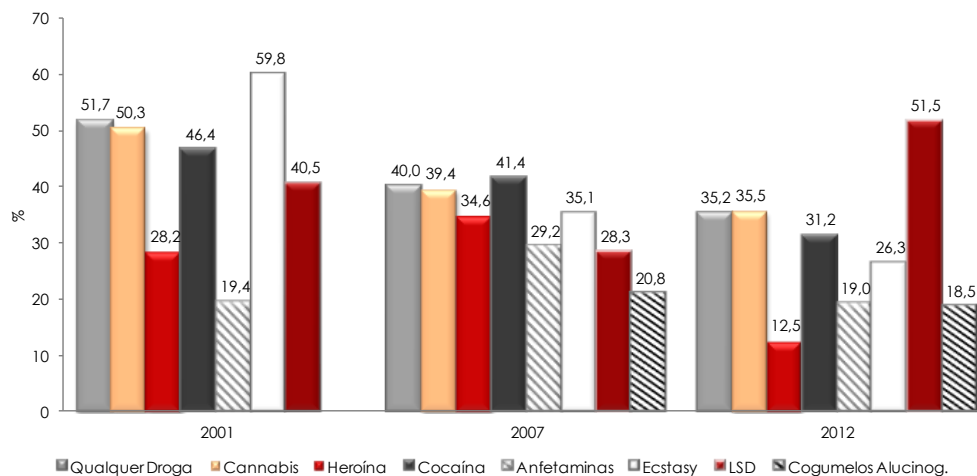


* A taxa de continuidade dos consumos indica a proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

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

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

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



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

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

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

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

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

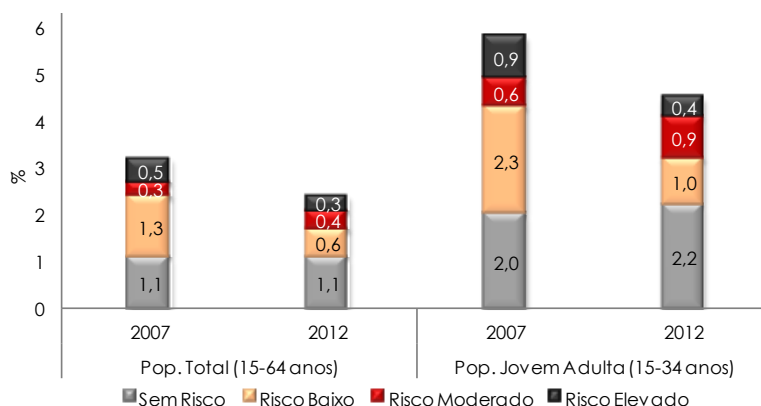
De acordo com resultados do *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), aplicado aos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, em 2012, cerca de 0,3% da população de 15-64 anos residente em Portugal tinha um consumo de cannabis considerado de risco elevado e 0,4% de risco moderado, sendo as percentagens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

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

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

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

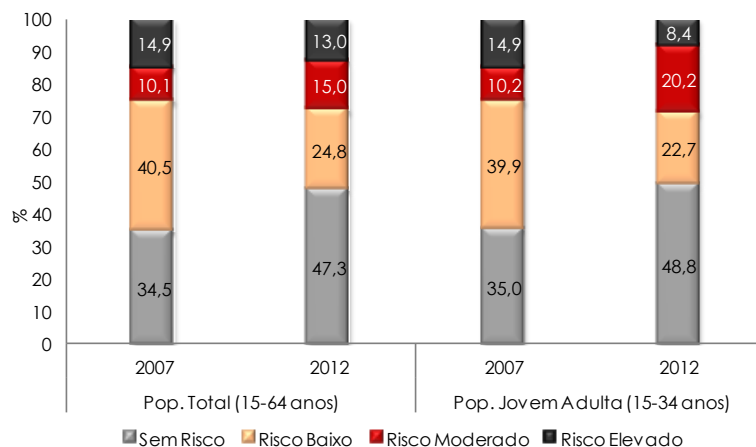
Figura 7 - População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)
Avaliação da Dependência através do Cannabis Abuse Screening Test (CAST)
% total de Inquiridos
2007/2012



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

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

Figura 8 - População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)
Avaliação da Dependência através do Cannabis Abuse Screening Test (CAST)
% total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses
2007/2012

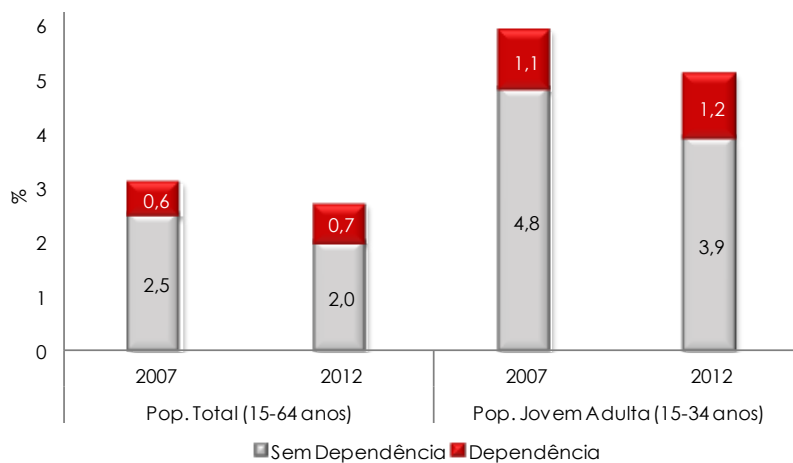


Fonte: Balsa et al., 2014 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

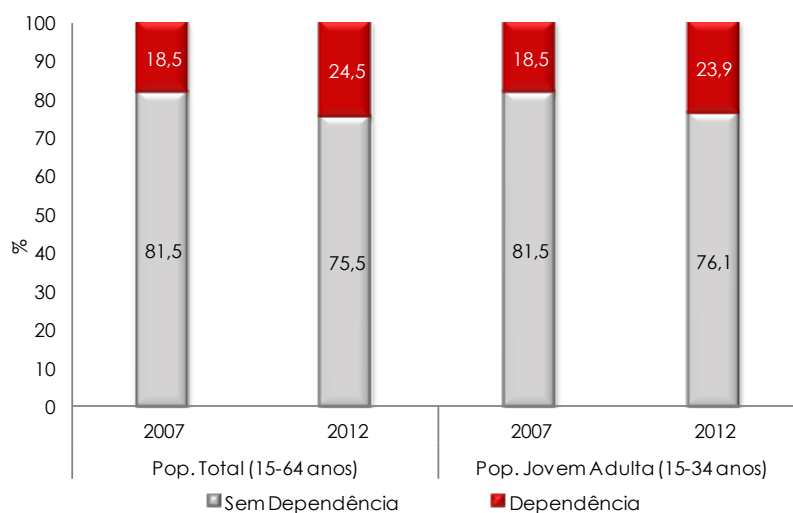
De acordo com os resultados do teste de avaliação da dependência *Severity of Dependence Scales* (SDS) aplicado aos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses, em 2012, cerca de 0,7% da população de 15-64 anos residente em Portugal apresentava sintomas de dependência do consumo de cannabis (0,6% em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

Figura 9 - População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)
 Avaliação da Dependência através do SDS (*Severity of Dependence Scales - Cannabis*)
 % total de Inquiridos
 2007/2012



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

Figura 10 - População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)
 Avaliação da Dependência através do SDS (*Severity of Dependence Scales - Cannabis*)
 % total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses
 2007/2012



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

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

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

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

Quadro 1 - População Geral, Portugal – INPG: Grupo (15-24 anos)

Idades de Início dos Consumos
2001/2007/2012

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

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

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

Embora não caiba neste Relatório detalhar os resultados deste estudo por **etapas do ciclo de vida**, houve a preocupação de, a par da caracterização e evolução dos consumos na população total, descrever também a situação para a população jovem adulta (15-34 anos), uma vez que é neste grupo 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 como 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 evidenciou prevalências de consumo ao longo da vida superiores nos 25-34 anos e de consumos recentes e taxas de continuidade dos consumos superiores nos 15-24 anos (exceção da cocaína, anfetaminas e LSD). O padrão preferencial de consumo da população total, semelhante ao da jovem adulta no seu conjunto, apresentou algumas variações quando se consideraram os dois grupos decenais em separado: no de 15-24 anos, surgiram 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 no de 25-34 anos surgiram 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 apontaram para maiores prevalências de consumo de risco moderado nos de 15-24 anos, e maiores de risco elevado nos de 25-34 anos. Os resultados do SDS evidenciaram proporções de dependência de 22% e de 26%, respetivamente no grupo de consumidores de cannabis de 15-24 anos e no de 25-34 anos.

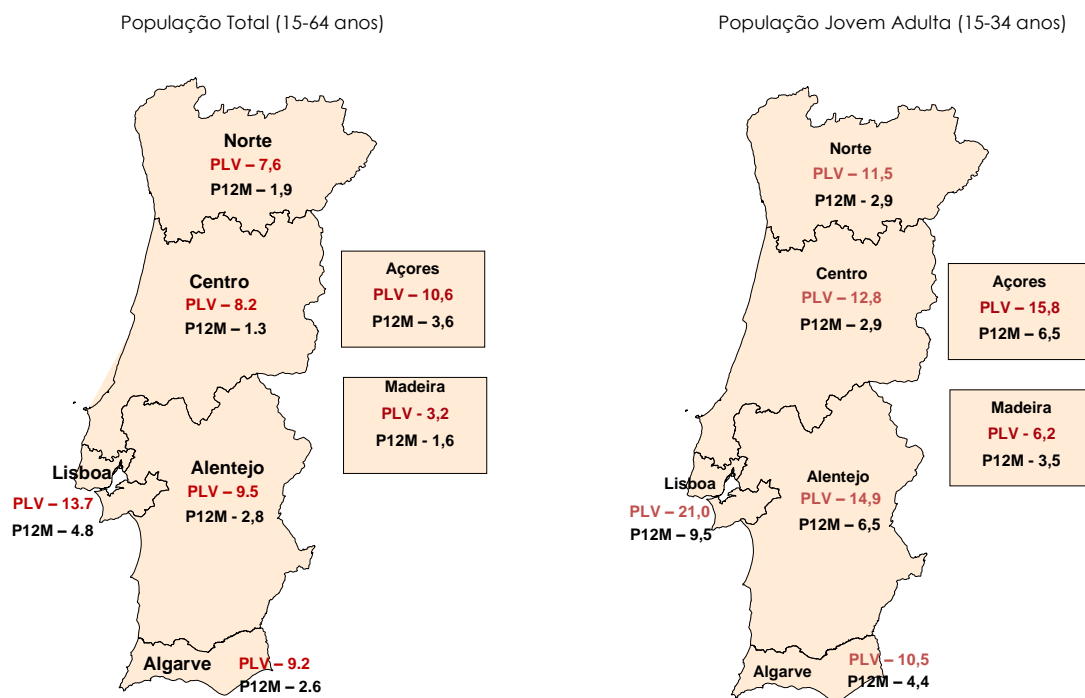
O padrão geral de evolução das prevalências de consumo entre 2007 e 2012 apresentou algumas variações no grupo de 15-24 anos, sendo de evidenciar os aumentos dos consumos recentes de ecstasy e de cogumelos alucinogénios, assim como o significativo aumento da proporção de dependência no grupo de consumidores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

Figura 11 - População Geral, Portugal –INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)
Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, por Região (NUTS II*) (%)
2012



Legenda:

PLV - Prevalências de Consumo ao Longo da Vida

P12M - Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses

* Segundo a classificação por NUTS de 2002.

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

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).

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).

Em 2015, foi realizado pela primeira vez o inquérito *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*⁷, que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2015 (convocados para o Dia da Defesa Nacional).

Os resultados sobre as prevalências de consumo de *qualquer droga* enquadraram-se, de um modo geral, no padrão de resultados de outros estudos recentes em populações escolares da mesma idade. No entanto, por comparação aos alunos de 18 anos (ECATD-CAD 2015) verificou-se uma maior frequência do consumo de cannabis (4% dos inquiridos/30% dos consumidores atuais de cannabis declarou ter um consumo diário/quase diário nos últimos 30 dias, sendo as percentagens correspondentes nos alunos de 18 anos de 2%/15%). Por outro lado,

⁷ Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 70 646 jovens de 18 anos em 2015, estando prevista a sua replicação anual.

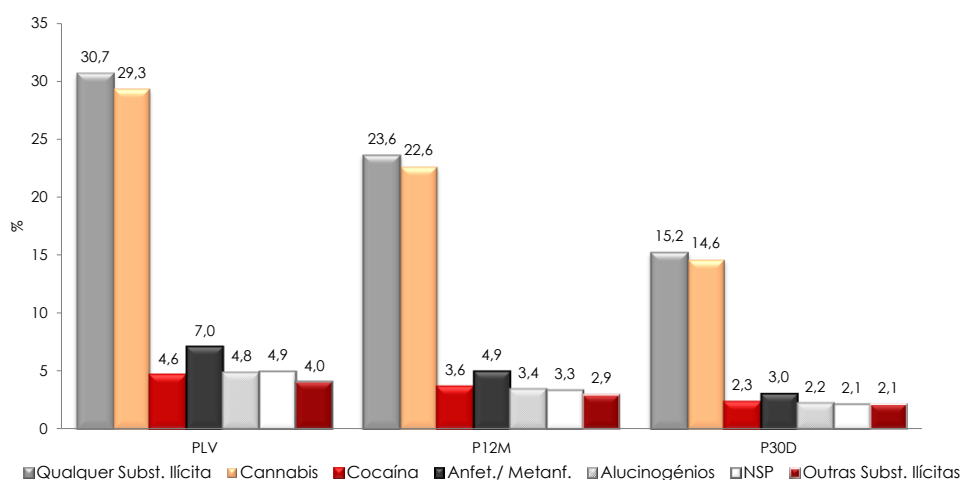
constatou-se também maiores prevalências de consumo de outras substâncias ilícitas que não cannabis, o que pode ter a ver com o facto da cobertura geográfica deste estudo incluir as Regiões Autónomas, onde se registaram prevalências mais elevadas destes consumos.

As prevalências de consumo de *qualquer droga* foram de 31% ao longo da vida, 24% nos últimos 12 meses e de 15% nos últimos 30 dias. A cannabis surgiu como a substância com maiores prevalências de consumo - 29% ao longo da vida, 23% nos últimos 12 meses e 15% nos últimos 30 dias. Ainda assim, 10%, 7% e 4% dos inquiridos consumiram outra substância ilícita que não cannabis, respetivamente ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias.

Entre estas outras substâncias ilícitas que não cannabis é de referir, embora com valores muito inferiores, as anfetaminas/metanfetaminas (*ecstasy* incluído), com prevalências de consumo de 7% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 3% nos últimos 30 dias. Seguiram-se-lhe a cocaína e os alucinogénios com prevalências de consumo próximas. É de notar que, as prevalências de consumo de *novas substâncias psicoativas* (NSP) - 5% ao longo da vida, 3% nos últimos 12 meses e 2% nos últimos 30 dias -, foram semelhantes às de outras drogas como a cocaína e alucinogénios, importando, no futuro próximo, contextualizar melhor estes consumos. É de referir ainda os tranquilizantes /sedativos não prescritos, com prevalências de consumo de 7%, 5% e de 3% ao longo da vida, nos últimos 12 meses e últimos 30 dias.

Figura 12 - População Geral, Portugal – DDN (18 anos)

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



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

Em relação à frequência dos consumos e apesar das variações em função da substância, de um modo geral, os consumos eram tendencialmente ocasionais. No que se refere ao consumo recente (últimos 12 meses) de cannabis, um pouco mais de metade dos consumidores declarou, ou ter consumido apenas 1 a 2 ocasiões (29%) ou ter consumido 40 ou mais ocasiões (26%). É ainda de notar quanto ao consumo atual (últimos 30 dias) que, cerca de 4% dos inquiridos (30% dos consumidores atuais de cannabis) declarou ter um consumo diário/quase diário (20 ou mais ocasiões).

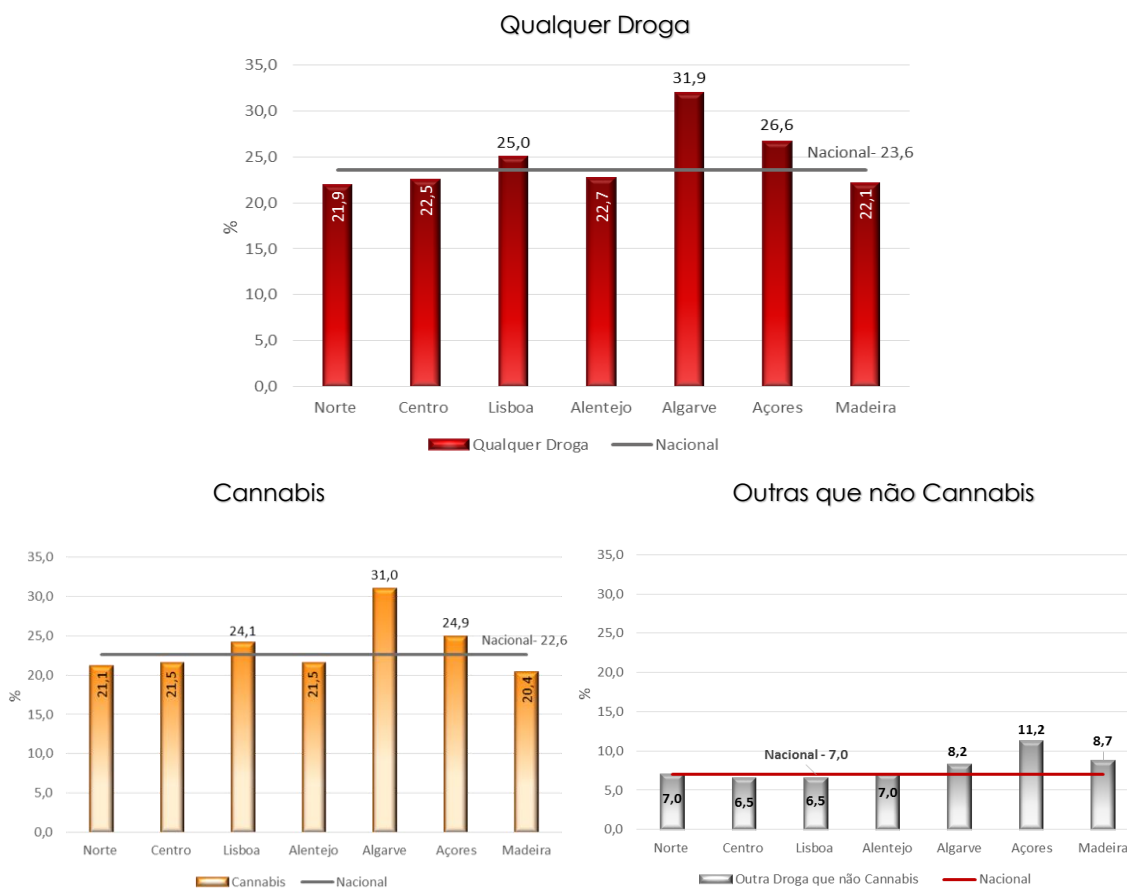
Quanto ao policonsumo nos últimos 12 meses anteriores à inquirição, 11% dos inquiridos (48% dos consumidores recentes de substâncias ilícitas) declararam que costumavam consumir numa mesma ocasião, uma substância ilícita com pelo menos outra substância psicoativa (lícita ou ilícita), com particular relevo para o consumo de derivados de cannabis com álcool.

Os consumos de substâncias ilícitas foram mais expressivos nos rapazes por comparação às raparigas, como o demonstram, por exemplo, as prevalências de consumo recente e atual de *qualquer substância ilícita* (30% e 20% no grupo masculino, face a 17% e 10% no feminino).

São de notar também as significativas heterogeneidades regionais a nível destes consumos - de destacar, os consumos de cannabis no Algarve, e os consumos de outras substâncias que não cannabis (consideradas individualmente e no seu conjunto) nos Açores -, que importa continuar a monitorizar com vista a uma maior adequação das intervenções loco-regionais.

Figura 13 - População Geral, Portugal – DDN (18 anos)

Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Região*
(qualquer droga, cannabis, outras que não cannabis) (%)
2015



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

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

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*⁸, 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.

⁸ Com o intuito de apreciar a dimensão e as tendências deste fenómeno a nível europeu, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência identificou o consumo problemático/de alto risco como um dos indicadores chave.

As últimas estimativas do consumo problemático/de alto risco produzidas em Portugal dizem respeito ao ano 2012⁹, e as anteriores aos anos de 2005 e 2000¹⁰.

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

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

2012

			N.º de Consumidores	Taxas por mil habitantes (15-64 anos)
População 15-64 anos: Portugal Continental				
Consumidores de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas nos últimos 12 meses	Geral	Multiplicador Tratamento	42 327 - 50 467	6,5 - 7,7
		Captura - Recaptura	46 534	7,1
	Opiáceos	Captura - Recaptura	41 070 - 51 940	6,3 - 7,9
		Captura - Recaptura	31 858	4,9
	Cocaína	Captura - Recaptura	27 434 - 36 282	4,2 - 5,5
		Captura - Recaptura	40 303	6,2
Consumidores de drogas por via endovenosa nos últimos 12 meses			33 760 - 46 846	5,2 - 7,2
			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 apontaram, 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.

Dada a prevalência do consumo de cannabis na população geral, entendeu-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,

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

¹⁰ Negreiros *et al.*, 2009.

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 foi 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.

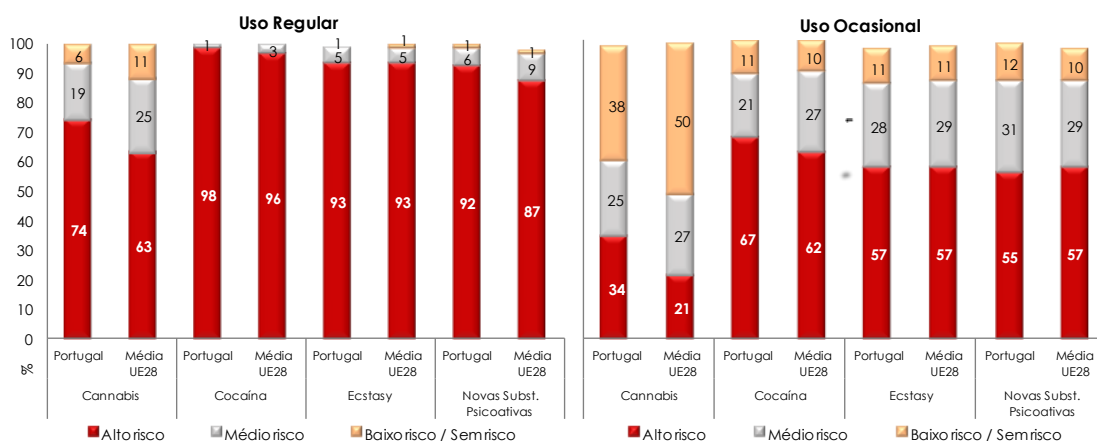
Apesar dessas limitações, verificou-se entre 2005 e 2012 uma tendência de decréscimo do número estimado de consumidores problemáticos de drogas para as duas definições consideradas, e isto apesar de alguns fatores contribuírem para o sobredimensionamento das estimativas de 2012 em relação às de 2005. As estimativas obtidas em 2012 e a sua evolução estavam 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 percepção 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 2014¹¹ -, as percepções do risco para a saúde associado ao consumo de drogas variavam conforme as substâncias e a frequência do seu consumo.

Figura 14 - População Jovem – Eurobarómetro (15-24 anos)

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



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

Em 2014 e tal como sucedido em 2011, entre os jovens portugueses, a percepção de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional (*uma ou duas vezes*) de substâncias ilícitas, era superior em relação à cocaína (67%), ao ecstasy (57%) e às novas substâncias

¹¹ 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.

psicoativas (55%)¹², do que em relação à cannabis (34%). A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o *consumo regular* de cocaína (98%) de *ecstasy* (93%) e de NSP (92%), assim como, embora em proporção significativamente inferior, o *consumo regular* de cannabis (74%).

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

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

Contexto Populações Escolares

Nas populações escolares, e considerando o período 2013-2015, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹³ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹⁴ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD¹⁵ (alunos dos 13 aos 18 anos).

Os estudos realizados entre **1995 e 2003** - o **ESPAD** em 1995, 1999 e 2003, o **HBSC/OMS** em 1998 e 2002, o **INME**¹⁶ em 2001, e, o **ECATD** em 2003 -, evidenciaram, de um modo geral, um aumento generalizado dos consumos durante esse período. Posteriormente, os estudos de **2006 e 2007**- **HBSC/OMS** e do **INME** em 2006 e o **ESPAD** e o **ECATD** em 2007 - mostraram, de forma consistente, descidas das prevalências dos consumos. Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2010 e 2011** nas populações escolares - o **HBSC/OMS** em 2010, e o **ESPAD**, o **ECATD** e o **INME** em 2011 - evidenciaram alguns aumentos dos consumos, em particular da cannabis, mas também de outras drogas como o LSD e as anfetaminas. Apesar das oscilações quadrienais em termos de variação das prevalências de consumo, constatou-se que, no final da primeira década do milénio, as prevalências de consumo das várias substâncias eram, de um modo geral, muito próximas às do início do milénio. Todos estes estudos apresentaram prevalências de consumo de cannabis bem mais elevadas que as das outras drogas.

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

¹² Não existem dados para as novas substâncias psicoativas no estudo de 2011.

¹³ Matos *et al.*, 2015. Portugal integra o HBSC/OMS - *Health Behaviour in School-aged Children* - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014 encontram-se publicados.

¹⁴ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹⁵ Feijão, 2016. O ECATD - *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga* - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming e gambling*), com a conseqüente alteração do nome para ECATD - CAD - *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências*. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

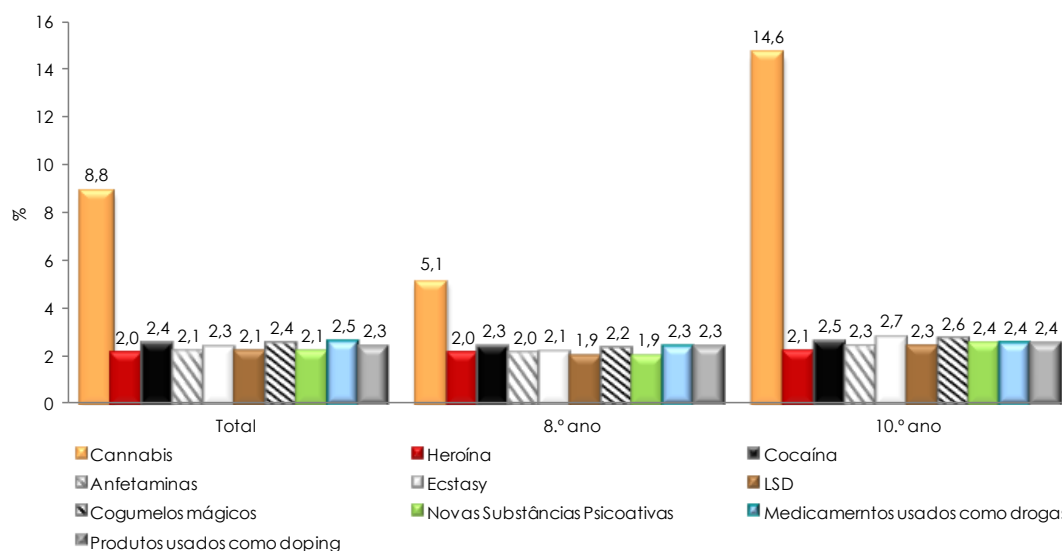
¹⁶ O INME - *Inquérito Nacional em Meio Escolar* - teve início no IDT, I. P. em 2001 e foi repetido em 2006 e 2011. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

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

A cannabis continuava a apresentar as maiores prevalências de consumo, com 8,8% dos alunos a declararem já ter experimentado. Uma vez mais as restantes substâncias¹⁷ apresentaram prevalências de consumo bastante inferiores, variando entre os 2,0% e os 2,5%. São de assinalar as declarações de experimentação de *produtos usados como doping* (2,3%) e de *smartdrugs* (2,1%). Como expectável, estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino e nos alunos do 10.º ano (neste caso, sobretudo ao nível da cannabis).

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

Figura 15 - População Escolar – HBSC/OMS (alunos do 8.º / 10.º ano)
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)
2014



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

De um modo geral, entre 2010 e 2014 verificou-se, ao nível dos alunos do 8.º ano, uma estabilidade das prevalências de consumo para as substâncias contempladas nos dois estudos¹⁸, com exceção da diminuição do consumo de estimulantes/anfetaminas (de 4,2% para 2,0%). No caso dos alunos do 10.º ano registaram-se algumas variações, como as descidas ao nível da cannabis (de 17,1% para 14,6%) e dos estimulantes/anfetaminas (de 3,7% para 2,3%), e a ligeira subida da prevalência de consumo de cocaína (de 1,7% para 2,5%).

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

¹⁷ Exceto solventes (*benzinas*) ou *colas*.

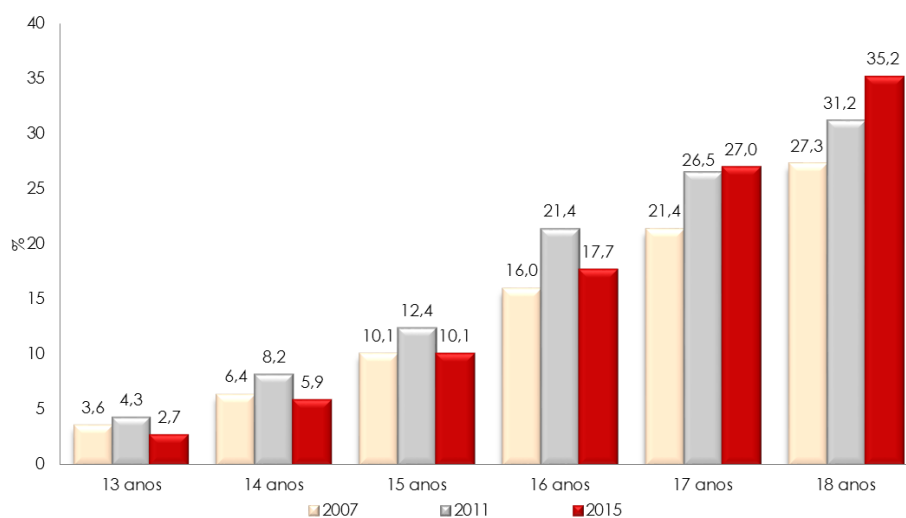
¹⁸ Com resultados divulgados nos Relatórios dos estudos.

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

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

Figura 16 - População Escolar – ECATD-CAD (alunos de 13-18 anos)

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



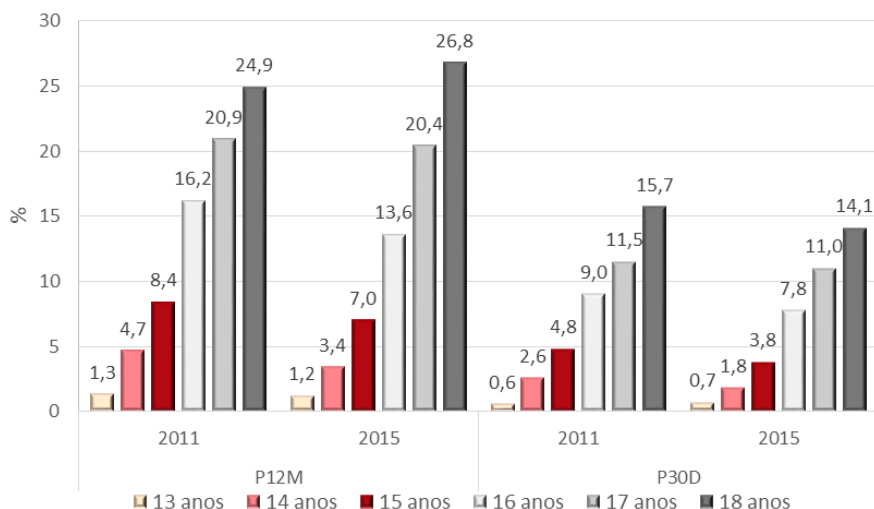
Fonte: Feijão, 2009; Feijão et al., 2012; Feijão, 2016/ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

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

Figura 17 - População Escolar – ECATD-CAD (alunos de 13-18 anos)
Prevalências de Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses e nos Últimos 30 Dias (%)
2011/2015



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

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

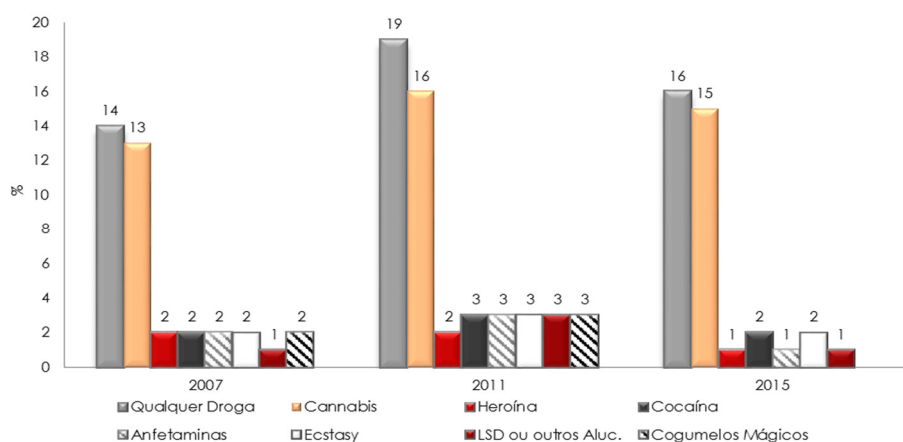
Tal como nos anos anteriores, de um modo geral, os consumos de substâncias ilícitas foram mais expressivos nos rapazes por comparação às raparigas em todas as idades, sendo estas diferenças mais evidentes entre os mais velhos.

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

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

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

Figura 18 - População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos)
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%)
2007/2011/2015



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

As prevalências do consumo recente (últimos 12 meses) e atual (últimos 30 dias) de cannabis também diminuíram ligeiramente entre 2011 e 2015 (respetivamente de 16% para 13% e de 9% para 8%), sendo essa diminuição mais expressiva no grupo masculino (de 18% para 14% e de 11% para 8%), do que no feminino (de 14% para 12% e de 8% para 8%).

Figura 19 - População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos)
Prevalências de Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Sexo (%)
2011/2015
Portugal e médias europeias

Prevalências nos Últimos 12 Meses						
	Homem		Homem		Mulher	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Portugal	16	13	18	14	14	12
Média Europeia	13	13	15	15	11	11

Prevalências nos Últimos 30 Dias						
	Homem		Homem		Mulher	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Portugal	9	8	11	8	8	8
Média Europeia	7	7	8	8	5	5

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

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

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

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

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

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

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

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

Contexto População Reclusa

A nível da população reclusa, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹⁹, um estudo periódico anteriormente limitado à área das drogas (estudos anteriores a nível nacional realizados em 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo.

Em 2014, cerca de 69% dos reclusos inquiridos declararam já ter consumido alguma vez na vida *qualquer droga*. Importa referir, no âmbito da comparação com os resultados dos estudos de 2007 e 2001, que em 2014 foi alargado o leque das substâncias psicoativas especificadas no questionário²⁰. Com efeito, tal parece refletir-se no ligeiro aumento face às prevalências de consumo de *qualquer droga* registadas em 2007 (64%) e 2001 (66%), uma vez que em 2014, a diminuição ou estabilidade dos consumos é transversal às substâncias comparáveis entre 2001 e 2007.

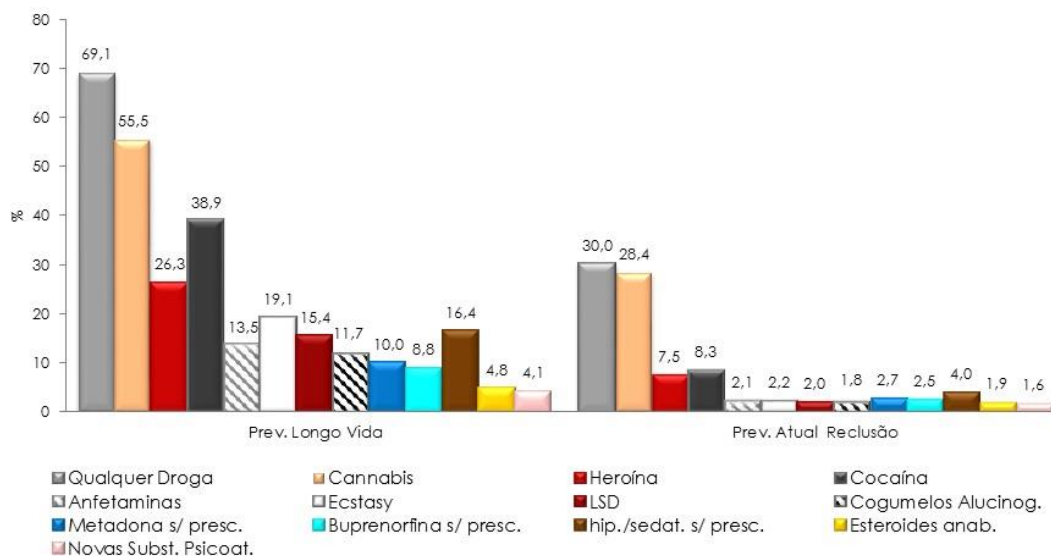
¹⁹ Torres *et al.*, 2015.

²⁰ De 7 em 2007 e 2001, para 18 substâncias em 2014.

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

Figura 20 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

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



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

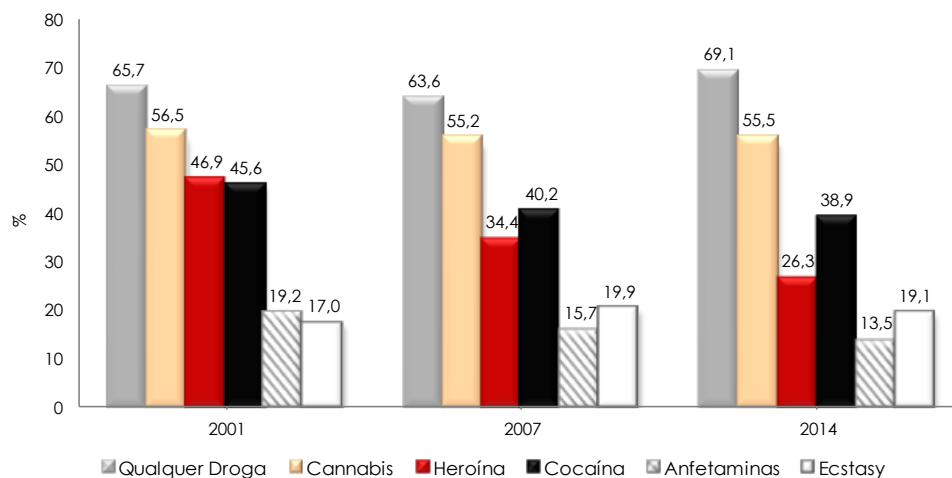
Todas as outras substâncias registaram prevalências de consumo inferiores. Com prevalências de consumo ao longo da vida entre os 10% e os 20%, surgiram o ecstasy, os hipnóticos/sedativos sem receita médica, o LSD, as anfetaminas e os cogumelos alucinogénios. Na atual reclusão é de destacar o consumo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

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

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

Figura 21 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

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

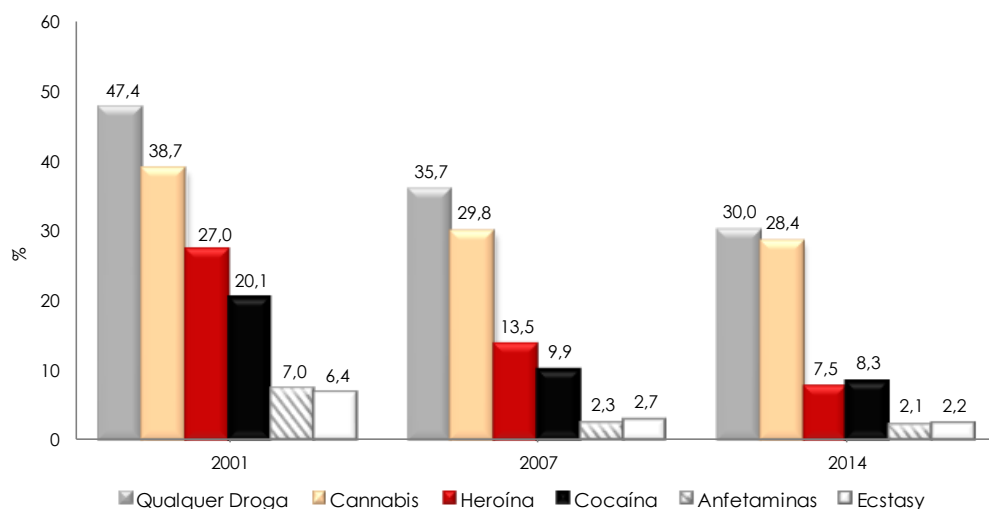


* São necessárias cautelas na comparação das prevalências de consumo de *qualquer droga* entre os anos, uma vez que em 2014 foi alargado o leque das substâncias psicoativas especificadas no questionário (de 7 em 2007 e 2001, para 18 em 2014).

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

Figura 22 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

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



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

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

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

Como expectável, as prevalências de consumo atual foram ligeiramente inferiores às dos últimos 12 meses durante a atual reclusão, não existindo no entanto diferenças relevantes, o que indicia uma certa continuidade/regularidade dos consumos. A este propósito, é de referir que,

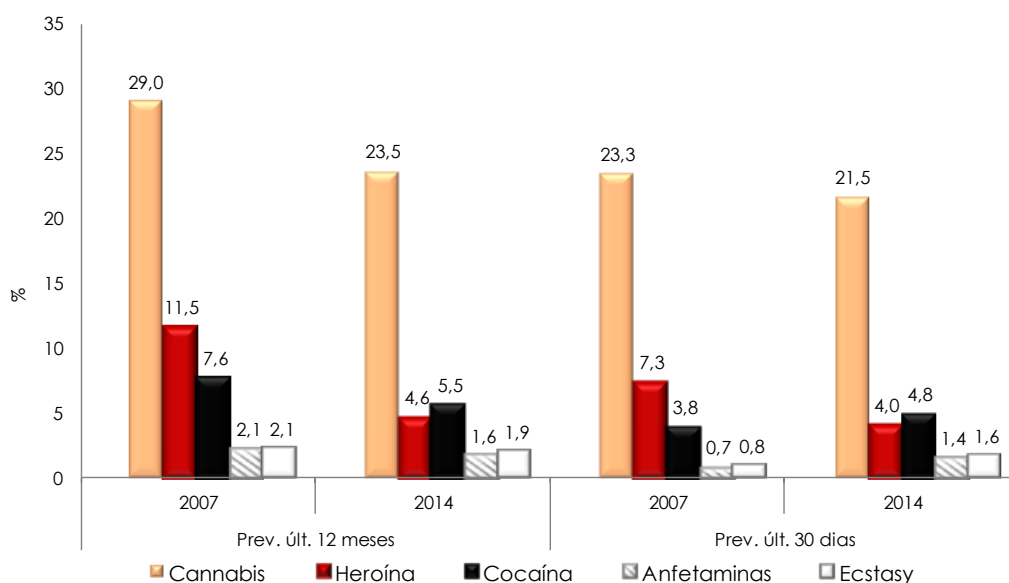
no contexto da atual reclusão, as substâncias com mais consumo regular nos últimos 30 dias²¹ foram a cannabis e os hipnóticos/sedativos sem receita médica (10% e 2% dos inquiridos).

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

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

Figura 23 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

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



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

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

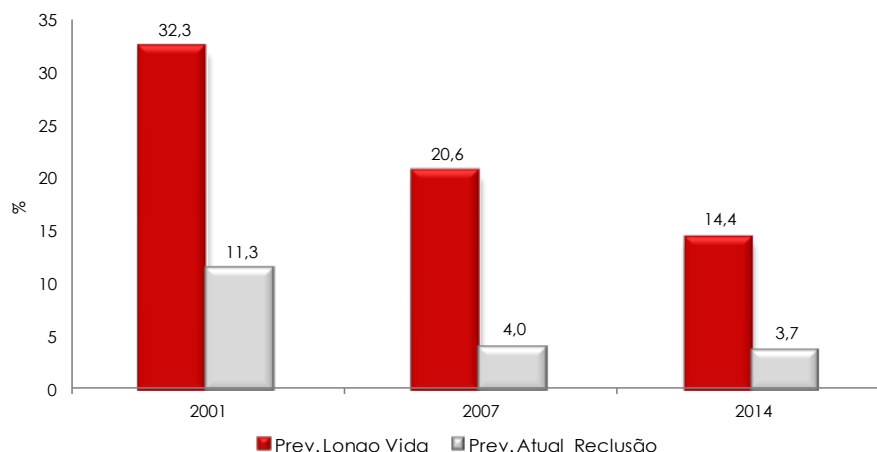
Verificou-se uma redução desta prática entre 2007 e 2014, em particular nas prevalências de consumo ao longo da vida, consolidando a acentuada quebra registada entre 2001 e 2007.

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

²¹ Frequência de consumo no último mês na prisão: *diário ou quase diário*.

Figura 24 - População Reclusa, Portugal - INCAMP

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



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

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

Contexto População Internada em Centros Educativos²²

Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*²³.

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

A grande maioria (89%) dos inquiridos já tinha consumido substâncias ilícitas ao longo da vida (antes e/ou após o início do internamento), e 80% e 68% fizeram-no nos últimos 12 meses e últimos 30 dias anteriores ao internamento. É de notar a importante redução dos consumos com o início do internamento²⁴ (34% e 19% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias), e ainda mais quando se restringe ao Centro Educativo (22% e 13% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias).

Independentemente do período temporal, a cannabis era a substância com maiores prevalências de consumo. Com prevalências muito inferiores, seguiram-se-lhe, a nível dos consumos recentes e atuais antes do internamento, as cocaínas²⁵, o ecstasy e as anfetaminas.

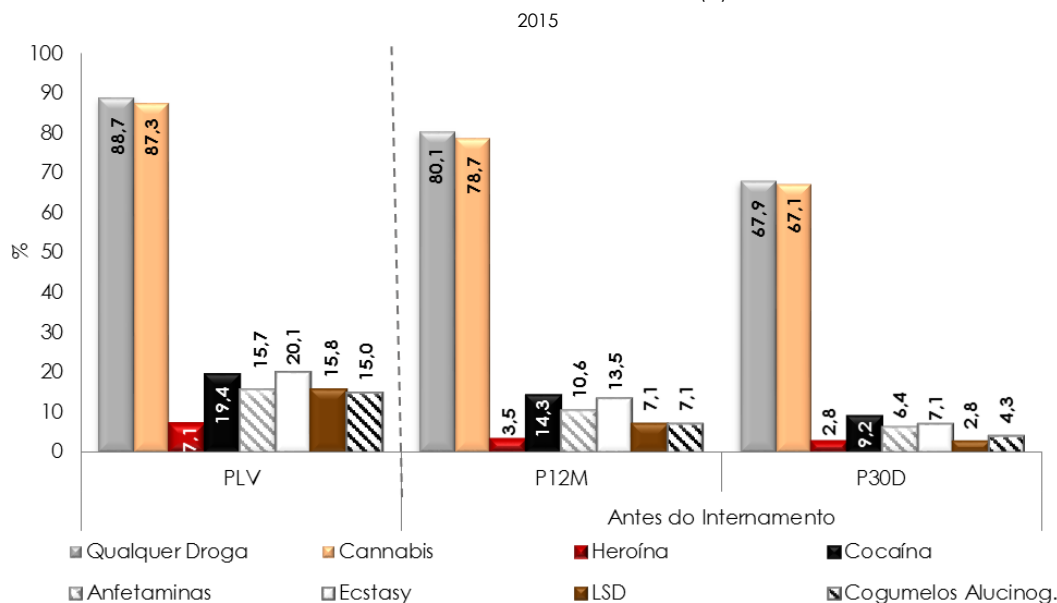
²² O contexto tutelar encontra-se na charneira dos contextos escolar e prisional - identificados como prioritários para a intervenção no PNRCAD 2013-2020 -, ao abranger jovens a cumprir uma medida de internamento devido a crimes, tendo, simultaneamente, uma forte componente pedagógica.

²³ Carapinha *et al.*, 2016. Este inquérito foi aplicado à população de jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015, tendo participado 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, maioritariamente entre os 16 e os 18 anos (média e mediana - 17 anos).

²⁴ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

²⁵ Inclui o cloridrato de cocaína, a base/crack e outras cocaínas.

Figura 25 - População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos)
Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida (antes e/ou após o início do internamento), Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias Antes do Internamento (%)

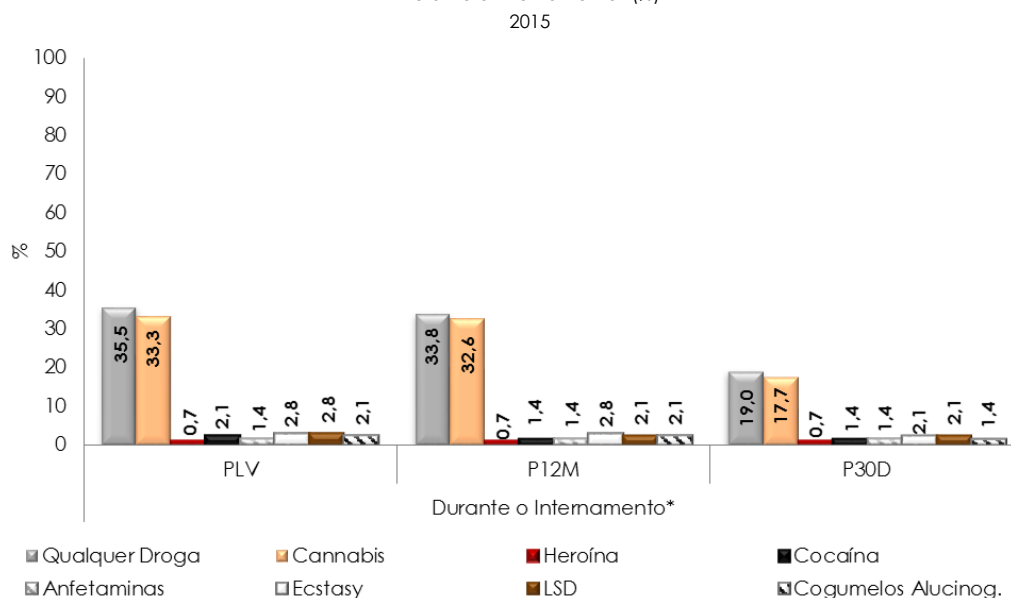


Fonte: Carapinha et al., 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

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

Figura 26 - População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos)
Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias Durante o Internamento* (%)



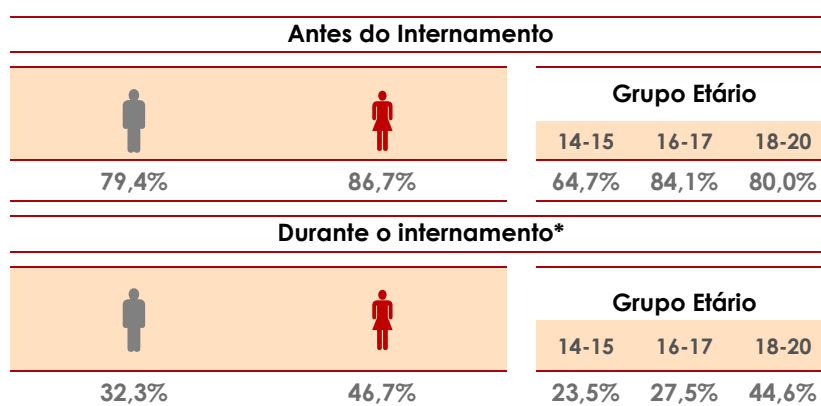
* Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

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

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

A análise por sexo e grupo etário evidenciou prevalências de consumo recente tendencialmente mais elevadas no grupo feminino e nos mais velhos²⁶.

Figura 27 - População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos)
Prevalências de Consumo (Qualquer Droga) nos Últimos 12 Meses por Sexo e Grupo Etário (%)
Antes do Internamento e Durante o Internamento*
2015



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

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

Por último, é de referir que no **contexto rodoviário**, no ciclo estratégico 2005-2012 foi realizado pela primeira vez em Portugal um estudo epidemiológico sobre as prevalências de álcool, drogas e medicamentos nos condutores em geral e nos condutores feridos ou mortos em acidentes de viação, integrado num projeto europeu, o Projeto DRUID (*Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicine*)²⁷. A recolha de dados decorreu em 2008 e 2009 e o estudo foi concluído em 2011²⁸. Destes estudos resultaram diversas recomendações que foram consideradas no planeamento do atual ciclo estratégico, com vista à minimização do impacto do álcool, drogas e medicamentos no desempenho da condução, importando a replicação do estudo nacional para aferir sobre a evolução dos resultados.

²⁶ É de notar que, neste estudo, o grupo feminino representa 11% dos participantes e é tendencialmente mais velho que o grupo masculino.

²⁷ No âmbito deste projeto coordenado pelo *Federal Highway Research Institute*, competiu ao INMLCF, I.P. operacionalizar este estudo em Portugal, em articulação com a ANSR, PSP e GNR.

²⁸ Dias, 2012a; Dias, 2012b; Houwinget *et al.*, 2011; Isalberti, *et al.*, 2011. Alguns dos resultados deste estudo constam também nos *Relatórios Anuais sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, 2011, 2012, 2013 e 2014.

2. Tratamento²⁹

Em 2015 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 psicoativas³⁰.

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

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

Por outro lado, em 2010 entrou em funcionamento a nível nacional o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), implicando migrações de dados de diferentes sistemas, alterações dos critérios de registo e ajustes progressivos no sistema, o que impõe alguma cautela na leitura evolutiva dos dados. Também os critérios de análise de dados têm-se adaptado a estas alterações e às potencialidades do SIM (por exemplo, eliminação do duplo registo), implicando mudanças nos critérios utilizados em anos anteriores. Em 2013 também se alteraram algumas nomenclaturas e definições de caso de indicadores, otimizando a normalização com os critérios europeus, tendo sido, no entanto, utilizados os mesmos critérios relativamente aos dados aqui apresentados para os anos anteriores.

É de notar ainda que a informação disponibilizada sobre a rede licenciada inclui estruturas com camas convencionadas e não convencionadas.

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

Em 2015, na rede pública de tratamento dos comportamentos aditivos e dependências (ambulatório) estiveram em tratamento no ano, 26 993 utentes, inscritos como utentes com problemas relacionados com o uso de drogas e com pelo menos um evento assistencial no ano.

Dos que iniciaram tratamento em 2015, 1 365 eram utentes readmitidos e 2 024 eram novos utentes, ou seja, utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (*primeiros pedidos de tratamento*).

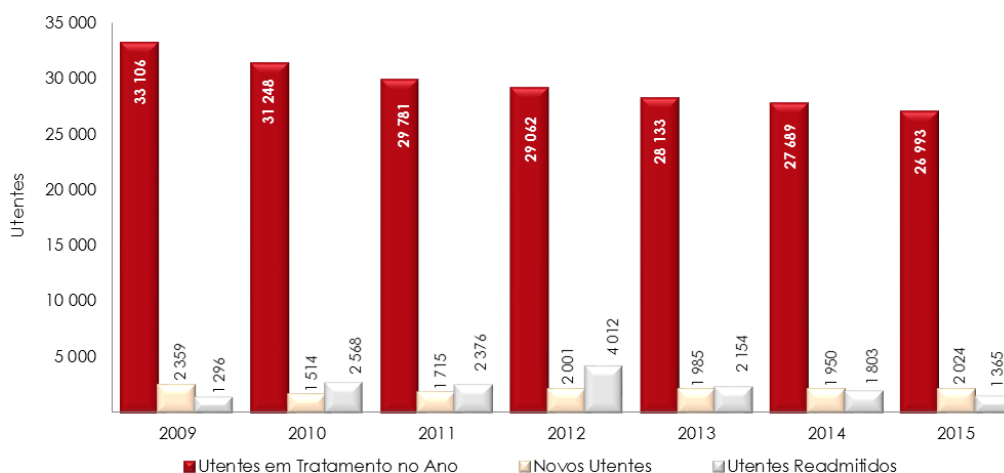
²⁹ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 43-62, disponível em <http://www.sicad.pt>. As fontes dos dados apresentados são o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) e a informação enviada ao SICAD pelas estruturas de internamento 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.

³⁰ Ver Relatório Anual 2015 - Respostas e intervenções no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências.

Figura 28 - Utentes: em Tratamento no Ano*, Novos** e Readmitidos

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)

2009 - 2015



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2014 (dados até 2013); 2.º semestre de 2015 e 2016 (dados 2014 e 2015).

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

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

Em 2010 entrou em funcionamento a nível nacional o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), implicando migrações de dados de diferentes sistemas, ajustes progressivos no sistema e alterações dos critérios de registo, o que impõe cautelas na leitura evolutiva dos dados.

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

Em 2015 foi reforçada a tendência verificada desde 2009, de decréscimo do número de utentes em tratamento em ambulatório por problemas relacionados com o uso de drogas.

Apesar de o número de novos utentes em 2015 ter sido o mais elevado desde 2010, não apresenta variações relevantes nos últimos quatro anos (+4% entre 2014 e 2015), após os acréscimos verificados entre 2010 e 2012.

Em relação aos utentes readmitidos, pelo terceiro ano consecutivo que se constata uma diminuição, representando os valores dos últimos três anos os mais baixos desde 2010. Pelo segundo ano consecutivo que o número de readmitidos foi inferior ao de novos utentes, à semelhança do ocorrido anteriormente a 2010³¹.

Em 2015, estiveram integrados nesta rede 17 011 utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos³², 11 480 em metadona e 5 801 em buprenorfina (270 em metadona e buprenorfina em diferentes períodos no ano). Cerca de 16% dos utentes integrados em programas de buprenorfina, estiveram com tomas de associação de buprenorfina e naloxona.

Os utentes em tratamento em 2015 no contexto desta rede eram, à data do início do tratamento, maioritariamente residentes nos distritos do Porto (22%), Lisboa (20%), Setúbal (10%) e Faro (9%), verificando-se também proporções relevantes na maioria dos distritos do norte litoral. As taxas mais elevadas de utentes por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Faro, Beja, Bragança e Setúbal.

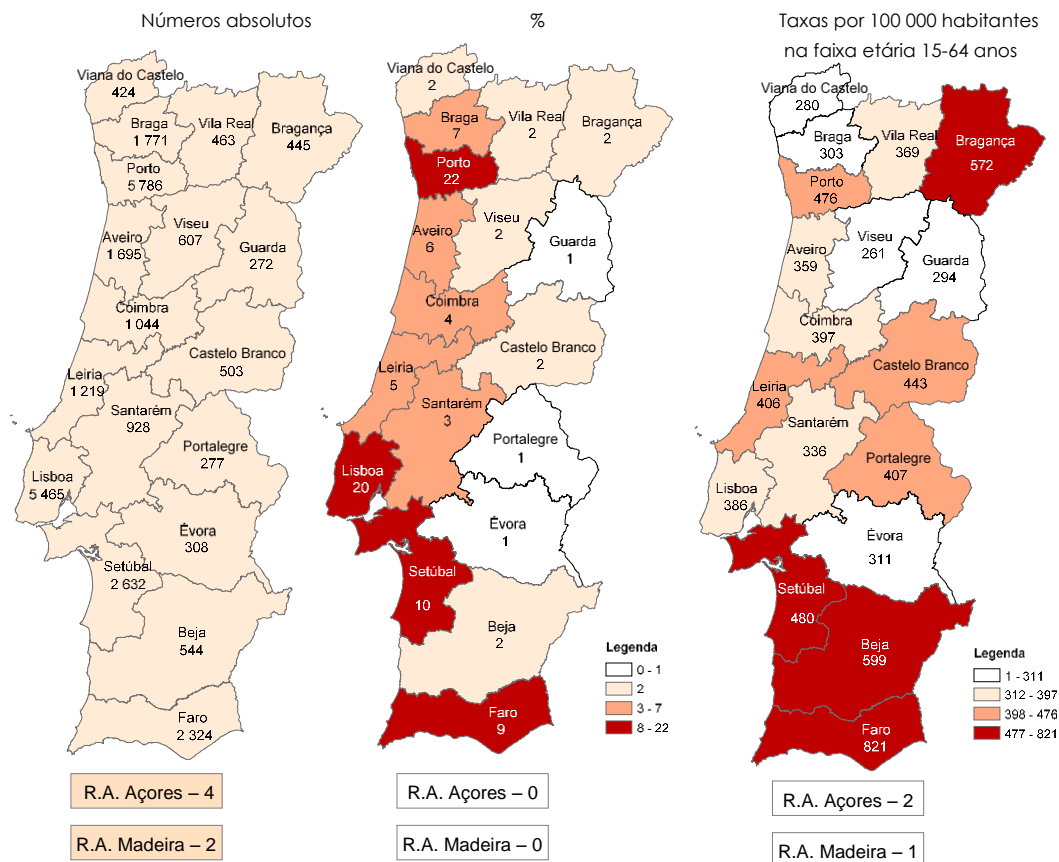
³¹ 2010 foi o ano em que o SIM entrou em funcionamento a nível nacional e a inversão da tendência nesse ano e a sua continuidade nos três anos subsequentes poderá refletir os ajustamentos dos registos a nível nacional (por exemplo, as junções de processos, bem como outros procedimentos de registo de utentes que entretanto têm vindo a ser otimizados).

³² Com pelo menos uma toma de metadona ou uma receita de buprenorfina no ano. Continua a existir um subregisto dos utentes em programa de metadona no SIM por parte de algumas Equipas de Tratamento.

Figura 29 - Utentes em Tratamento no Ano*, segundo a Residência**

Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)

2015



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2016.

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

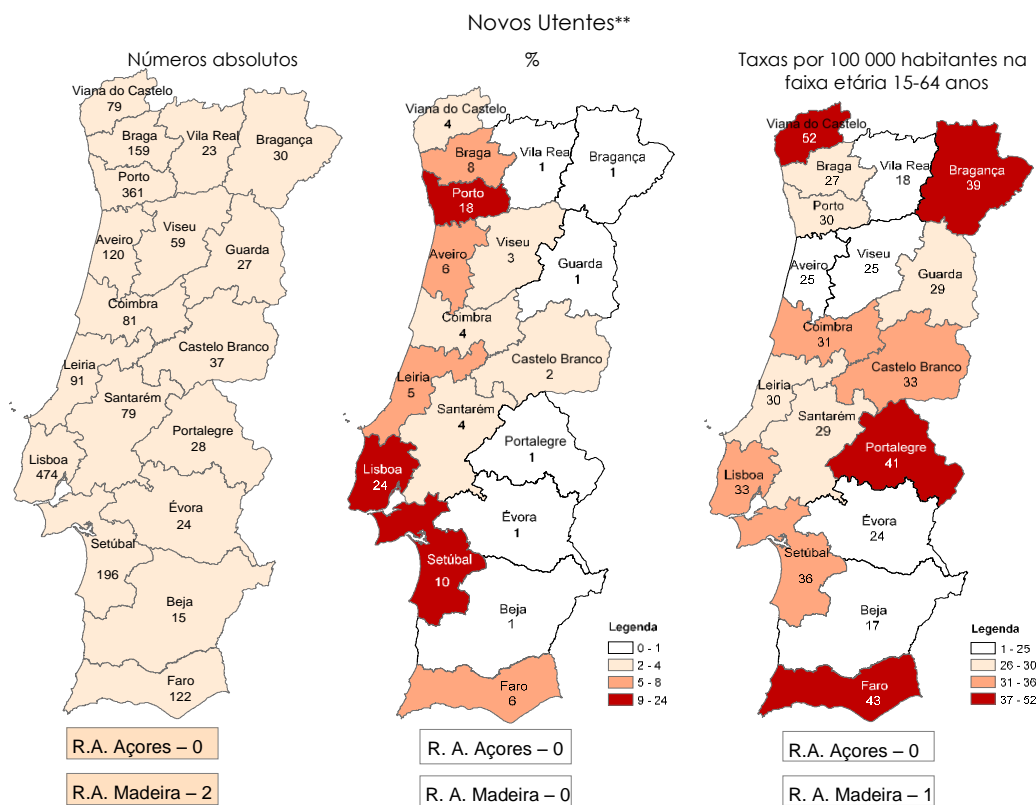
** Desconhece-se o local de residência de 280 indivíduos.

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 2015, os novos utentes eram predominantemente residentes nos distritos de Lisboa (24%), Porto (18%) e Setúbal (10%). As taxas mais elevadas de novos utentes por habitantes de 15-64 anos verificaram-se nos distritos de Viana do Castelo, Faro, Portalegre e Bragança.

Por outro lado, os utentes readmitidos em 2015, residiam sobretudo nos distritos de Lisboa (20%), Porto (15%), Aveiro (11%), Braga (9%) e Setúbal (8%), e as taxas mais elevadas por habitantes de 15-64 anos registaram-se nos distritos de Vila Real, Faro e Aveiro.

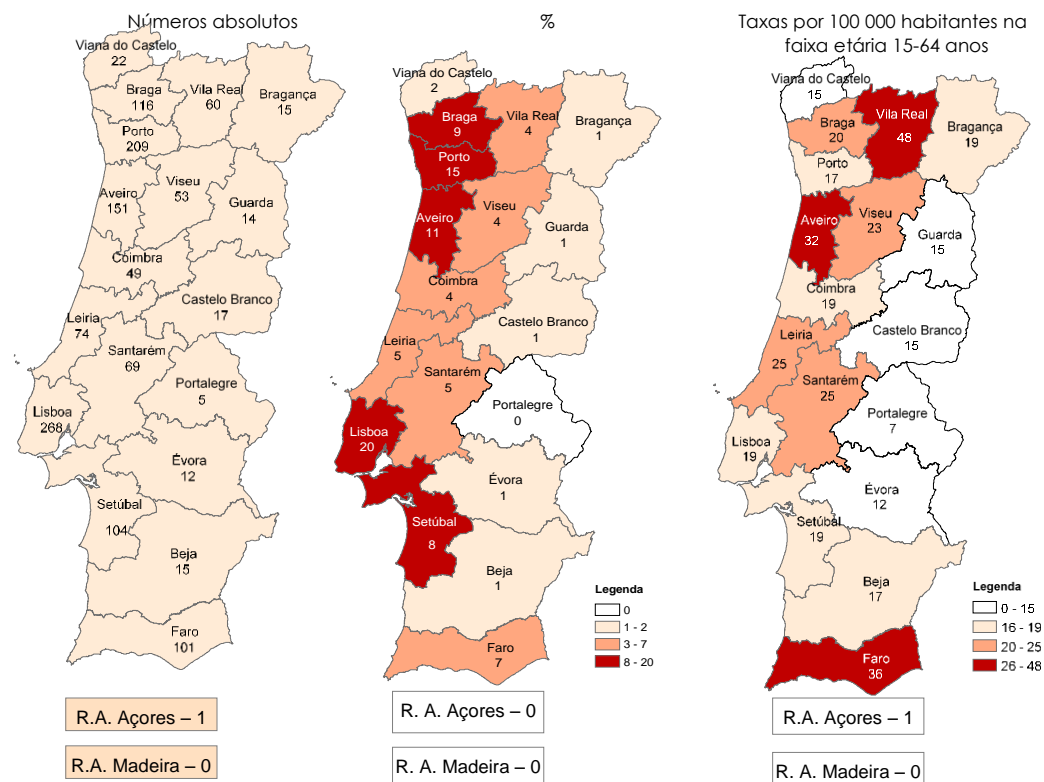
Figura 30 - Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo a Residência*
 Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental),
 2015



* Desconhece-se o local de residência de 17 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



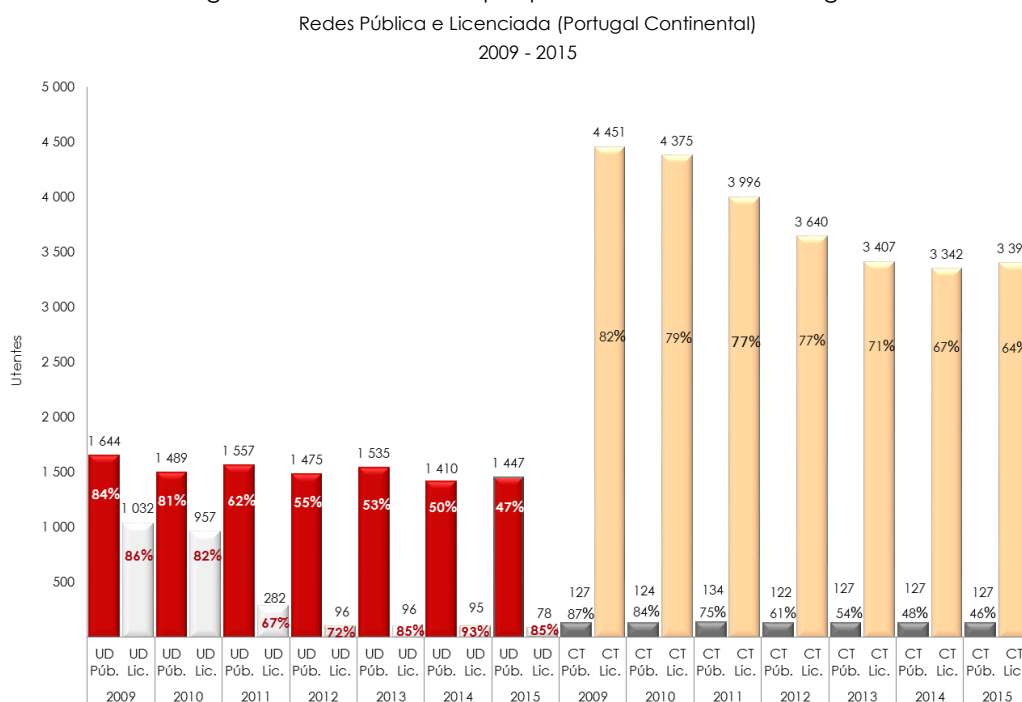
* Desconhece-se o local de residência de 11 indivíduos.

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2016.

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

Em 2015, nas redes pública e licenciada³³, registaram-se 744 internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabilitação (680 em UD públicas e 64 em UD licenciadas), representando 49% do total de internamentos nestas estruturas³⁴. O número de internamentos por problemas relacionados com o uso de drogas em Comunidades Terapêuticas foi de 2 184 (58 em CT públicas e 2 126 em CT licenciadas), correspondendo a 64% do total de internamentos nestas estruturas³⁵.

Figura 31 - 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 2015 são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2017.

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

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

Quanto à caracterização dos consumos dos utentes que recorreram em 2015 às estruturas de tratamento³⁶ por problemas relacionados com o uso de drogas, no ambulatório, a heroína continua a ser a substância principal mais referida pelos utentes em tratamento no ano (79%). Nos que iniciaram tratamento em 2015, tal ocorreu também com os utentes readmitidos (75%), mas não com os novos utentes, em que, pelo quarto ano consecutivo, a cannabis surgiu como a droga principal mais referida (51%).

³³ Os dados de 2015 das estruturas licenciadas são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2017. Base %: casos com informação sobre as dependências/patologias.

³⁴ 51% por problemas relacionados com o consumo de álcool e 0,3% relacionados com outras dependências/patologias.

³⁵ 36% por problemas relacionados com o consumo de álcool e 1% relacionados com outras dependências/patologias.

³⁶ 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 (68% nas públicas e 77% nas licenciadas), assim como nas Comunidades Terapêuticas (43% nas públicas e 33% nas licenciadas), embora nestas com proporções próximas às da cocaína³⁷ (no caso das licenciadas também próximas às da cannabis).

Quadro 3 - Consumos dos Utes em Tratamento da Toxicodependência*, por Tipo de Estrutura
Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2015

Estrutura / Rede		Utes em Ambulatório na Rede Pública			Utes Unidades Desab.		Utes Comunidades Terap.	
		Em Tratamento Ano	Novos	Readmitidos	Públicas	Licenciadas ^{b)}	Públicas	Licenciadas ^{b)}
Substância Principal	Cannabis	9,1%	51,3%	11,0%	4,3%	4,7%	10,3%	31,8%
	Cocaína ^{c)}	7,7%	15,2%	7,9%	20,1%	14,1%	39,7%	28,8%
	Heroína	78,7%	27,3%	74,9%	68,4%	76,6%	43,1%	32,8%
Consumo de Droga por Via Injetada	Ao Longo da Vida	39,6%	8,7%	39,9%	57,5%	61,3%	32,8%	35,5%
	Nos Últimos 12 Meses	- ^{e)}	3,4%	19,4%	21,3%	27,4%	15,5%	19,0%
Partilha de Qualquer Material de Consumo de Droga Injetada^{d)}	Ao Longo da Vida	70,7%	54,7%	60,4%	53,0%	46,7%	64,7%	61,6%
	Nos Últimos 12 Meses	- ^{e)}	37,1%	32,9%	13,8%	7,7%	28,6%	33,9%

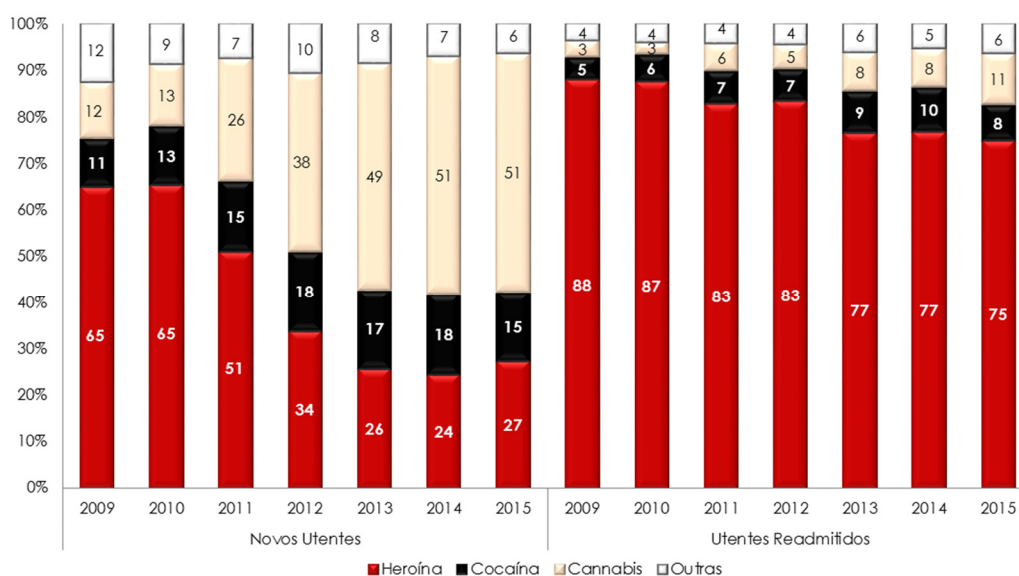
Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2016.

* 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 31/03/2017.
- c) Inclui cocaína e base de cocaína.
- d) Os valores reportam-se aos subgrupos de injetores nos períodos em referência.
- e) Uma vez que os utentes em tratamento no ano incluem aqueles que iniciaram tratamento em anos anteriores, a informação registada à data de início do tratamento sobre os últimos 12 meses não corresponde necessariamente a consumos recentes.

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

Figura 32 - Utes que Iniciaram Tratamento no Ano: Substância Principal, segundo o Ano
Novos Utes* e Utes Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)
2009 - 2015



*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

³⁷ Inclui cocaína e base de cocaína.

A análise da evolução das substâncias principais dos utentes que iniciaram tratamento no ano evidencia, nos últimos cinco 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. No entanto, é de notar o ligeiro aumento entre 2014 e 2015 da proporção de novos utentes com heroína como droga principal em prejuízo da cocaína. Entre os utentes readmitidos a heroína mantém-se com proporções elevadas, registando-se no entanto, nos últimos cinco anos, uma tendência para o decréscimo, a favor da cocaína e da cannabis.

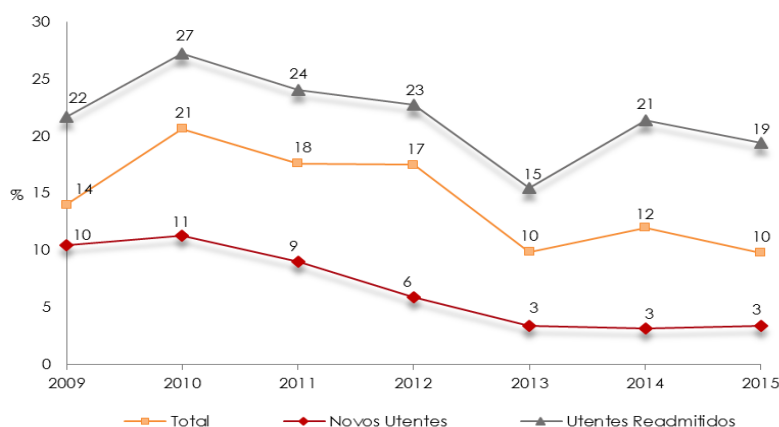
Quanto ao consumo de droga injetada, com exceção dos novos utentes em ambulatório, as prevalências ao longo da vida variaram entre os 33% e 61% e as dos últimos 12 meses entre os 16% e 27%, apresentando as Unidades de Desabilitação as prevalências mais altas de utentes com estas práticas de consumo. Entre os novos utentes em ambulatório, em que a substância predominante é a cannabis, as prevalências de consumo de droga injetada foram bastante inferiores e semelhantes às registadas nos dois anos anteriores, na ordem dos 9% ao longo da vida e 3% nos últimos 12 meses.

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

No caso dos que iniciaram tratamento no ano, constata-se descidas relevantes das prevalências dos consumos recentes de droga injetada entre os novos utentes ao longo dos últimos anos, estabilizando nos últimos três anos.

Figura 33 - Utes que Iniciaram Tratamento no Ano: Consumo de Droga Injetada nos Últimos 12 Meses, segundo o Ano

Novos Utes* e Utes Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)
2009 - 2015



* 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

Entre os utentes readmitidos, apesar das oscilações anuais, verifica-se também uma tendência de diminuição do consumo recente de droga injetada, registando-se nos últimos três anos os valores mais baixos dos últimos dez anos.

De um modo geral, e apesar de maiores oscilações anuais, constata-se entre os utentes das UD e CT uma tendência de diminuição dos consumos recentes de droga injetada nos últimos três anos.

Relativamente às proporções de partilha de material de consumo de droga injetada³⁸ nos subgrupos de injetores nas temporalidades consideradas, entre 47% e 71% dos injetores partilharam este tipo de material ao longo da vida. Nos últimos 12 meses, estas proporções variaram entre os 8% e 37%, surgindo a mais elevada no subgrupo de injetores dos novos utentes.

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

A análise das características sociodemográficas dos utentes que em 2015 estiveram em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas nas diferentes estruturas, evidencia que, continuam a ser na sua maioria do sexo masculino (69% a 89%), com idades médias entre os 32 anos (novos) e 42 anos.

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

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2015

Estrutura / Rede		Utentes em Ambulatório na Rede Pública			Utentes Unidades Desabilitação		Utentes Comunidades Terap.	
		Em Tratamento no Ano	Novos	Readmitidos	Públicas	Licenciadas ^{b)}	Públicas	Licenciadas ^{b)}
Caract. Sociodemográfica ^{a)}								
Sexo	Masculino	84,0%	84,4%	88,9%	80,9%	89,1%	69,0%	83,1%
Grupo Etário	25-34 anos	14,6%	34,0%	16,3%	18,7%	17,2%	31,0%	20,5%
	35-44 anos	41,6%	23,5%	43,5%	51,2%	46,9%	34,5%	33,1%
	45-54 anos	32,6%	11,4%	30,7%	22,6%	25,0%	19,0%	17,3%
	Idade Média	42	32	41	39	42	36	34
Nacionalidade	Portuguesa	96,8%	93,8%	97,4%	97,9%	96,9%	100,0%	95,1%
Estado Civil	Solteiro	59,1%	69,3%	57,5%	51,3%	64,1%	62,1%	73,0%
	Casado / União de Facto	26,9%	20,1%	25,1%	27,8%	20,3%	12,1%	11,6%
Situação Coabitación	Só c/ família de origem	44,9%	52,8%	42,4%	39,0%	47,5%	55,2%	45,9%
	Sozinho	14,9%	13,3%	18,7%	22,5%	21,3%	12,1%	32,0%
	Só c/ companheiro	12,0%	8,4%	11,6%	13,7%	9,8%	8,6%	5,8%
	Só c/ companheiro e filhos	13,2%	10,4%	11,4%	10,1%	4,9%	1,7%	3,9%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	55,7%	39,0%	52,9%	31,2%	42,9%	22,4%	32,3%
	3.º Ciclo	17,2%	32,1%	30,4%	36,5%	34,9%	41,4%	34,0%
Situação Profissional	Empregado	40,7%	38,2%	37,2%	38,6%	23,4%	10,3%	19,8%
	Desempregado	47,9%	42,8%	51,4%	52,5%	62,5%	67,2%	51,9%
	Estudante / F. Profissional	4,3%	13,4%	4,0%	1,8%	..	5,2%	22,6%

Data da recolha de informação dos utentes em ambulatório: 2.º semestre de 2016.

* 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 as categorias com maior relevância percentual.

b) Os dados são passíveis de atualização no próximo ano, com a inclusão de informação recebida até 31/03/2017.

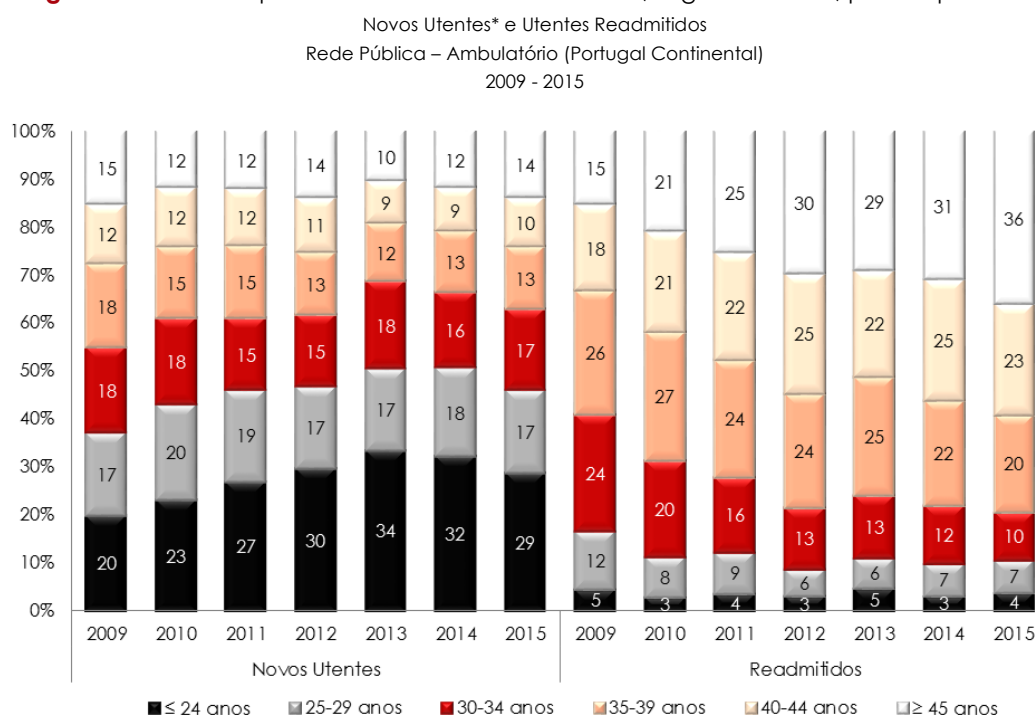
Fonte: Unidades Licenciadas / Administrações Regionais de Saúde, I. P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

³⁸ É de referir, a nível dos utentes em ambulatório, que continua a persistir um importante subregisto desta informação.

Continuam a ser predominantemente indivíduos de nacionalidade portuguesa (94% a 100%) e solteiros (51% a 73%). A maioria vive com familiares, predominando uma vez mais a coabitação só com a família de origem (39% a 55%). De um modo geral, continuam a ser populações com baixas habilitações literárias (64% a 83% com habilitações iguais ou inferiores ao 3.º ciclo do ensino básico) e situações laborais precárias (43% a 67% estavam desempregados).

A análise da evolução da distribuição por grupo etário dos utentes que iniciaram tratamento ao longo dos últimos anos evidencia, sobretudo nos seis últimos anos, um aumento das proporções de novos utentes em idades jovens, verificando-se em contrapartida, um progressivo envelhecimento dos utentes readmitidos. É de notar no entanto um ligeiro decréscimo em 2015 da proporção de novos utentes em idades jovens.

Figura 34 - Uteses que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo o Ano, por Grupo Etário



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

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

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

Contexto Prisional³⁹

Em 2015, no contexto das estruturas de tratamento da toxicodependência da responsabilidade do sistema prisional, persiste a tendência de decréscimo verificada nos últimos

³⁹ A fonte dos dados apresentados é a informação enviada pela Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais ao SICAD, no âmbito das suas competências de proceder à recolha e tratamento dos dados reunidos nos serviços públicos e organizações privadas com intervenção nestas áreas.

anos na capacidade dos programas de tratamento orientados para a abstinência, tendência que reflete a procura destes programas por parte da população reclusa.

Em 2015 estiveram integrados 121 reclusos nos programas de tratamento orientados para a abstinência, representando o valor mais baixo desde a década anterior e reforçando a tendência de decréscimo verificada no anterior ciclo estratégico 2005-2012.

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

2015 e variações relativas a 2014 / 2012 / 2009

Programas de Tratamento	2015	%	Δ 14-15	Δ 12-15	Δ 09-15
Responsabilidade dos Estabelecimentos Prisionais**					
Programas de Tratamento Orientados para Abstinência					
Unidades Livres de Drogas	121	100	-11,7	-43,7	-55,8
	31 Dez. 2015	%	Δ 31 Dez. 14-15	Δ 31 Dez. 12-15	Δ 31 Dez. 09-15
Programas Farmacológicos					
Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos	406	97,6	-6,9	-10,0	-0,2
Programas Terapêuticos com Antagonistas Opiáceos	10	2,4	-54,5	-80,0	-84,6
Responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde (ARS) / Centros de Respostas Integradas (CRI) - ET**					
Programas Farmacológicos					
Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos	482	100,0	-12,5	-25,5	-26,9
Programas Terapêuticos com Antagonistas Opiáceos	14	2,9	-6,7	180,0	75,0
Responsabilidade das Estruturas de Saúde das Regiões Autónomas**					
Programas Farmacológicos					
Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos	143	100,0	0,0	19,2	225,0
Programas Terapêuticos com Antagonistas Opiáceos	..		-	-	-100,0

* A 31/12/2015, existiam ainda 331 reclusos em outras unidades / programas de tratamento da toxicodependência.

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

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

A 31/12/2015 estavam integrados 1 041 reclusos em programas farmacológicos, 1 017 dos quais com agonistas opiáceos e 24 com antagonistas opiáceos, valores inferiores aos registados em 2014.

Verifica-se nos últimos quatro anos uma descida contínua do número de reclusos integrados nestes programas – da responsabilidade dos estabelecimentos prisionais e em articulação com outras estruturas de tratamento em meio livre, exceto nas Regiões Autónomas –, o que poderá estar relacionada com a eventual diminuição da procura de tratamento para o uso de opiáceos⁴⁰.

Por último, é ainda de mencionar que a 31/12/2015 existiam 331 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.

⁴⁰ De acordo com os resultados do *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional 2014*, verifica-se entre 2007 e 2014, tal como na população geral, uma diminuição do consumo recente de heroína na população reclusa (ver capítulo 1. *Alguns Resultados de Estudos*). Por outro lado, segundo este estudo, cerca de três quartos dos reclusos declararam ter acesso a tratamento de substituição opiácea dentro da prisão.

3. Doenças Infecciosas⁴¹

3.1. Notificações da Infecção por VIH/SIDA⁴²

De acordo com os dados do INSA, I.P., à data da recolha da informação⁴³ encontravam-se notificados 54 297 casos de infeção por VIH diagnosticados até 31/12/2015 em Portugal, 21 177 (39%) com diagnóstico de SIDA.

Quadro 6 - Notificações de Casos de Infeção por VIH e Casos de SIDA, Associados ou não à Toxicodependência
01/01/1983 - 31/12/2015

Ano de Diagnóstico ^{a)}	Total	2015 ^{b)}
Total Casos de Infeção por VIH	54 297	990
Associados à Toxicodependência	18 905	44
Não Assoc. à Toxicodependência	34 538	916
Não referido	854	30
Total Casos de SIDA	21 177	238
Associados à Toxicodependência	9 249	33
Não Assoc. à Toxicodependência	11 567	197
Não referido	361	8

Data da recolha de informação: 30 de junho de 2016.

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

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

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

Nas categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência encontravam-se notificados 18 905 casos de infeção por VIH e 9 249 (49%) com diagnóstico de SIDA. Os casos associados à toxicodependência representavam 35% do total das notificações de casos de infeção por VIH e 44% das notificações de SIDA.

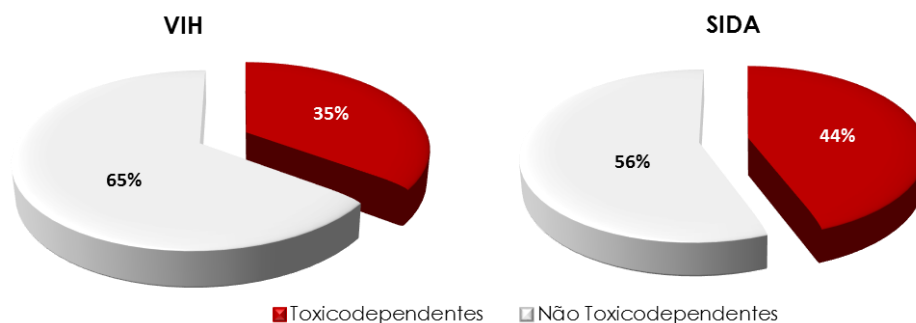
⁴¹ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 63-78, disponível em <http://www.sicad.pt>

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 por VIH" e dos "casos de SIDA", de acordo com as definições europeias. A partir de 2013, é de assinalar a melhoria da fiabilidade e celeridade da informação da epidemia de VIH em Portugal, na sequência da implementação do programa SI.VIDA nos hospitais nacionais onde são seguidos os indivíduos infetados por VIH.

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

⁴³ 30 de junho de 2016.

Figura 35 - Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA, Associados ou não à Toxicodependência (%)
01/01/1983 - 31/12/2015



Data da recolha de informação: 30 de junho de 2016.

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

À data da recolha de informação, tinham sido notificados 990 casos de infeção por VIH diagnosticados em 2015, 5% dos quais em categorias de transmissão relacionadas com a toxicodependência, e 238 casos de SIDA diagnosticados em 2015, 14% dos quais associados à toxicodependência.

É de salientar que os novos casos de infeção por VIH notificados não são uma medida real de incidência, uma vez que incluem, tanto casos com infeção adquirida recentemente, como há vários anos. A este propósito, é de referir que, em relação aos novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2015 e com informação referente ao número de células TCD4+⁴⁴, de acordo com o critério imunológico, os casos com transmissão associada a consumo de drogas ou transmissão heterossexual se apresentaram mais tardiamente aos cuidados clínicos que os registados na categoria de transmissão homo ou bissexual, o que evidencia a necessidade de se continuar a investir no diagnóstico precoce junto da população toxicodependente⁴⁵.

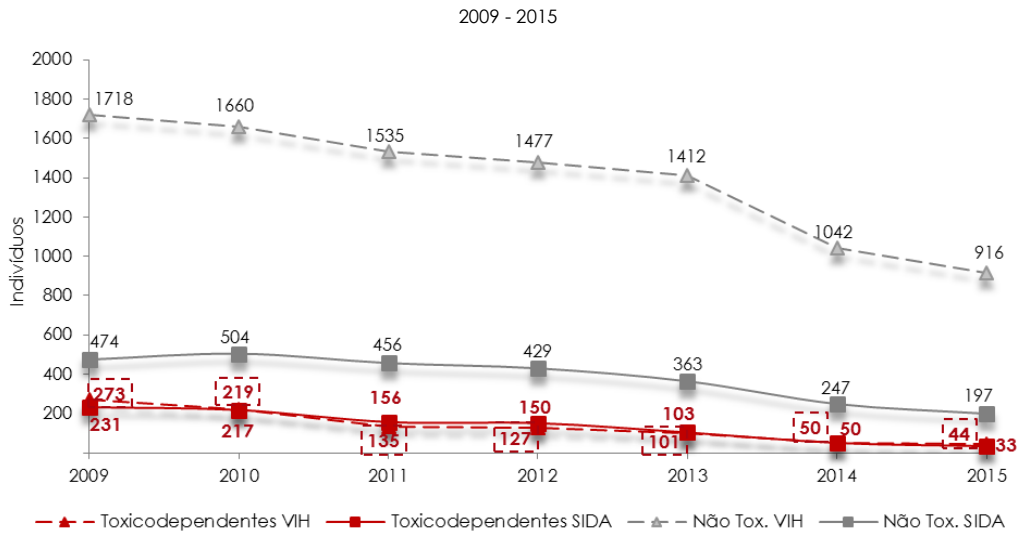
A análise da evolução das notificações em Portugal, ou seja, a distribuição dos casos notificados por ano de diagnóstico, evidencia uma tendência decrescente a partir de 2000 no número de casos diagnosticados com a infeção por VIH, ocorrendo a um ritmo mais acentuado nos relacionados com a toxicodependência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

Nos anos mais recentes continua a registar-se a tendência de decréscimo no número total de notificações de casos de infeção por VIH e de casos de SIDA diagnosticados anualmente, e a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência (44 casos diagnosticados com VIH em 2015, 50 em 2014, 101 em 2013, 127 em 2012, 135 em 2011, 219 em 2010 e 273 em 2009), salvaguardadas as atualizações futuras dos dados.

⁴⁴ INSA, 2016. A informação relativa ao número de células TCD4+ da primeira avaliação clínica esteve disponível para cerca de 79% dos casos diagnosticados em 2015.

⁴⁵ Em relação ao diagnóstico precoce na população toxicodependente, é de referir que, após o término do Programa KLOTHO (2007-2008), continuou a ser aplicada a metodologia ADR - *Aconselhamento, Detecção e Referenciação* - a nível dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência e dos utentes das equipas de rua. Por outro lado, a nível da população geral, houve uma mudança da estratégia de diagnóstico precoce da infeção por VIH, através da implementação faseada da realização de testes rápidos nos Cuidados de Saúde Primários (atualização da Norma de Orientação Clínica n.º 58/2011, em dezembro de 2014).

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



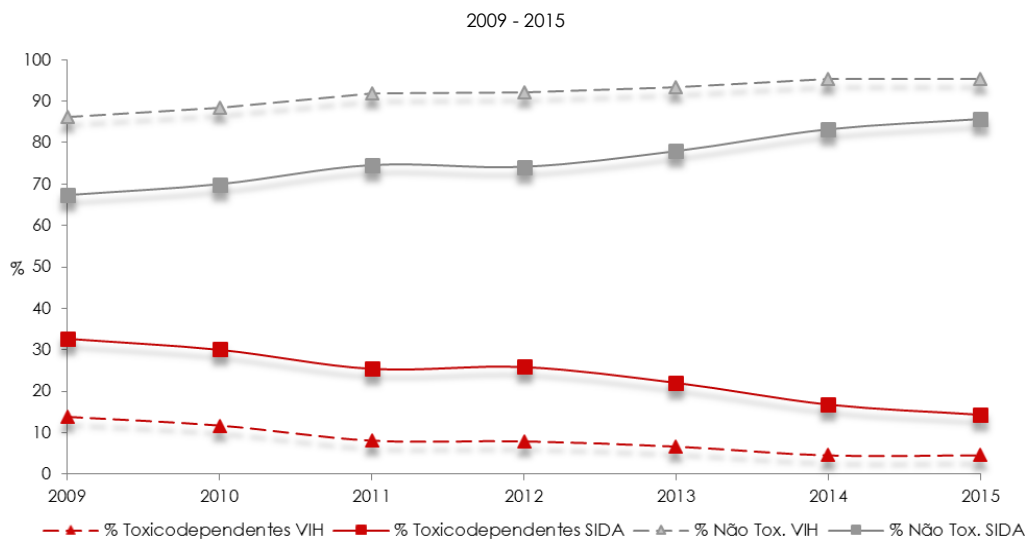
Data da recolha de informação: 30 de junho de 2016.

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

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

Mantém-se a tendência decrescente do peso da categoria de transmissão relacionada com a toxicodependência nos diagnósticos de VIH (5%, 5%, 7%, 8%, 8%, 12% e 14% dos casos diagnosticados em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009), e nos de SIDA (14%, 17%, 22%, 26%, 25%, 30% e 33% dos casos diagnosticados em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009).

Figura 37 - Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA: % Casos Associados ou não à Toxicoder Ano de Diagnóstico*



Data da recolha de informação: 30 de junho de 2016.

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

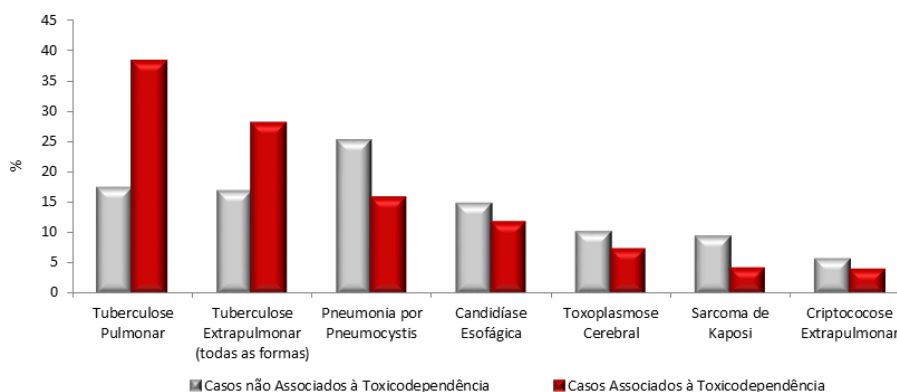
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Esta tendência de decréscimo de novos casos de infeção por VIH associados à toxicodependência, reforçada com o atrás referido sobre o diagnóstico tardio em casos recentemente diagnosticados apesar das melhorias na cobertura do rastreio e do acesso a cuidados de saúde nesta população, indiciam uma diminuição de “infeções recentes” no grupo de risco associado à toxicodependência, refletindo os resultados das políticas 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 consumo⁴⁶.

Quanto às doenças definidoras de SIDA mais comuns observadas à data do diagnóstico, destacam-se, no total de casos acumulados relacionados com a toxicodependência, a tuberculose em qualquer das suas formas clínicas - pulmonar (38%) e extrapulmonar (28%) -, sendo estas patologias bastante menos expressivas nos restantes casos de SIDA (17% para cada uma delas).

É de notar que se forem considerados os diagnósticos de SIDA nos casos relacionados com a toxicodependência em anos mais recentes, como por exemplo nos últimos sete anos, verifica-se uma diminuição das proporções da tuberculose em qualquer das suas formas clínicas - pulmonar (28%) e extrapulmonar (21%).

Figura 38 - Notificações de Casos de SIDA: Frequência das Doenças Definidoras de SIDA*, em Casos Associados ou não à Toxicodependência (%)
01/01/1983 - 31/12/2015



Data da recolha de informação: 30 de junho de 2016.

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

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

Em relação ao local de residência à data da notificação, continuam a ser Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, os distritos com o maior número de casos diagnosticados nos últimos sete anos seja com infeção por VIH associados à toxicodependência (38%, 17%, 11% e 9% destes casos respetivamente), seja de casos com SIDA associados à toxicodependência (38%, 24%, 11% e 9% destes casos respetivamente).

Considerando os casos diagnosticados entre 2009 e 2015 com infeção por VIH associados à toxicodependência, verifica-se que persiste a assimetria da distribuição geográfica da infeção

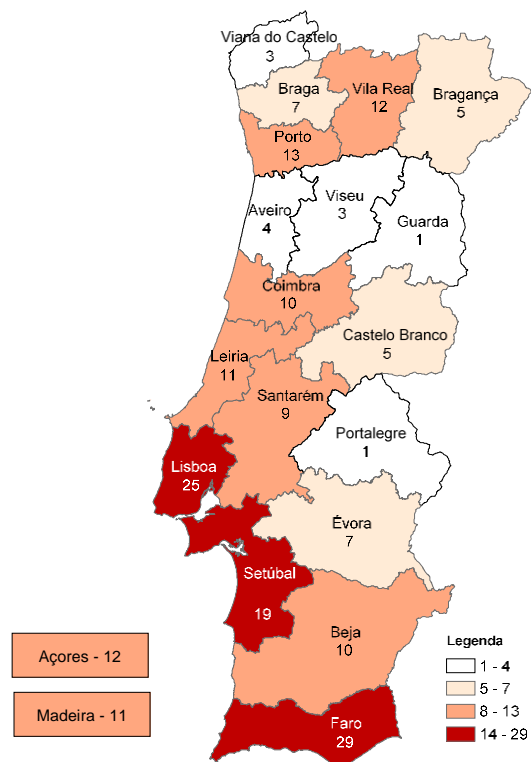
⁴⁶ Ver capítulos *Alguns Resultados de Estudos e Tratamento* deste Relatório. É de referir que em 2014 foi consolidado o modelo de funcionamento do Programa “Diz não a uma seringa em 2.ª mão”, estabelecido em 2013, através da entrada progressiva dos Cuidados de Saúde Primários como local de troca de seringas, nas regiões e áreas cuja cobertura era assegurada, anteriormente, pelas farmácias.

por VIH, com os distritos de Faro, Lisboa e Setúbal, a apresentarem as maiores taxas de casos por 100 000 habitantes da faixa etária 15-64 anos.

Figura 39 - Notificações de Casos de Infeção por VIH Associados à Toxicodependência, por Zona Geográfica de Residência*

2009 - 2015

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



Data da recolha de informação: 30 de junho de 2016.

* Residência à data de notificação.

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

Relativamente à distribuição por sexo e idade, a maioria dos casos acumulados de infeção por VIH associados à toxicodependência pertenciam ao grupo masculino (83%), e à data do diagnóstico, 75% tinham idades inferiores a 35 anos. Se se considerarem os diagnósticos de infeção por VIH associados à toxicodependência em anos mais recentes, como por exemplo nos últimos sete anos, mantém-se semelhante a proporção do grupo masculino (82%), mas verifica-se um envelhecimento dos casos diagnosticados, com uma diminuição relevante da proporção de casos com idades inferiores a 35 anos (33%).

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

3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência⁴⁷

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

As taxas apresentadas foram calculadas sobre o total dos utentes em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas nas diferentes estruturas de tratamento⁴⁸, bem como nos respetivos subgrupos de consumidores de droga injetada alguma vez na vida.

Quadro 7 - VIH nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência*
(total de utentes e consumidores de droga injetada LV)
Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2015

Estrutura / Rede	VIH						
	Total Utentes				Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (VIH+)	Novas Infeções ^{c)} (VIH+)	Tratamento	Cobertura	Prevalências (VIH+)	Novas Infeções ^{a)} (VIH+)
Ambulatório/Rede Pública							
Utentes Tratamento no Ano ^{b)}	78%	13%	4%	54%	86%	25%	6%
Novos Utentes ^{c)}	36%	2%	2%	..	49%	5%	4%
Utentes Readmitidos	70%	8%	4%	62%	77%	13%	7%
Unidades de Desabilitação							
Públicas	95%	11%	–	51%	96%	16%	–
Licenciadas	88%	18%	–	60%	87%	27%	–
Comunidades Terapêuticas							
Públicas	95%	11%	–	100%	100%	21%	–
Licenciadas	86%	12%	–	79%	91%	27%	–

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2016.

* 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 2015, eram conhecidos os resultados dos rastreios para 78% dos utentes em tratamento no ano, 36% dos novos utentes e 70% dos utentes readmitidos, sendo estas taxas superiores nos subgrupos de injetores (respetivamente 86%, 49% e 77%).

De um modo geral, as taxas de cobertura dos rastreios de VIH foram mais elevadas nas UD e nas CT, situando-se acima dos 90% nos subgrupos de injetores (exceto UD licenciadas).

⁴⁷ Ver contextualização metodológica relativa aos dados utilizados no capítulo anterior 2. *Tratamento*.

⁴⁸ 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.

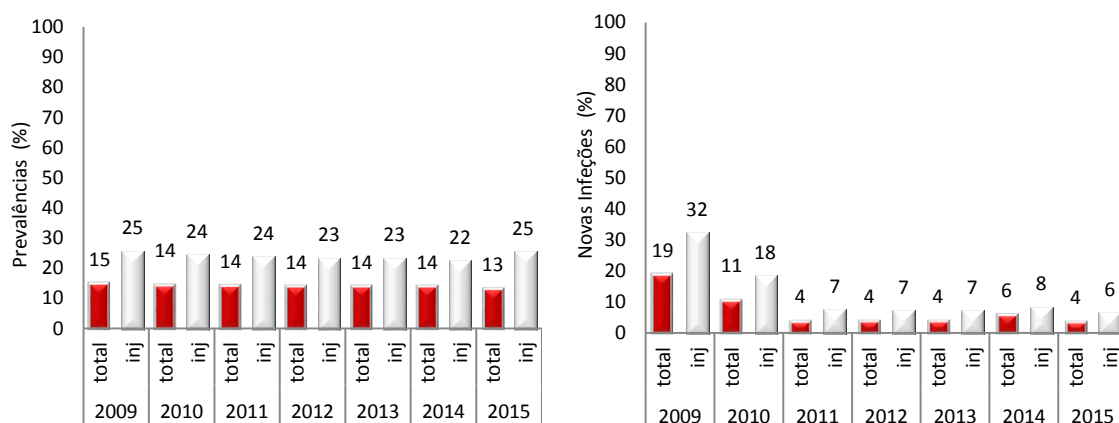
Em 2015, as prevalências de VIH+ variaram entre os 2% e os 18% consoante o grupo de utentes, com o valor mínimo nos novos utentes e o valor máximo nos utentes em UD licenciadas. Como expectável, as prevalências foram superiores nos subgrupos de injetores alguma vez na vida, variando entre os 5% e os 27%, com o valor máximo nos utentes das UD e CT licenciadas.

A proporção de novas infeções⁴⁹ nos utentes em ambulatório foi de 4%, e, de 6% no subgrupo dos injetores. Entre os que iniciaram tratamento em ambulatório em 2015, as proporções variaram entre os 2% (novos utentes) e os 4% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de injetores entre os 4% e os 7%.

Entre os utentes em ambulatório com consumos de droga injetada ao longo da vida, a tendência de descida das prevalências de VIH+ verificada desde o último quinquénio da década anterior e que prosseguiu a um ritmo mais lento a partir de 2010, foi quebrada em 2015 (25%), sendo necessário aguardar a evolução nos próximos anos para perceber se esta quebra significa ou não uma inversão da tendência de descida.

Figura 40 - 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)
2009 - 2015



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2013 (dados até 2012), 2.º semestre de 2014 (dados 2013) e 1.º semestre de 2015 (dados 2014) e 2.º semestre 2016 (dados 2015).

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

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

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

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

Em 2015 verificou-se, no total de utentes em ambulatório e no subgrupo de injetores ao longo da vida, uma ligeira descida nas proporções de novas infeções face a 2014. Após a tendência de descida acentuada das proporções de novas infeções por VIH+ até 2011, constata-se uma estabilidade, com o valor de 2015 no subgrupo de injetores (6%) a ser o mais baixo da década.

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

⁴⁹ Resultados positivos (VIH+) nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

subgrupos de injetores, enquadram-se no padrão do total de utentes em ambulatório, embora com maiores flutuações anuais⁵⁰.

Em 2015, as proporções de seropositivos com terapêutica antirretroviral variaram entre os 0% e os 100% consoante o grupo de utentes, correspondendo o valor mais baixo aos novos utentes em ambulatório e o mais alto aos utentes das CT públicas, persistindo a necessidade de reforço das políticas promotoras do acesso à terapêutica antirretroviral por parte destas populações.

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

Em 2015, as taxas de cobertura dos rastreios do vírus da Hepatite C variaram entre os 16% e os 97%, consoante o grupo de utentes, sendo estas taxas, de um modo geral, superiores nos respetivos subgrupos de injetores.

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

Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
2015

Estrutura / Rede	Hepatite C					
	Total Utentes			Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infecções ^{a)} (VHC+)	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infecções ^{a)} (VHC+)
Ambulatório/Rede Pública						
Utentes Tratamento no Ano ^{b)}	67%	61%	51%	77%	89%	86%
Novos Utentes ^{c)}	16%	23%	18%	31%	73%	64%
Utentes Readmitidos	56%	53%	51%	62%	85%	84%
Unidades de Desabilitação						
Públicas	97%	53%	–	97%	80%	–
Licenciadas	89%	49%	–	89%	76%	–
Comunidades Terapêuticas						
Públicas	97%	34%	–	100%	74%	–
Licenciadas	85%	28%	–	89%	66%	–

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2016.

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

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

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

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

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

As prevalências de VHC+ variaram entre os 23% e os 61% nos diferentes grupos de utentes, sendo muito superiores nos subgrupos de injetores (entre os 66% e os 89%).

A proporção de novas infeções⁵¹ nos utentes em ambulatório foi de 51%, sendo de 86% no subgrupo dos que consumiram droga injetada alguma vez na vida. Entre os que iniciaram

⁵⁰ Ver Quadro 56, no Anexo deste Relatório.

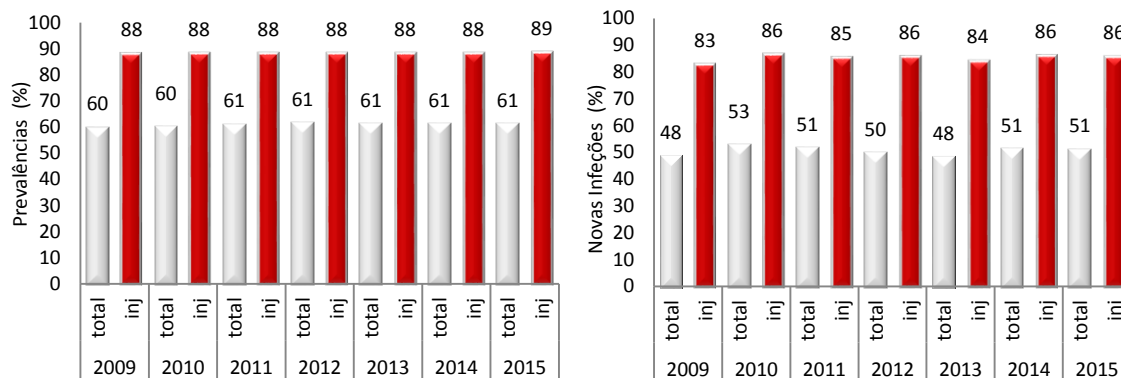
⁵¹ Resultados positivos (VHC+) nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

tratamento em ambulatório em 2015, as proporções variaram entre os 18% (novos utentes) e os 51% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de injetores entre os 64% 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 41 - 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)
2009 - 2015



Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2013 (dados até 2012), 2.º semestre de 2014 (dados 2013) e 1.º semestre de 2015 (dados 2014) e 2.º semestre 2016 (dados 2015).

* 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 conseqüentes 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 Terapêuticas⁵², 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 os utentes das CT. Apesar das oscilações anuais dessas prevalências (maior mobilidade dos utentes), de um modo geral, estas não têm apresentado variações relevantes que indiciem alterações de tendências nos últimos anos.

Em 2015, as taxas de cobertura dos rastreios do vírus da Hepatite B variaram entre os 16% e os 95% consoante o grupo de utentes.

Tal como nos dois anos anteriores, em 2015 as prevalências de AgHBs+ variaram entre os 1% e os 5% consoante os grupos de utentes (exceto UD licenciadas), sendo um pouco superiores nos subgrupos de injetores.

A proporção de novas infeções⁵³ nos utentes em ambulatório foi de 2%, sendo que entre os que iniciaram tratamento em 2015, as proporções variaram entre 0,4% (novos utentes) e 1% (utentes readmitidos). Estas proporções foram superiores nos subgrupos de injetores.

⁵² Ver Quadro 64 no Anexo deste Relatório.

⁵³ Resultados positivos (AgHBs+) nos rastreios efetuados no ano (com informação registada sobre os resultados).

Quadro 9 - Hepatite B nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência*
 (total de utentes e consumidores de droga injetada LV)
 Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental)
 2015

Estrutura / Rede	Hepatite B					
	Total Utentes			Consumidores de Droga Injetada		
	Cobertura	Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções ^{a)} (AgHBs+)	Cobertura	Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções ^{a)} (AgHBs+)
Ambulatório/Rede Pública						
Utentes Tratamento no Ano ^{b)}	66%	5%	2%	75%	6%	3%
Novos Utentes ^{c)}	16%	1%	0,4%	31%	2%	4%
Utentes Readmitidos	55%	5%	1%	61%	8%	2%
Unidades de Desabilitação						
Públicas	95%	1%	–	94%	1%	–
Licenciadas	78%	8%	–	74%	11%	–
Comunidades Terapêuticas						
Públicas	88%	..	–	95%	..	–
Licenciadas	85%	2%	–	89%	4%	–

Data da recolha de informação: 2.º semestre de 2016.

* 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 um modo geral, a evolução das prevalências de Hepatite B (AgHBs+) e as proporções de novas infeções têm-se mantido estáveis nos últimos seis 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 antiretroviral) por parte destas populações, com vista a potenciar os ganhos em saúde entretanto obtidos.

Contexto Prisional

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

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

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

31/12 de cada ano

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

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

Entre a população reclusa em tratamento da toxicod dependência a 31/12/2015⁵⁴, a prevalência de VIH+ era de 17%, ligeiramente superior às dos dois anos anteriores e às verificadas em 2015 em diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre, o que pode estar relacionado com eventuais diferenças entre as proporções de utentes com experiências de consumo injetado⁵⁵.

A proporção de seropositivos com terapêutica antirretroviral era de 82% a 31/12/2015 (82% e 76% em 2014 e 2013), valor acima das encontradas na maioria dos diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre.

A prevalência de Hepatite C (VHC+) era de 61%, e a de Hepatite B (AgHBs+) de 4%, estando enquadradas no padrão dos diferentes grupos de utentes em tratamento em meio livre (tendencialmente mais próximas ao limite máximo). É de notar no entanto, o aumento destas prevalências em relação a 2014 e 2013.

Cerca de 10% da população reclusa em tratamento da toxicod dependência apresentava comorbilidade de VIH+ e VHC+ (58% dos infetados por VIH eram positivos para o VHC).

É de notar que a população reclusa em tratamento da toxicod dependência apresenta prevalências de positividade para o VIH e Hepatite C bastante superiores às registadas no total da população reclusa⁵⁶.

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

⁵⁴ Segundo informação da DGRSP, a 31/12/2015 estavam 1 462 reclusos em tratamento da toxicod dependência.

⁵⁵ Não existe informação disponível sobre o grupo de reclusos injetores.

⁵⁶ No total da população reclusa, a 31/12/2015, as prevalências de VIH+, VHC+ e AgHBs+ eram, respetivamente, cerca de 5%, 17% e de 3% (5%, 15% e 2% em 2014).

novas infecções, 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.

4. Mortalidade⁵⁷

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

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

Na sequência de uma das recomendações estratégicas para o ciclo 2009-2012⁵⁸ e da implementação 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 alguma disparidade de informação entre estas duas fontes de informação, tendo vindo a ser otimizados nos últimos anos os fluxos de informação entre o INMLCF, I.P. e a DGS.

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

No contexto dos **registos gerais da mortalidade do INE, I.P.**, os dados de 2015 não estavam disponíveis à data da conclusão deste Relatório. Após o aumento registado entre 2006 e 2009⁶⁰ que inverteu a tendência de decréscimo nos anos anteriores, verificou-se uma quebra acentuada em 2011 e um aumento em 2012, com estes dois anos a registarem valores inferiores aos verificados entre 2008 e 2010. Em 2013 e 2014, constata-se evoluções díspares, consoante o critério considerado - Lista Sucinta Europeia e Protocolo do OEDT -, o que pode estar relacionado com a implementação do certificado médico *online* iniciada em 2013 e concluída em todo o país em 2014, que permitiu a melhoria da qualidade dos dados⁶¹, nomeadamente a otimização da combinação dos códigos incluídos no critério do OEDT e não na Lista Sucinta Europeia, o que exige algumas cautelas na leitura sobre a evolução destes dados.

⁵⁷ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 79-92, disponível em <http://www.sicad.pt>

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 Ação - Horizonte 2008.

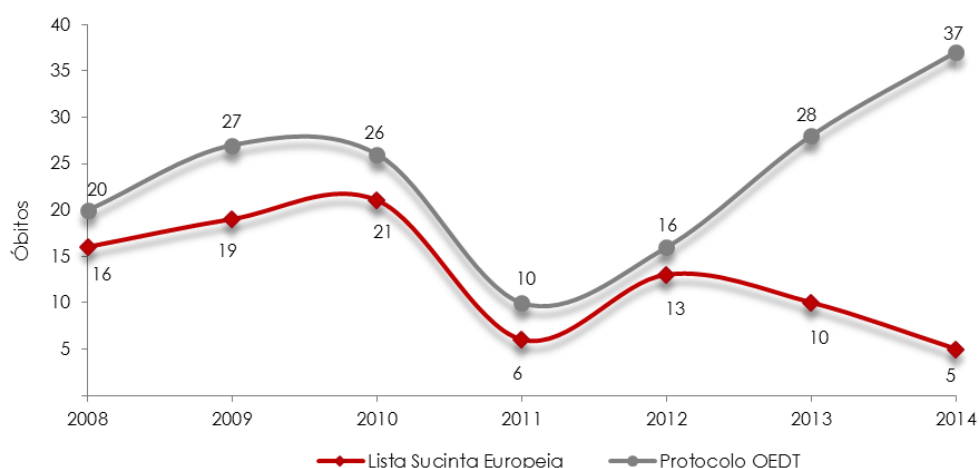
⁵⁹ Entre outros, a transição para a CID 10 em 2002, e mais recentemente, as medidas que permitiram o início da implementação do certificado médico *online* em 2013. Em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

⁶⁰ No caso do critério da Lista Sucinta Europeia esse aumento prolongou-se até 2010.

⁶¹ Entre outros, maior celeridade na transmissão da informação e maior explicitação dos fatores e causas de morte, com reflexos a vários níveis, nomeadamente na diminuição da proporção de causas de morte *mal definidas* (9,5%, 8,8% e 6,2% em 2012, 2013 e 2014).

Segundo a Lista Sucinta Europeia, em 2014 ocorreram 5 mortes causadas por dependência de drogas, toxicomania, representando um decréscimo de -50% em relação a 2013. De acordo com o critério do OEDT, em 2014 registaram-se 37 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas (+32% do que em 2013).

Figura 42 - Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas*
2008 - 2014



*A causa de morte Dependência de drogas, toxicomania, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, inclui todos os códigos F11 a F16 e F18 a F19 a quatro dígitos. O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência utiliza para a sua definição de mortes relacionadas com drogas (mortes causadas diretamente pelo consumo de drogas de abuso), os seguintes códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, X42, X62 e Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9), X41, X61 e Y11 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6) e X44, X64 e Y14 (combinando estes últimos três códigos com o código T 40.0-9 e T 43.6).

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

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

Em 2014, estes 37 óbitos traduziram-se num número médio de anos potenciais de vida perdidos de 29,4 anos e numa taxa de anos potenciais de vida perdidos de 11,9 anos por 100 000 habitantes (21,5 nos homens e 2,7 nas mulheres).

Quadro 11 - Indicadores de Mortalidade Critério Protocolo OEDT*
Portugal
2013 - 2014

Critério - Protocolo OEDT	Ano					
	2013			2014		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Total de óbitos (n.º)	28	24	4	37	33	4
Idade média à morte (anos)	42,9	41,7	50,0	41,6	41,9	38,8
N.º de óbitos < 65 anos	28	24	4	36	32	4
Taxas de mortalidade padronizadas para todas as idades (100 000 hab.)	0,3	0,5	0,1	0,4	0,7	0,1
Taxas brutas de mortalidade (100 000 hab.)	0,3	0,5	0,1	0,4	0,7	0,1
N.º de anos potenciais de vida perdidos	760	680	80	1060	935	125
Taxa de anos potenciais de vida perdidos (100 000 hab.)	8,6	15,7	1,8	11,9	21,5	2,7
N.º médio de anos potenciais de vida perdidos	27,1	28,3	20,0	29,4	29,2	31,3
Taxas padronizadas de anos potenciais de vida perdidos (100 000 hab.)	8,0	14,8	1,5	11,8	21,6	2,3

* De acordo com o critério do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, que inclui os seguintes códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, X42, X62 e Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9), X41, X61 e Y11 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6) e X44, X64 e Y14 (combinando estes últimos três códigos com o código T 40.0-9 e T 43.6).

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

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

Quanto às causas de morte, os 5 casos registados em 2014 segundo o critério da Lista Sucinta Europeia foram atribuídos a *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (CID10: F19.2), causa que inclui os policonsumos.

Os 37 óbitos registados em 2014 segundo o critério do OEDT incluem, para além destes 5 casos (14%), 32 óbitos (86%) por intoxicação (acidental ou intencional): 43% por cocaína, 19% por metadona, 3% por heroína, 8% por outros opiáceos, 5% por narcóticos sintéticos, 3% por cannabis e 5% por outros narcóticos e narcóticos não especificados. São de assinalar, com as ressalvas atrás referidas sobre a leitura da evolução destes dados, os aumentos registados entre 2013 e 2014 nos óbitos relacionados com a cocaína e nos relacionados com metadona.

Quadro 12 - Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas, por Causa de Morte*
2013 - 2014

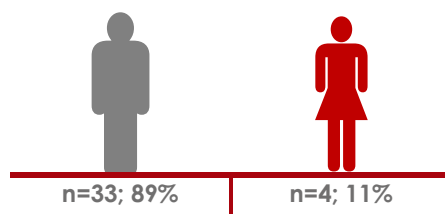
Causa de Morte	Ano	2013	2014
Total		28	37
Distúrbios: dependência múltipla ou outra (F19.2)		10	5
Intoxicação (acidental ou intencional)			
Cannabis	(Y12 e T40.7)	..	1
Cocaína	(X42 / X62 / Y12 - T40.5)	4	16
Opiáceos	(X42 / X62 / Y12 - T40.0-4)	5	13
Heroína	(Y12 e T40.1)	..	1
Ópio	(X62 - T40.0)	1	..
Outros opiáceos	(X42 / Y12 - T40.2)	2	3
Metadona	(X42 / X62 / Y12 - T40.3)	2	7
Outros narcóticos sintéticos	(Y12 e T40.4)	..	2
Outros narcóticos e narcóticos não especificados	(X42 e T40.6)	2	2
Outros psicodislépticos e psicodislépticos não especificados	(X42 / X62 e T40.9)	4	..
Psicoestimulantes	(X41 / X61 e T43,6)	3	..

*De acordo com o critério do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, que inclui os seguintes códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, X42, X62 e Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9), X41, X61 e Y11 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6) e X44, X64 e Y14 (combinando estes últimos três códigos com o código T 40.0-9 e T 43.6).

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

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

Figura 43 - Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas*,
segundo o Sexo
2014

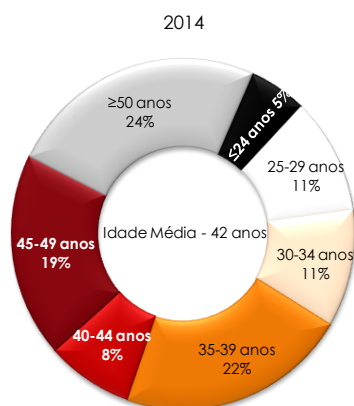


* Critério – Protocolo OEDT

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

A maioria destes óbitos era do sexo masculino (89%). Os grupos etários quinquenais com mais óbitos registados foram os de 35-39 anos (22%) e de 45-49 anos (19%), sendo a idade média de 42 anos. É de notar ainda, a proporção de casos de jovens e jovens adultos (27%).

Figura 44 - Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas*, segundo o Grupo Etário



* Critério – Protocolo OEDT

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

A maioria residia em Portugal Continental (86%), com destaque para a região Norte (35%) e a A.M. Lisboa (32%).

Figura 45 - Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas*, por Região de Residência (NUTS II)**



* Critério – Protocolo OEDT

** Um óbito com residência no estrangeiro.

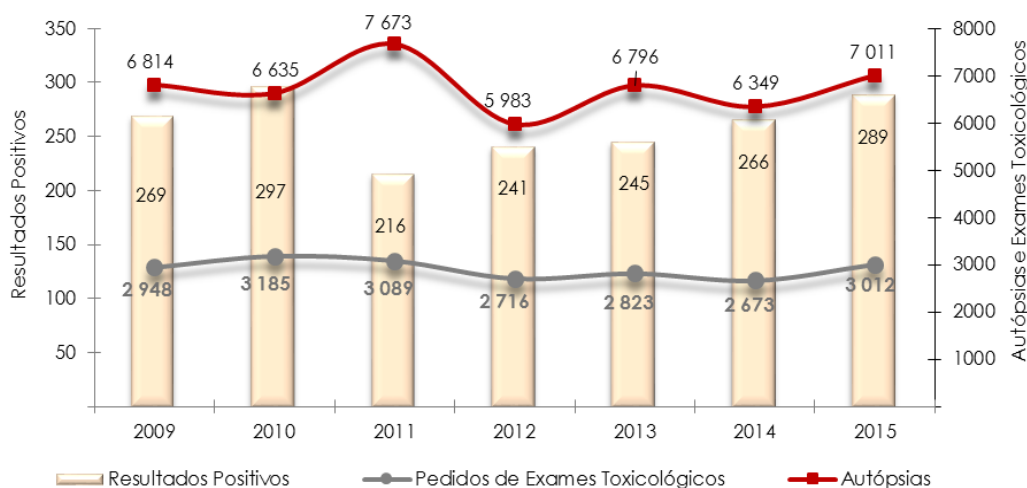
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

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

Em 2015, foram realizadas no INMLCF, I.P. 7 011 autópsias, sendo que em 3 012 dos casos (43%) foram solicitados exames toxicológicos, uma percentagem que se enquadra nas dos últimos anos.

O número de casos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas (289) foi ligeiramente superior aos registados nos quatro anos anteriores, mantendo-se a proporção de positividade no conjunto dos exames efetuados dentro dos valores registados nos últimos anos (10%,10%, 9%, 9%, 7%, 9% e 9%, respetivamente em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009).

Figura 46 - Autópsias, Exames Toxicológicos* e Resultados Positivos Post-mortem, segundo o Ano 2009 - 2015



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

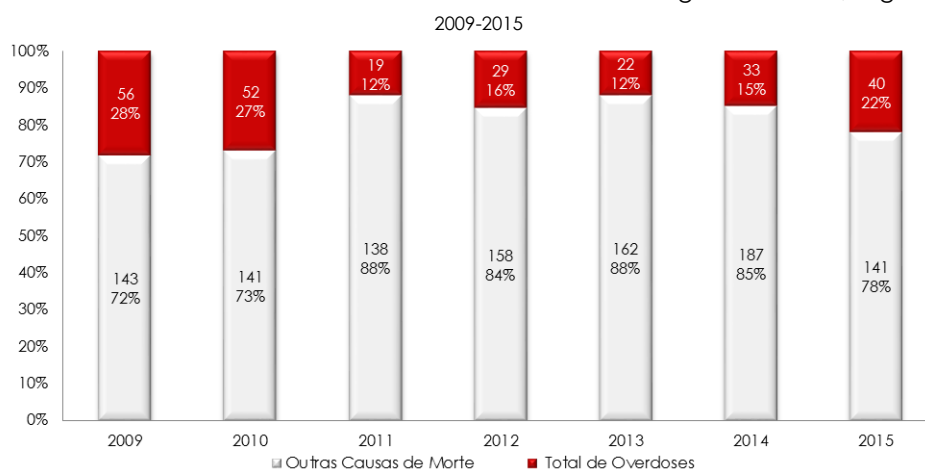
Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em 2015, dos 289 óbitos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas foi possível obter informação sobre a causa de morte em 63% dos casos (181 óbitos), uma percentagem inferior à verificada nos últimos anos⁶².

Destes, 22% foram considerados overdoses com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

Pelo segundo ano consecutivo que se constata um aumento de overdoses em valores absolutos (40 casos em 2015 e 33 em 2014) e proporcionais (a proporção de overdoses nestes óbitos com causa de morte conhecida foi de 22% em 2015 e de 15% em 2014), mantendo-se os valores registados nos últimos cinco anos aquém dos registados entre 2008 e 2010.

⁶² Trata-se de óbitos que exigem investigação médico-legal e consequentemente com algumas dificuldades na celeridade da recolha dessa informação. Em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008, as proporções de óbitos com informação sobre a causa de morte à data da recolha de dados foram, respetivamente, de 83%, 75%, 78%, 73%, 65%, 74% e de 82%.

Figura 47 - Causas de Morte* dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano

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

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

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

Quadro 13 - Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Substância

2009 - 2015

Substância	Ano		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
				%		%		%		%		%		%		%
Total			56	100	52	100	19	100	29	100	22	100	33	100	40	100
Cannabis			3	15,8	1	3,4	4	18,2	8	24,2	12	30,0
Só			1	3,0	..	..
Associada apenas com álcool			1	3,0	..	..
Associada apenas com opiáceos ^{a)}			1	3,0	..	..
C/ outras substâncias não opiáceas			3	15,8	1	3,4	1	4,5	4	12,1	9	22,5
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias			3	13,7	1	3,0	3	7,5
Cocaína			24	42,8	26	50,0	5	26,3	15	51,7	8	36,4	21	63,6	11	27,5
Só			4	7,1	3	5,8	2	10,5	3	10,3	..	..	1	3,0	1	2,5
Associada apenas com álcool			2	3,8	..	..	3	10,3	..	..	..	..	2	5,0
Associada apenas com opiáceos ^{a)}			6	10,7	5	9,6	1	5,3	1	3,4	..	..	5	15,2	2	5,0
C/ outras substâncias não opiáceas			2	3,6	3	5,8	..	..	3	10,3	6	27,3	8	24,2	3	7,5
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias			12	21,4	13	25,0	2	10,5	5	17,3	2	9,1	7	21,2	3	7,5
Opiáceos^{a)}			49	87,5	38	73,1	8	42,1	14	48,3	10	45,5	15	45,4	21	52,5
Só			5	8,9	4	7,7	1	5,3	1	3,4	1	4,5	1	3,0	2	5,0
Associados apenas com álcool			16	28,6	7	13,5	2	10,5	2	6,9	2	9,1	..	..	4	10,0
C/ outras substâncias			28	50,0	27	51,9	5	26,3	11	37,9	7	31,8	14	42,4	15	37,5
Metadona			2	3,6	8	15,4	10	52,6	9	31,0	6	27,3	14	42,4	10	25,0
Só			1	5,3	2	6,9	..	..	2	6,1	1	2,5
Associada apenas com álcool			1	5,3	..	..	..	..	1	3,0	..	..
Associada apenas com opiáceos ^{a)}		
C/ outras substâncias não opiáceas			1	1,8	8	15,4	7	36,8	3	10,3	6	27,3	10	30,3	7	17,5
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias			1	1,8	..	..	1	5,3	4	13,8	..	..	1	3,0	2	5,0
Buprenorfina			1	4,5	..	..	..	..
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias			1	4,5	..	..	..	..
Anfetaminas			1	5,3	..	..	..	..	1	3,0	..	..
C/ outras substâncias não opiáceas			1	5,3	..	..	..	..	..	..	..	..
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias			1	3,0	..	..
Drogas Sintéticas			1	5,3	1	3,4	3	13,6	2	6,1	1	2,5
Só			1	3,4	1	4,5	..	..	..	..
Associada apenas com álcool			1	2,5
C/ outras substâncias não opiáceas			1	5,3	..	..	2	9,1	1	3,0	..	..
C/ opiáceos ^{a)} e outras substâncias			1	3,0	..	..

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

a) Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

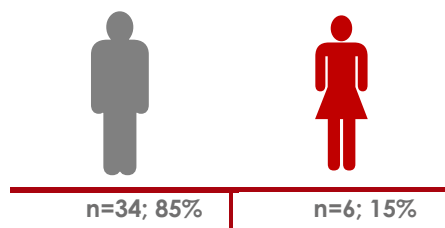
Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I. P. / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI

Em relação às substâncias, é de destacar a presença de opiáceos⁶³ em 53% das *overdoses* (45%, 46%, 48%, 42%, 73% e 88%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009), a de cannabis em 30% dos casos (24%, 18%, 3% e 16%, respetivamente em 2014, 2013, 2012 e 2011, não havendo registos entre 2008 e 2010), a de cocaína em 28% dos casos (64%, 36%, 52%, 26%, 50% e 43%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009) e a de metadona em 25% dos casos (42%, 27%, 31%, 53%, 15% e 4%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). É de referir, no contexto das novas substâncias psicoativas, a ocorrência de 1 *overdose* com a presença de metoxietamina associada ao álcool.

Tal como ocorrido nos anos anteriores, na maioria destas *overdoses* (90%) foram detetadas mais do que uma substância (85%, 91%, 76%, 79%, 87% e 84%, respetivamente em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Neste contexto, importa referir, em combinação com as substâncias ilícitas, os casos de *overdose* com a presença de álcool (30%, 21%, 36%, 38%, 37%, 44% e 57% das *overdoses* em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009), bem como com a presença de benzodiazepinas (43%, 46%, 50%, 28%, 42%, 35% e 38% das *overdoses* em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009).

Em 2015, uma vez mais a maioria dos casos de *overdose* (85%) eram do sexo masculino (88%, 82%, 97%, 84%, 88% e 96%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). Ocorreram na sua maioria em indivíduos acima dos 34 anos (84%), sendo a idade média e a mediana de 43 anos.

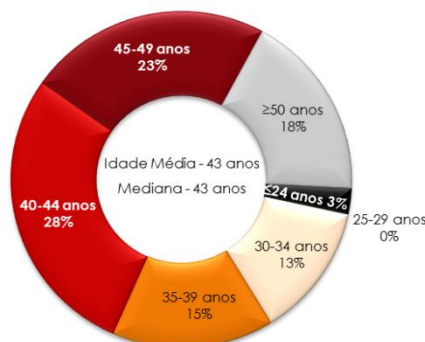
Figura 48 - Mortes por *Overdose*, segundo o Sexo
2015



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

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

Figura 49 - Mortes por *Overdose*, segundo o Grupo Etário
2015



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

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

⁶³ Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

Em relação às outras causas das mortes com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito em 2015 (141 casos), é de referir que foram predominantemente atribuídas⁶⁴ a acidentes (36%) tal como nos anos anteriores, seguindo-se-lhes a morte natural (33%), suicídio (20%) e homicídio (6%).

Quadro 14 - Outras Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos*, segundo o Ano, por Causa de Morte*

2009 - 2015

Outras Causa de Morte*	Ano													
	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
Total	143	100	141	100	138	100	158	100	162	100	187	100	141	100
Acidente ^{a)}	56	39,1	67	47,5	66	47,8	71	44,9	71	43,8	75	40,1	50	35,5
Homicídio	11	7,7	10	7,1	8	5,8	17	10,8	12	7,4	8	4,3	9	6,4
Natural	41	28,7	30	21,3	35	25,4	39	24,7	53	32,7	66	35,3	46	32,6
Suicídio	24	16,8	20	14,2	19	13,8	23	14,5	20	12,4	32	17,1	28	19,8
Causa Indeterminada	11	7,7	14	9,9	10	7,2	8	5,1	6	3,7	6	3,2	8	5,7

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

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

a) Inclui acidentes de viação, trabalho e outros.

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

Nestas mortes, as substâncias ilícitas mais presentes foram a cannabis (56%) e os opiáceos (30%)⁶⁵, seguindo-se-lhes a cocaína (13%) e a metadona (12%). Foi também detetado MDMA em 1 caso. Na maioria destas mortes (65%) foram detetadas mais do que uma substância, sendo de destacar também em associação com as substâncias ilícitas, a presença de álcool (24%) e/ou de benzodiazepinas (18%).

No que se refere à **mortalidade relacionada com o VIH/SIDA**, os dados apresentados referem-se às notificações de óbitos recebidas no INSA, uma vez que nas estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P. não existe informação desagregada sobre os óbitos por doença pelo VIH (CID10) por categorias de transmissão. É de referir que se verifica uma subnotificação nos registos do INSA face ao número total de óbitos por doença pelo VIH (CID10) disponibilizados pelo INE⁶⁶, apesar das tendências observadas serem similares nas duas fontes de registos.

À data da recolha da informação⁶⁷ tinham sido notificados 10 679 óbitos em casos de infeção por VIH desde o início da epidemia em Portugal até 31/12/2015, 52% em casos relacionados com a toxicodependência. Dos óbitos notificados, 8 695 ocorreram em casos classificados como SIDA, 52% dos quais associados à toxicodependência.

A mortalidade observada nos casos de infeção por VIH era de 28% (sobrevida 72%) na categoria de transmissão associada à toxicodependência e de 14% (sobrevida 86%) nas restantes categorias de transmissão. A mortalidade observada nos casos de SIDA era de 48% (sobrevida 52%) na categoria da toxicodependência e de 35% (sobrevida 65%) nas restantes categorias de transmissão.

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

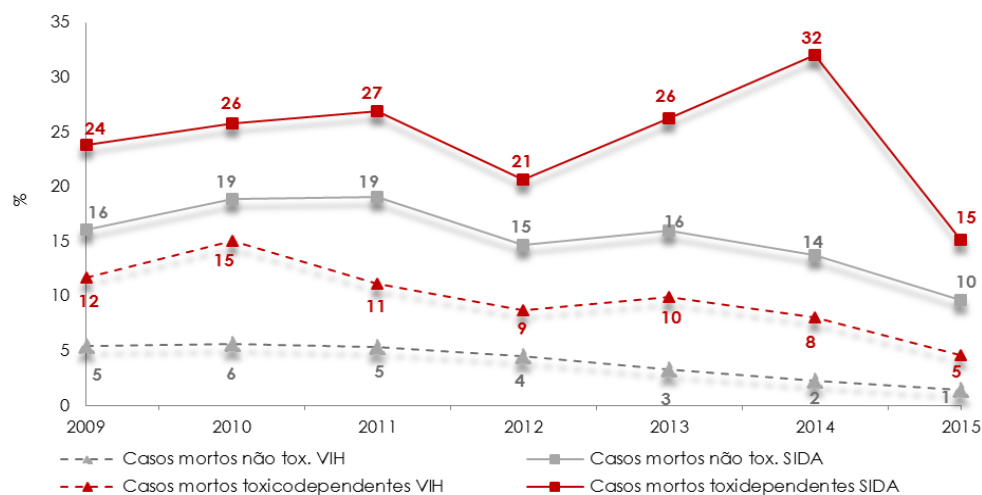
⁶⁵ Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

⁶⁶ Estão a ser realizados esforços no sentido da melhoria da informação relativa às notificações de óbitos. Ver nota 42 no capítulo *Doenças Infecciosas* deste Relatório.

⁶⁷ 30 de junho de 2016.

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

Figura 50 - Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA: % de Casos Mortos segundo o Ano do Diagnóstico, em Casos Associados ou não à Toxicodependência*
2009 - 2015

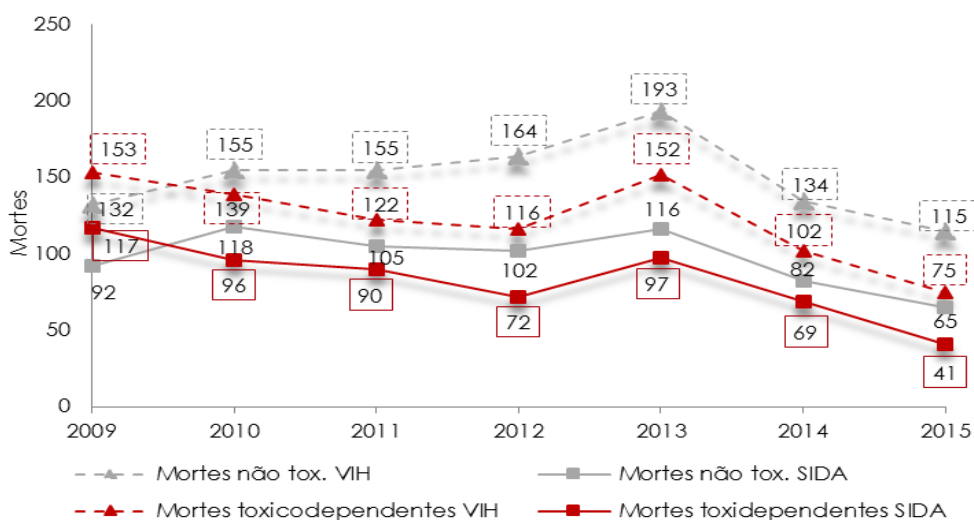


Data da recolha da informação: 30 de junho de 2016.

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

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

Figura 51 - Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA: Mortes segundo o Ano do Óbito, em Casos Associados ou não à Toxicodependência*
2009 - 2015



Data da recolha da informação: 30 de junho de 2016.

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

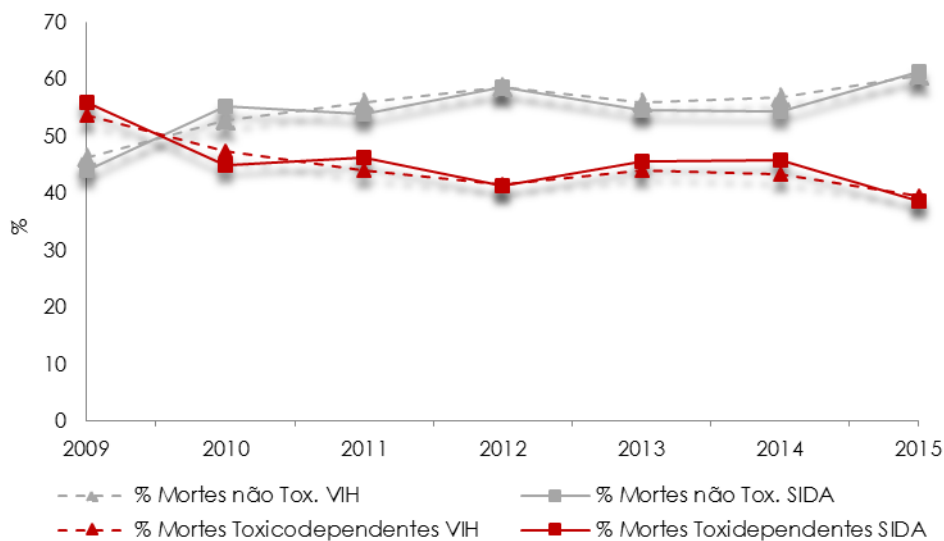
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA, I.P.): DDI - URVE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Foram notificados 192 óbitos ocorridos em 2015 em casos de infeção por VIH, 39% associados à toxicodependência. 107 destes óbitos ocorreram em casos de SIDA, 39% associados à toxicodependência. É de notar que, para os óbitos ocorridos em 2015, a análise do tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e o óbito revela que 76% dos óbitos registados em casos associados à toxicodependência ocorreram mais de 10 anos após o diagnóstico inicial da infeção, enquanto nos restantes óbitos só 39% apresentaram intervalos de tempo equivalentes, o que evidencia o investimento no diagnóstico precoce e tratamento da infeção por VIH na população toxicodependente⁶⁸.

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

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

Figura 52 - Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA: % das Mortes segundo os Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano do Óbito*
2009 - 2015



Data da recolha da informação: 30 de junho de 2016.

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

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

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

Quanto à distribuição por sexo e idade, a maioria dos óbitos notificados em casos acumulados de infeção por VIH associados à toxicodependência pertenciam ao grupo

⁶⁸ INSA, 2016.

masculino (86%), e no ano do óbito⁶⁹, 68% tinham idades compreendidas entre 25-39 anos, sendo relevante a proporção de jovens e jovens adultos (55% entre os 15-34 anos). Estas proporções não diferem muito das registadas nos óbitos em casos de SIDA associados à toxicodependência (70% entre os 25-39 anos e 58% entre os 15-34 anos).

É de notar que se forem considerados os óbitos em casos de infeção por VIH relacionados com a toxicodependência ocorridos em anos mais recentes, como por exemplo nos últimos sete anos, a proporção do grupo masculino é ligeiramente inferior (82%), e verifica-se um envelhecimento, com uma diminuição relevante da proporção de casos com idades compreendidas entre os 25-39 anos (54%) e em particular da proporção de jovens e jovens adultos (33% entre os 15-34 anos). Todavia, mantém-se a ocorrência de óbitos em idades mais jovens nos casos associados à toxicodependência do que nas restantes categorias de transmissão.

⁶⁹ Cálculos efetuados com base na relação entre a idade à data do ano de diagnóstico e o ano de óbito.

5. Contraordenações⁷⁰

5.1. Processos e Decisões

No âmbito das contraordenações por consumo de drogas⁷¹, nas 18 Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência com sede em cada capital de distrito de Portugal Continental, foram instaurados 10 380 processos⁷² relativos às ocorrências de 2015, representando o valor mais elevado desde 2001 e um aumento (+15%) em relação a 2014.

Quadro 15 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito
2015 e variações relativas a 2014 / 2012 / 2009

Distrito	2015	%	Δ 14-15	Δ 12-15	Δ 09-15
Total	10 380	100,0	14,6	21,1	37,5
Aveiro	783	7,5	17,6	31,2	49,7
Beja	185	1,8	-10,2	-2,1	37,0
Braga	999	9,6	33,9	34,6	48,7
Bragança	79	0,8	-34,2	68,1	71,7
Castelo Branco	115	1,1	-2,5	22,3	30,7
Coimbra	250	2,4	1,6	6,4	-4,6
Évora	115	1,1	40,2	32,2	-5,0
Faro	773	7,4	12,5	10,4	59,7
Guarda	152	1,5	-30,0	-1,3	245,5
Leiria	440	4,2	13,7	45,7	55,5
Lisboa	2 005	19,3	34,7	52,5	20,4
Portalegre	123	1,2	16,0	98,4	-18,0
Porto	2 190	21,1	0,5	-7,3	21,9
Santarém	388	3,7	31,5	69,4	300,0
Setúbal	1 064	10,3	9,6	28,3	74,4
Viana do Castelo	299	2,9	63,4	43,1	73,8
Vila Real	153	1,5	71,9	-3,2	7,0
Viseu	267	2,6	-1,5	1,9	3,5

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

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

⁷⁰ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicoddependências, p. 93-115, 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. Em 2015 o Registo Central foi desativado, entrando em funcionamento o Sistema de Gestão de Informação Processual (SGIP).

⁷¹ 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.

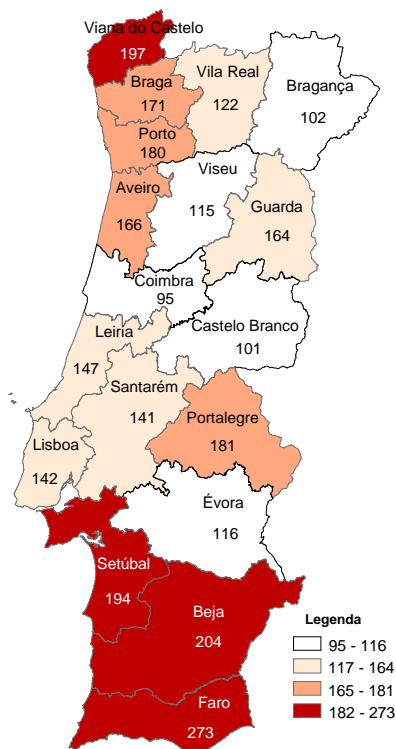
⁷² Cada processo corresponde a uma ocorrência e a um indivíduo.

Relativamente a 2014, verificaram-se acréscimos do número de processos na grande maioria dos distritos, registando-se os mais elevados, em valores absolutos, nos distritos de Lisboa, Braga, Aveiro e Viana do Castelo, e em valores percentuais, nos distritos de Vila Real, Viana do Castelo, Évora, Lisboa, Braga e Santarém.

Figura 53 - Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito

2015

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

Pelo segundo ano consecutivo e contrariamente ao sucedido nos anos anteriores, houve um maior número de ocorrências remetidas pela GNR (51% das ocorrências de 2015) do que pela PSP (39%), seguindo-se-lhes os Tribunais (9%).

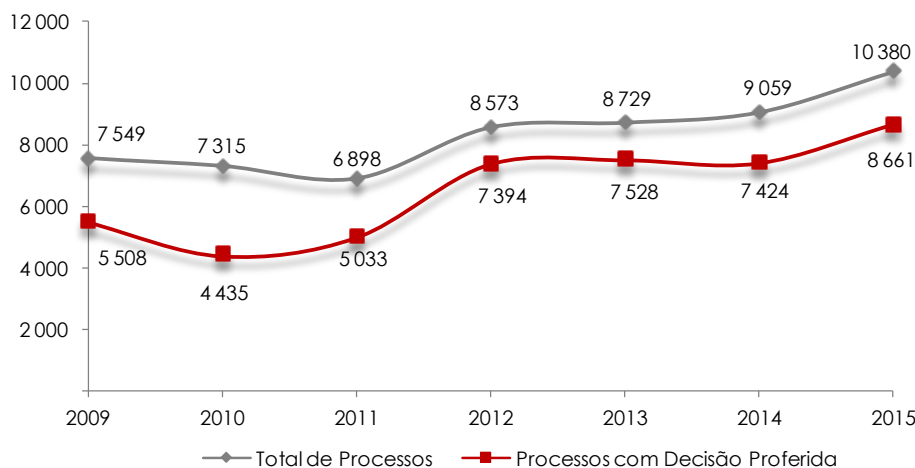
À data da recolha de informação cerca de 83% dos processos relativos às ocorrências de 2015 tinham decisão proferida (58% já arquivados), constatando-se nos últimos quatro anos, um aumento da capacidade decisória em relação aos anos anteriores⁷³, tanto mais relevante quanto, os números de processos registados nestes anos foram os mais elevados desde 2001.

Das 8 661 decisões proferidas⁷⁴ sobre estas ocorrências, cerca de 80% foram suspensivas, 19% punitivas e 1% absolutórias.

⁷³ A diminuição da pendência esteve relacionada com o investimento feito na eficácia e eficiência processual (ver informação no Relatório de Atividades SICAD, 2015). Para o ano 2015, a data da recolha de informação sobre o estado dos processos foi a 01/07/2016 e não a 31/03 como nos anos anteriores, devido à migração de dados para o novo sistema de informação SGIP.

⁷⁴ A informação sobre as diligências e encaminhamentos realizados para as respostas preventivas, de tratamento ou outras, consta no Relatório de Atividades SICAD, 2015.

Figura 54 - Processos de Contraordenação e Decisões*, segundo o Ano**
2009 - 2015

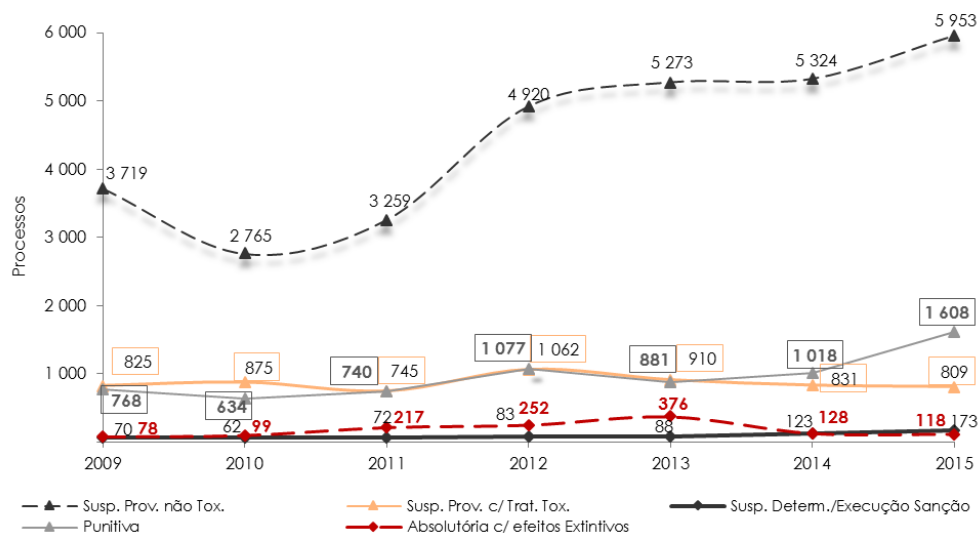


* Na leitura dos dados sobre as decisões proferidas deve ser considerado que algumas CDT estiveram em determinados períodos a funcionar sem *quórum*, o que condicionou a capacidade decisória na aplicação da Lei n.º 30/2000 e as consequentes diligências processuais. Por outro lado, persistem lacunas relacionadas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

** Ano em que ocorreu o facto punível como contraordenação. Informação recolhida a 31 de março do ano seguinte ao da ocorrência do facto punível como contraordenação. Em 2015, a data da recolha de informação sobre o estado do processo, tipo de decisão e tipo de sanção foi a 01/07/2016 e não a 31/03 como nos anos anteriores, devido à migração de dados para o novo sistema de informação SGIP.

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

Figura 55 - Processos de Contraordenação, segundo o Ano*, por Tipo de Decisão**
2009 - 2015



* 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. Em 2015, a data da recolha de informação sobre o estado do processo, tipo de decisão e tipo de sanção foi a 01/07/2016 e não a 31/03 como nos anos anteriores, devido à migração de dados para o novo sistema de informação SGIP.

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

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

Uma vez mais predominaram as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (69%), registando-se nos últimos cinco anos um aumento contínuo deste tipo de processos, muito provavelmente reflexo da mobilização e investimento das forças de

segurança em estratégias de intervenção precoce, identificando e sinalizando consumidores de risco baixo/moderado.

Seguiu-se-lhes as decisões punitivas (19%) e as suspensões provisórias dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (9%).

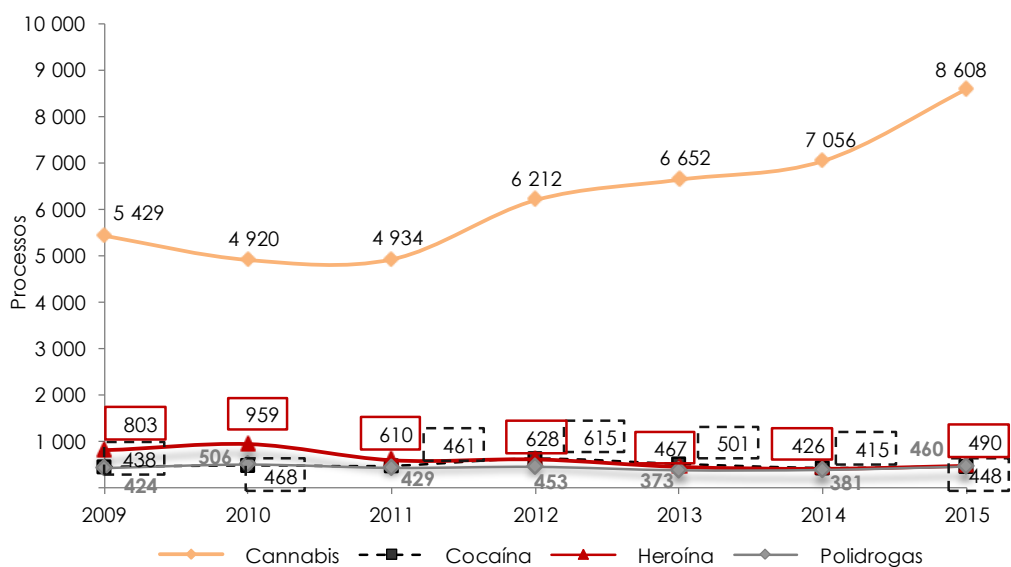
Nas decisões punitivas continua a predominar a aplicação de sanções não pecuniárias, particularmente as relacionadas com a apresentação periódica em local designado pela CDT, sendo de referir no entanto, a existência de significativas heterogeneidades regionais na aplicação das medidas sancionatórias.

Cerca de 95% das ocorrências de 2015 envolveram apenas uma droga: 85% só cannabis, 5% apenas heroína e 4% só cocaína.

À semelhança do ocorrido nos últimos anos, o predomínio de ocorrências relacionadas só com cannabis verificou-se em todas as CDT.

Nos processos relacionados com a posse de várias drogas (5%), uma vez mais se destacou a posse de heroína com cocaína. Tal como já sucedido desde 2004, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis, e pelo quarto ano consecutivo a associação de ecstasy com cannabis foi preponderante à de heroína com cannabis.

Figura 56 - Processos de Contraordenação, segundo o Ano*, por Tipo de Droga
2009 - 2015



* 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 2014 constataram-se aumentos no número de processos das várias drogas consideradas, sendo de destacar os acréscimos a nível dos relacionados só com ecstasy (+71%), só com cannabis (+22%) e dos relacionados com várias drogas (+21%). Nos últimos três anos registaram-se aumentos contínuos a nível do número de processos relacionados só com ecstasy e dos relacionados só com cannabis, atingindo em 2015 os valores mais elevados desde 2001.

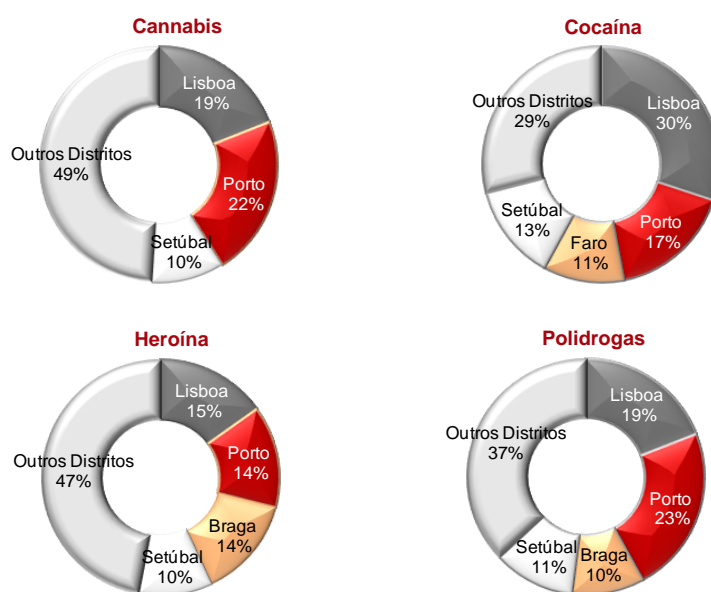
No último quinquénio, as tendências das drogas envolvidas nestas infrações relacionadas com a posse para consumo - interrupção em 2015 das tendências de descida da heroína e da cocaína e acréscimo da importância da cannabis e do ecstasy (apesar dos valores ainda residuais) - são similares às verificadas a nível das infrações relacionadas com a oferta de drogas⁷⁵.

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

Figura 57 - 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)

2015



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

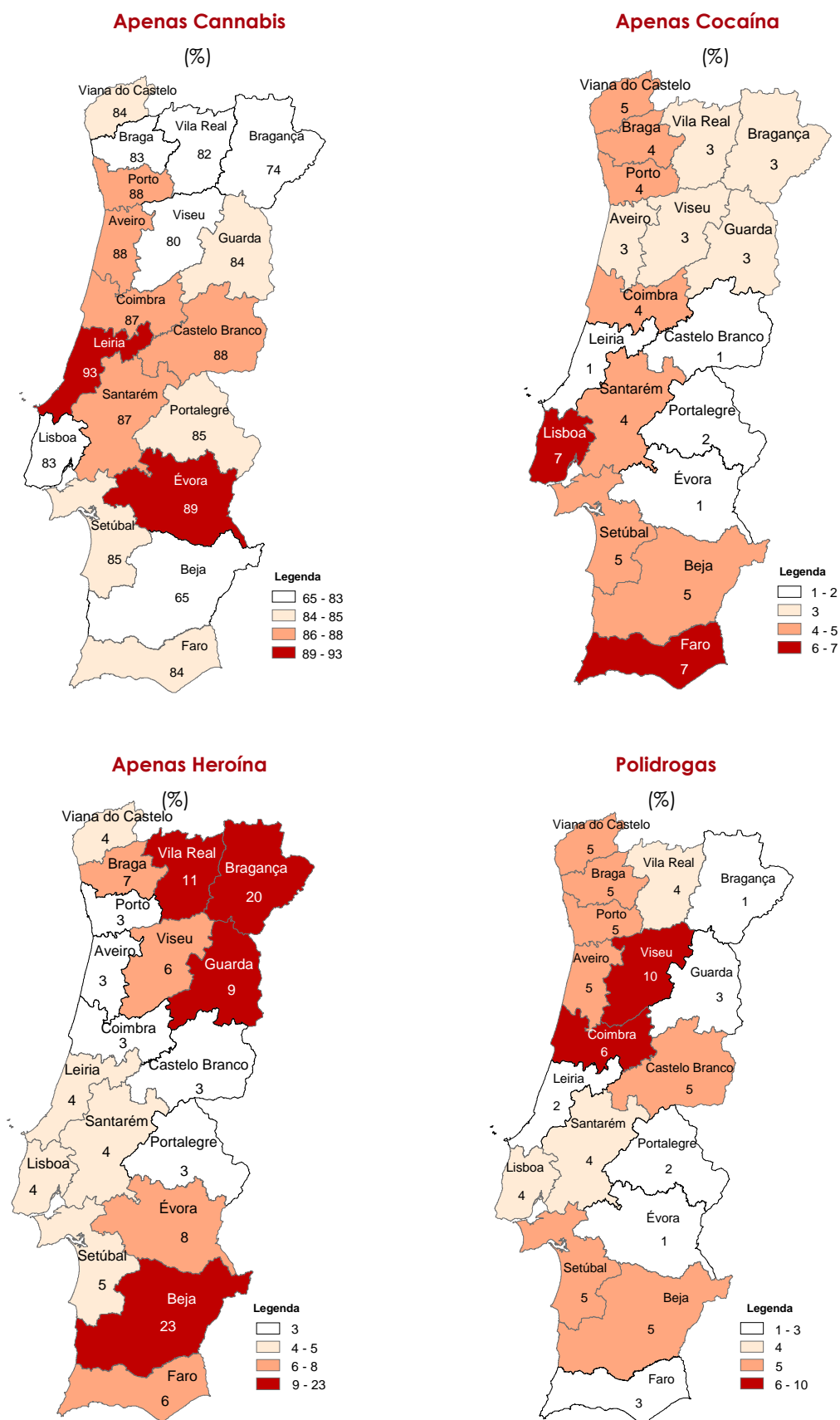
No entanto, existem importantes heterogeneidades regionais nessa distribuição dos processos, tal como é evidenciado na leitura das percentagens intradistritais por tipo de droga⁷⁶:

- os processos envolvendo só cannabis variaram a nível distrital entre os 65% (Beja) e os 93% (Leiria);
- os só de cocaína entre os 1% (Castelo Branco, Leiria e Évora) e os 7% (Lisboa e Faro);
- os só de heroína entre os 3% (Porto, Aveiro, Coimbra, Castelo Branco e Portalegre) e os 23% (Beja);
- e, os processos envolvendo várias drogas variaram entre os 1% (Bragança e Évora) e os 10% (Viseu).

⁷⁵ Ver capítulo *Apreensões Policiais*.

⁷⁶ Considerando como base percentual os processos abertos em cada distrito.

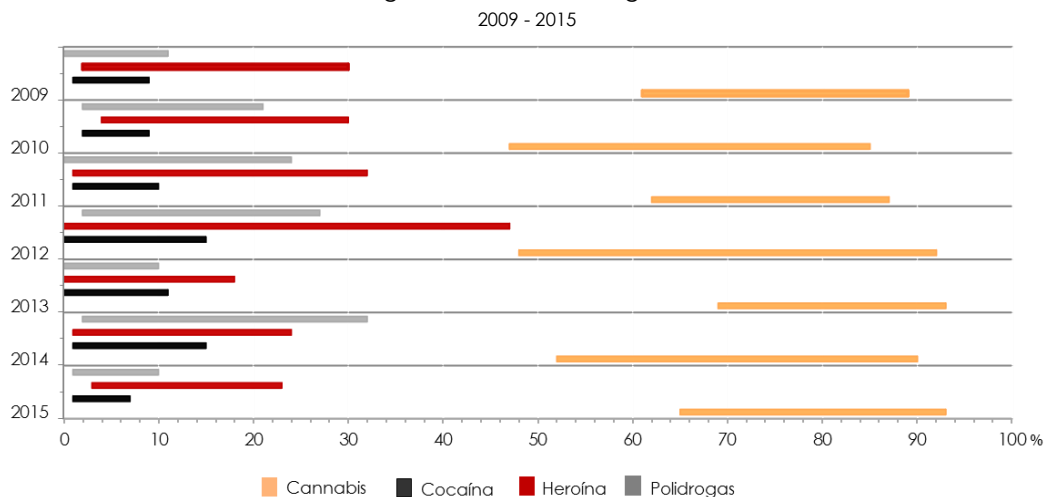
Figura 58 - Percentagens Intradistritais de Processos de Contraordenação por Tipo de Droga
2015



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

De um modo geral, as variações entre os valores mínimos e máximos das percentagens intradistritais por tipo de droga envolvida nos processos, têm mantido um padrão ao longo dos anos, com os maiores intervalos daqueles valores a registarem-se ao nível da heroína e da cannabis.

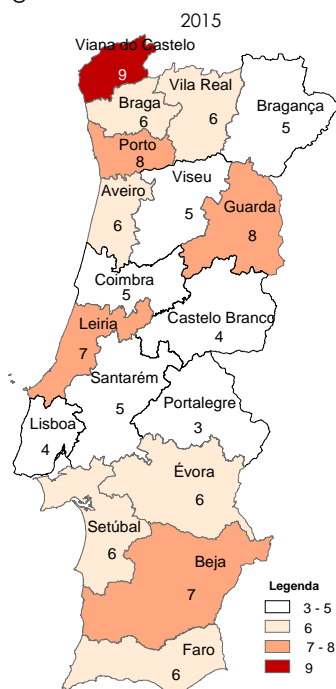
Figura 59 - Processos de Contraordenação por Tipo de Droga Intervalos das Percentagens Intradistritais, segundo o Ano



5.2 Indivíduos

Dos 9 620 indivíduos⁷⁷ envolvidos nos processos abertos relativos às ocorrências de 2015 e sem decisão absolutória, cerca de 6% reincidiram ao longo do ano, percentagem que se enquadra nas registadas nos anos anteriores. A maioria destes reincidentes (88%) teve apenas uma reincidência no ano.

Figura 60 - Percentagens Intradistritais de Indivíduos Reincidentes no Ano



⁷⁷ 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 2015, foi o que registou também o maior número de indivíduos reincidentes no ano, destacando-se com as mais elevadas percentagens intradistritais de reincidentes no ano, o distrito de Viana do Castelo, seguido do Porto, Guarda, Leiria e Beja.

Cerca de 92% daqueles 9 620 indivíduos eram do sexo masculino e na sua maioria (82%) jovens e jovens adultos. É de notar que, apesar da idade média ser os 27 anos, cerca de 54% tinham idades entre os 16-24 anos.

Tal como nos anos anteriores, eram na sua maioria de nacionalidade portuguesa (93%). Entre os estrangeiros predominavam os europeus (3%) e os africanos (2%), destacando-se o Brasil, Cabo Verde, França e Espanha, como os países de nacionalidade estrangeira predominantes.

Uma vez mais, eram maioritariamente solteiros (90%) e viviam só com a família de origem (64%). À semelhança dos anos anteriores, predominavam os indivíduos coma frequência do 3.º Ciclo do Ensino Básico ou habilitações superiores (82%) e cerca de 43% estavam empregados, sendo muito expressivo o peso de estudantes (28%).

Quadro 16 - Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação
2015

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Indivíduos em Processos de Contraordenação
Sexo	Masculino	92,2%
Grupo Etário	16-24 anos	54,4%
	25-34 anos	27,9%
	Idade Média / Mediana	27 / 24
Nacionalidade	Portuguesa	92,9%
Estado Civil	Solteiro	89,9%
	Casado / União de Facto	6,8%
Situação Coabitância	Só c/ família de origem	63,5%
	Sozinho	8,5%
	Só c/ companheiro e filhos	4,3%
	Só c/ companheiro	6,5%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	17,7%
	3.º Ciclo	41,6%
	Secundário	34,2%
Situação Profissional	Empregado	43,2%
	Desempregado	24,5%
	Estudante	27,6%

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

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

Oferta

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

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

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

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 tendência para ligeiro decréscimo no último quinquénio e que foi contrariada em 2015. Também este ano foi invertida a tendência de diminuição da visibilidade da heroína. Em relação a *outras drogas*, apesar dos aumentos verificados nos últimos 3 anos em alguns indicadores, continuam a apresentar valores relativos residuais.

Em 2015, uma vez mais o haxixe foi a substância com o maior número de **apreensões** (4 180). Reforçando a tendência iniciada em 2005, seguiu-se-lhe a cocaína (1 081) e, pelo segundo ano consecutivo, o número de apreensões de cannabis herbácea (791) foi superior ao de heroína (763). As apreensões de ecstasy continuam a registar números bastante inferiores (173), apesar do ligeiro acréscimo da sua visibilidade nos últimos cinco anos. Como habitualmente, foram confiscadas várias outras substâncias, nomeadamente benzodiazepinas, anfetaminas e algumas substâncias alucinogénias. Em relação a 2014, registaram-se aumentos no número de apreensões de ecstasy, de cannabis (haxixe e cannabis herbácea), de heroína e de cocaína. No caso do haxixe e da cannabis herbácea, verificaram-se nos últimos sete anos os valores mais elevados desde 2002, mantendo-se a tendência de aumento do número de apreensões. Apesar dos aumentos nos números de apreensões de heroína e de cocaína verificados em 2015, estes tinham vindo a diminuir continuamente desde 2011. Quanto ao número de apreensões de ecstasy, após os decréscimos verificados entre 2006 e 2009, verifica-se desde então uma tendência para um aumento destas apreensões.

A nível das **quantidades apreendidas** registaram-se, entre 2014 e 2015, aumentos significativos a nível das várias substâncias consideradas, com exceção do haxixe. Esta descida esteve relacionada com a redução do uso de Portugal como uma plataforma de introdução e trânsito no espaço europeu de importantes fluxos de haxixe com origem no norte de África, a favor da introdução através do Mar Mediterrâneo. No que respeita aos principais países de proveniência das drogas apreendidas em Portugal em 2015, destacaram-se no âmbito do tráfico internacional com as maiores quantidades apreendidas, a Espanha e a Holanda a nível da heroína, as Antilhas e o Brasil no caso da cocaína, Marrocos no caso do haxixe, Espanha a nível da liamba e Holanda e França no caso do ecstasy. Portugal continua a funcionar como país de trânsito de importantes quantidades de haxixe e de cocaína provenientes de Marrocos e da América do Sul com destino à Europa.

No âmbito dos mercados de tráfico e de tráfico-consumo, os **preços** médios das drogas confiscadas em 2015 não apresentaram alterações relevantes face a 2014, com exceção da descida do preço médio do ecstasy. Nos últimos três anos verificou-se uma tendência de subida dos preços médios da liamba, heroína e cocaína, e uma tendência de ligeira descida do preço médio do haxixe. Em 2015 aumentou a **potência/pureza** média das “amostras de rua” da cannabis herbácea, da heroína castanha (a mais comum em Portugal) e do ecstasy, e desceu a do haxixe e da cocaína em pó. No entanto, verificou-se nos quatro anos anteriores uma tendência de subida da potência/pureza média de todas as substâncias. Nos últimos cinco anos, é de notar em particular as subidas contínuas da potência/pureza média do ecstasy, do haxixe e da cannabis herbácea. É também de realçar a subida da pureza da heroína nos últimos 2 anos, após a estabilidade entre 2011 e 2013. Neste quinquénio, a tendência de estabilidade dos preços das drogas, conjugada com a tendência de subida da potência/pureza das drogas, poderá indiciar uma maior oferta de drogas.

A aplicação da legislação nacional em matéria de drogas ilícitas pelas entidades com atribuições em matéria do controlo, fiscalização, prevenção e investigação criminal do tráfico ilícito de estupefacientes, resultou em 2015 na identificação de 6 596 **presumíveis infratores** - 36% como traficantes e 64% como traficantes-consumidores -, 5 593 (85%) dos quais foram detidos. O número de presumíveis infratores aumentou em relação ao ano anterior (+16%), representando o valor mais elevado desde 2002. Nos últimos cinco anos constatam-se tendências similares entre estas infrações relacionadas com a oferta de drogas e as relacionadas com a posse para consumo (contraordenações) - acréscimo da importância da cannabis e interrupção em 2015 das tendências de descida da heroína e da cocaína. Também se verifica em ambos os tipos de infrações a tendência de ligeiro aumento do ecstasy (apesar dos valores ainda residuais), assim

como, a maior importância relativa da cocaína face à heroína no último quinquénio, por comparação com o anterior.

No âmbito das **decisões judiciais** ao abrigo da Lei da Droga, em 2015 registaram-se 1 367 processos-crime findos, envolvendo 1 949 indivíduos, 1 694 (87%) dos quais foram condenados. Destes, cerca de 76% foram condenados por tráfico, 24% por consumo e menos de 1% por tráfico-consumo. É de notar o aumento da proporção de indivíduos condenados por consumo sobretudo desde 2009, relacionado com a fixação de jurisprudência sobre as situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias. Tal como ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, uma vez mais predominou nestas condenações ao abrigo da Lei da Droga a aplicação da pena de prisão suspensa (47%) em vez de prisão efetiva (26%), 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 as tendências dos últimos anos.

A 31/12/2015 estavam em situação de **reclusão** 2 294 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, número ligeiramente superior (+3%) ao registado a 31/12/2014. Após a descida contínua do número destes reclusos entre 2002 e 2008, verifica-se uma tendência para um ligeiro acréscimo, apesar dos valores se manterem aquém dos registados até 2007. Estes reclusos representavam a 31/12/2015 cerca de 19% do universo da população reclusa condenada, proporção que se enquadra no padrão registado nos últimos anos. A maioria (81%) estava condenada por tráfico, 18% por tráfico de menor gravidade, 0,3% por tráfico-consumo e 1% por outros crimes ao abrigo da Lei da Droga.

Para além da criminalidade diretamente relacionada com a Lei da Droga, há a considerar todo um leque de **criminalidade indiretamente relacionada com o consumo de drogas**, designadamente a praticada para obter dinheiro para a aquisição das drogas e a cometida sob o efeito destas. De acordo com os resultados do *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, 2014*, cerca de 22% dos reclusos declararam como motivo do/s crime/s que levaram à atual reclusão, a obtenção de dinheiro para o consumo de drogas (24% em 2007 e 23% em 2001), e 42% declararam estar sob o efeito de drogas quando cometeram o/os crime/s que motivaram a atual reclusão. Em relação aos crimes cometidos sob o efeito de drogas, destacaram-se o furto, o roubo, o tráfico e o tráfico para consumo, seguidos das ofensas à integridade física e dos crimes de condução sem habilitação legal. No âmbito do *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*, um quarto destes jovens apontaram como motivo dos crimes que levaram à medida de internamento atual, a obtenção de dinheiro para o consumo de drogas/álcool e 19% atribuíram a realização dos crimes ao facto de estarem sob o efeito destas substâncias. No seu conjunto, estas motivações foram mencionadas por 33% dos jovens. Por outro lado e numa perspetiva mais abrangente - prática de crimes que levaram alguma vez à presença em Centro Educativo -, 60% destes jovens disseram ter estado sob o efeito de drogas pelo menos nalgumas situações em que os cometeram.

1. Alguns Resultados de Estudos⁷⁸

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.

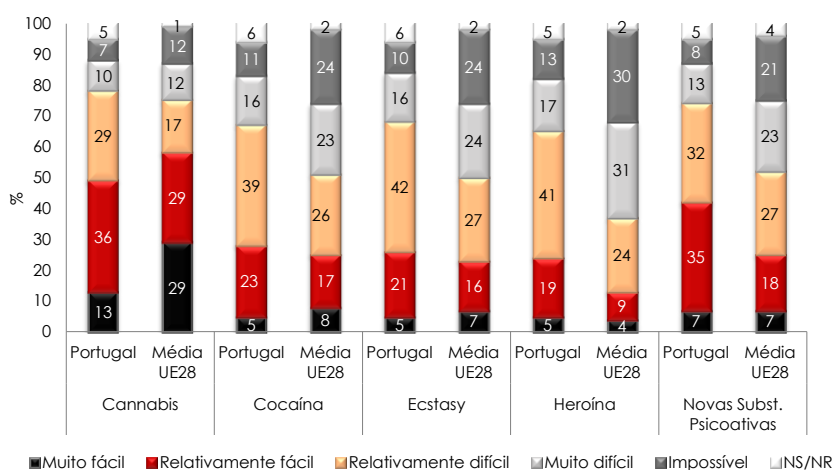
Tal vem reforçar que estas perceções, enquanto indicadores das tendências dos mercados, refletem não só o lado da oferta como também o da procura, o que importa considerar, nomeadamente quando se fazem comparações entre países.

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*⁷⁹, 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 61 - População Jovem – Eurobarómetro (15-24 anos)

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



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

⁷⁸ Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 117-119, disponível em <http://www.sicad.pt>

⁷⁹ DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

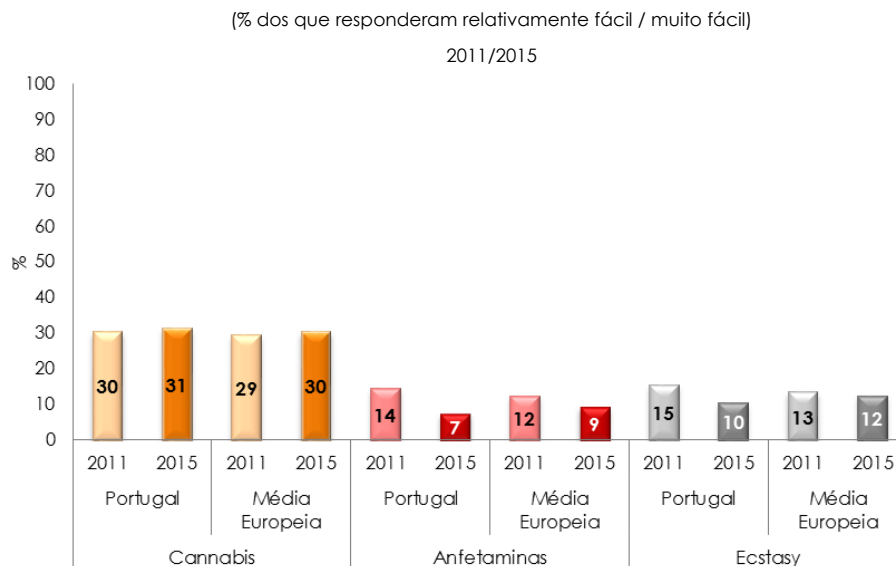
Comparando com as médias europeias (*relativamente fácil ou muito fácil*), constata-se que os jovens portugueses tinham uma perceção de menor facilidade de acesso à cannabis (média UE de 58%), mas de maior facilidade de acesso à heroína e às novas substâncias psicoativas (médias UE de 13% e 25%).

A evolução destas perceções entre 2011 e 2014 evidencia que, com exceção da cannabis, aumentou a facilidade percebida de acesso a todas as substâncias⁸⁰ (*relativamente fácil ou muito fácil*) entre os jovens portugueses, mantendo-se mais estáveis as perceções do conjunto dos jovens europeus.

Segundo os resultados do ESPAD 2015⁸¹, também a cannabis continuava a ser considerada pelos alunos de 16 anos como a droga de maior acessibilidade, mantendo-se muito idêntica essa perceção ao longo dos anos (31% em 2015, 30% em 2011 e 29% em 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* obter cannabis).

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

Figura 62 - População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos)
Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado)
Portugal e Média Europeia



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

As médias europeias (*relativamente fácil ou muito fácil obter*) em 2015, 2011, 2007 e 2003, foram respetivamente de 30%, 29%, 33% e 35% para a cannabis, de 12%, 13%, 18% e 17% para o

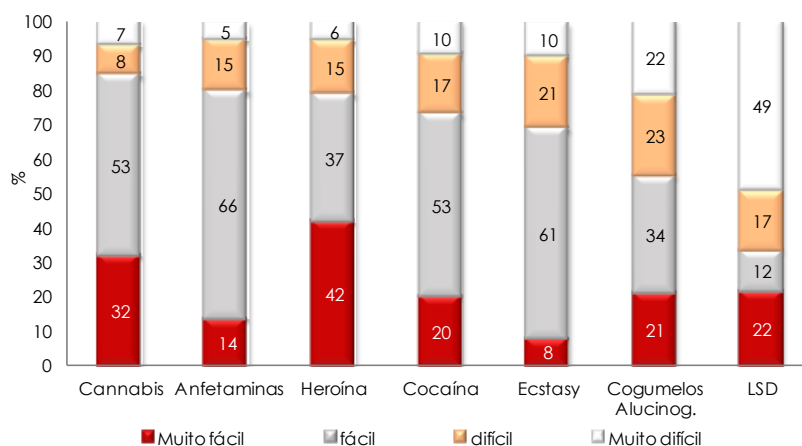
⁸⁰ No estudo de 2011 - *Youth attitudes on drugs* (The Gallup Organization, 2011) - não existem dados para as novas substâncias psicoativas.

⁸¹ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

ecstasy, e de 9%, 12%, 15% e 13% para as anfetaminas, sendo importante referir que há variabilidade dos países incluídos nos diferentes anos. Comparativamente às médias europeias de 2015, constata-se que os alunos portugueses de 16 anos tinham uma perceção de facilidade de acesso (*relativamente fácil ou muito fácil*) semelhante quanto à cannabis e cocaína, e ligeiramente inferior em relação ao ecstasy e às anfetaminas.

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*⁸², realizado na população residente em Portugal (15-64 anos)⁸³, 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 63 - População Geral, Portugal – Total – INPG (15-64 anos)
Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado)
(% dos Consumidores ao Longo da Vida de cada Droga)
2012



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

Com efeito, em 2012, e considerando os consumidores ao longo da vida de cada uma das substâncias consideradas, verificou-se uma vez mais que a cannabis era 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). Seguiram-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.

⁸² Balsa et al., 2014.

⁸³ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

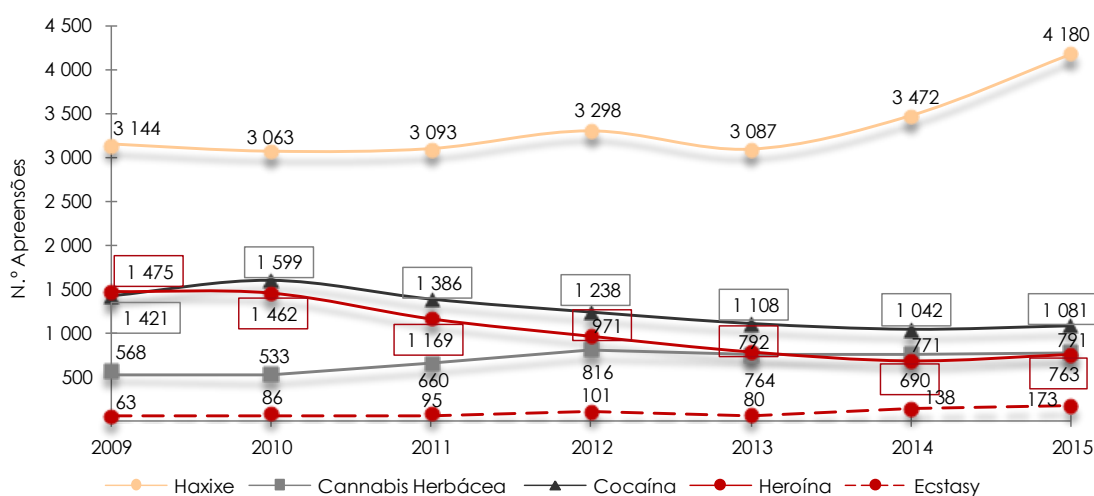
2. Apreensões Policiais⁸⁴

2.1 Apreensões / Quantidades / Rotas / Preços

Portugal é um país de destino final de vários tipos de drogas ilícitas para abastecimento dos circuitos ilícitos internos visando a satisfação das necessidades de consumo, assim como também é um país de trânsito de importantes quantidades de haxixe e de cocaína, provenientes de Marrocos e da América Latina, respetivamente, que têm como destino final outros países europeus. Tal resulta da posição geográfica do país e das relações com alguns países da América Latina, como é o caso do Brasil.

Tal como ocorrido desde 2002, em 2015 o haxixe⁸⁵ foi a substância com o maior número de apreensões (4 180). Reforçando a tendência iniciada em 2005, seguiu-se-lhe a cocaína (1 081) e, pelo segundo ano consecutivo o número de apreensões de cannabis herbácea (791) foi superior ao de heroína (763). Uma vez mais as apreensões de ecstasy registaram números bastante inferiores (173).

Figura 64 - Número de Apreensões, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2009 - 2015



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

Em relação a 2014, registaram-se aumentos no número de apreensões das várias drogas consideradas, sendo de destacar os do ecstasy (+25%), do haxixe (+20%) e da heroína (+11%), face aos verificados a nível da cocaína (+4%) e da cannabis herbácea (+3%). Em relação ao haxixe e à cannabis herbácea, registaram-se nos últimos sete anos os valores mais elevados desde 2002, mantendo-se a tendência de aumento do número de apreensões. Contrariamente

⁸⁴Ver o volume Anexo do Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p.121-148 disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados é um módulo do Sistema Integrado de Informação Criminal (SIIC) enviado anualmente ao SICAD pela PJ (março/abril do ano seguinte a que respeitam os dados), e que integra os dados recolhidos através dos Formulários TCD e recebidos na SCIC da UNCTE. A informação relativa a 2015 é a que constava naquele módulo a 21/04/2016. 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.

⁸⁵ Neste capítulo os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

aos aumentos nos números de apreensões de heroína e de cocaína verificados em 2015, estes tinham vindo a diminuir continuamente desde 2011 (registando-se nos últimos quatro anos os valores mais baixos desde 2002 no caso da heroína e desde 2005 no caso da cocaína). Quanto ao número de apreensões de *ecstasy*, após os decréscimos verificados entre 2006 e 2009, verifica-se desde então uma tendência para um aumento destas apreensões.

Para além destas apreensões, em 2015 foram confiscadas várias outras substâncias⁸⁶, sendo de destacar pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores, algumas substâncias estimulantes – o 2C-B (7 g no distrito de Lisboa), o cristal metal (1 g na Ilha Terceira / Açores) e a fenmetrazina (1 g no distrito de Lisboa) –, bem como o GHB (13 frascos no distrito de Lisboa).

Quanto às quantidades apreendidas em 2015, verificaram-se aumentos significativos em relação a 2014 a nível de todas as substâncias consideradas, com exceção do haxixe, cujas quantidades apreendidas representaram o valor mais baixo da última década. Esta descida esteve relacionada com a redução do uso de Portugal como uma plataforma de introdução e trânsito no espaço europeu de importantes fluxos de haxixe com origem no norte de África, a favor da introdução através do Mar Mediterrâneo. Por outro lado, o significativo aumento da quantidade de cocaína apreendida esteve relacionado com a utilização de embarcações no transporte de cocaína (oito situações, corresponderam a 90% do total da cocaína apreendida).

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 sete anos: entre 2009 e 2015 foram apreendidas 46 628 plantas de cannabis, das quais, 19 081 entre 2013 e 2015, e 6 102 em 2015, bem como folhas (45,43 Kg em 2015) e sementes (696 g e 5 767 sementes confiscadas em 2015)⁸⁷. É de evidenciar, enquanto indicador da produção a nível interno, as apreensões de plantas de cannabis, que registaram um aumento a partir dos últimos anos da década anterior: entre 2009 e 2015 foram efetuadas 2 172 apreensões, 954 das quais entre 2013 e 2015, e 298 em 2015.

Quadro 17 - Droga Apreendida, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2009-2015

Tipo de Droga ^{a)}	Ano						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Grama							
Haxixe ^{b)}	22 965 577	34 773 666	14 632 884	18 314 067	8 688 998	32 877 460	2 411 978
Liamba	5 044 569	40 079	107 873	49 390	95 712	108 372	223 726
Cocaína	2 697 083	3 244 350	3 678 217	4 019 866	2 439 719	3 715 151	6 028 656
Heroína	128 073	46 947	72 908	65 541	55 457	38 691	97 273
Comprimido							
Ecstasy ^{c)}	8 987	48 370	7 791	73 887	14 554	7 169	50 934

a) As quantidades apreendidas de outras drogas e de outras unidades/formas de apresentação destas drogas constam no Quadro 113 do Anexo deste Relatório.

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

c) As quantidades apreendidas de *ecstasy* moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria n.º 94/96 de 26 de março. Em 2015, foram apreendidos 1 555 g de *ecstasy* moído e 35 484 comprimidos.

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

⁸⁶ Ver informação constante na nota a) do Quadro 113 do Anexo deste Relatório.

⁸⁷ Ver informação mais detalhada no capítulo *Tendências por Drogas – Cannabis* e informação constante na nota a) do Quadro 113 do Anexo deste Relatório.

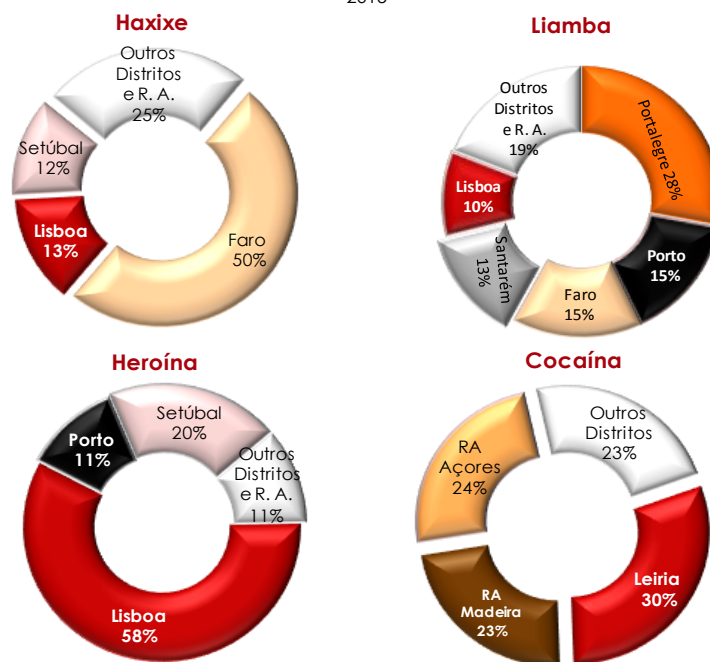
Em 2015, as apreensões envolvendo quantidades significativas⁸⁸ representaram 2% do número total de apreensões de haxixe, 4% das de liamba, 7% das de heroína, 10% das de ecstasy e 22% das apreensões de cocaína. No entanto, em quantidades apreendidas, estas apreensões representaram 85% da liamba apreendida, 91% do ecstasy confiscado, 94% do haxixe apreendido, 95% da heroína confiscada, e a quase totalidade da cocaína apreendida (99,9%).

Quanto às **rotas** das drogas apreendidas em Portugal, não se registaram alterações significativas: a heroína e o ecstasy continuam a vir sobretudo de outros países europeus, o haxixe maioritariamente de Marrocos e a cocaína da América do Sul. Em 2015, destacaram-se como os principais países de proveniência das drogas apreendidas, em termos de quantidades, a Espanha e a Holanda a nível da heroína, as Antilhas e o Brasil no caso da cocaína, Marrocos no caso do haxixe, Espanha a nível da liamba e Holanda e França no caso do ecstasy.

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 uma vez mais Santarém registou um maior número de apreensões do que o Porto. No entanto, em termos de quantidades confiscadas, é o distrito de Lisboa que se destaca a nível da heroína, Faro no caso do haxixe, Portalegre a nível da liamba e Leiria no caso da cocaína.

Figura 65 - 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)
2015



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 2015, o transporte terrestre para a heroína e a liamba, o marítimo para a cocaína, o aéreo para o ecstasy, e o transporte marítimo e o terrestre para o haxixe.

⁸⁸ Consideradas no caso da heroína e da cocaína as quantidades iguais ou superiores a 100 g e no caso da cannabis as iguais ou superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. No caso do ecstasy são consideradas as iguais ou superiores a 250 comprimidos. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas, ou, no caso do ecstasy, em comprimidos (as quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria n.º 94/96 de 26 de março).

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 tráfico-consumo de algumas drogas, o que dificulta 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 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 2015 não apresentaram alterações relevantes face a 2014, com exceção da descida do preço médio do *ecstasy* (4,43€/comprimido em 2014 e 2,58€/comprimido em 2015).

No último quinquénio, apesar dos valores de 2015 serem inferiores aos de 2011, verifica-se nos últimos três anos uma tendência de subida dos preços da liamba, heroína e cocaína, mantendo-se a tendência de ligeira descida do preço do haxixe.

Quadro 18 - Preço* Médio das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2009-2015

Tipo de Droga	Ano						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gramas							
Haxixe	2,99 €	3,59 €	3,12 €	3,03 €	2,90 €	2,55 €	2,50 €
Liamba	6,22 €	— ^{a)}	— ^{a)}	— ^{a)}	5,47 €	6,23 €	7,41 €
Cocaína	47,44 €	46,00 €	50,07 €	48,01 €	47,00 €	47,81 €	48,63 €
Heroína	36,62 €	35,32 €	35,74 €	28,04 €	25,64 €	31,47 €	31,61 €
Comprimido							
Ecstasy	— ^{a)}	3,68 €	— ^{a)}	— ^{a)}	— ^{a)}	4,43 €	2,58 €

* Os preços relativos aos anos posteriores a 2001 referem-se apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Em 2014, para efeitos de cálculo do preço médio da cocaína, foram retirados dois registos considerados como "informação não válida".

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 realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua" das drogas apreendidas⁹¹, em 2015 aumentou a potência/pureza média da cannabis herbácea, da

⁸⁹ Com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, deixou de ser recolhida informação relativa ao preço da droga paga pelos consumidores interpelados pelas autoridades.

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. Em 2015, 53% das apreensões de haxixe, 35% das de *ecstasy*, 24% das de heroína, 23% das de liamba e 21% das apreensões de cocaína tinham informação sobre o preço.

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. Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

heroína castanha (a mais comum em Portugal) e do ecstasy, e desceu a do haxixe e da cocaína em pó (sal hidrocloreto, HCl). No entanto, verificou-se nos quatro anos anteriores uma tendência de subida da potência/pureza média de todas as substâncias. Nos últimos cinco anos, é de notar em particular as subidas contínuas da potência/pureza média do ecstasy, do haxixe e da cannabis herbácea. É também de realçar a subida da pureza da heroína nos últimos 2 anos, após a estabilidade entre 2011 e 2013.

Quadro 19 - Potência /Pureza das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2009-2015

Ano \ Tipo de Droga	2009-2015						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Potência / Pureza							
Cannabis Resina (% THC)							
Média	7,2	9,1	9,3	11,7	13,9	18,0	14,0
Mediana	6,4	7,8	7,7	10,0	11,2	15,9	-
Cannabis (folhas/sumidades) (% THC)							
Média	3,8	5,2	5,2	5,4	6,6	7,8	8,3
Mediana	2,8	3,9	3,5	3,7	5,0	6,1	-
Cloridrato de Cocaína (%)							
Média	38,7	38,9	33,7	32,8	37,3	40,1	34,6
Mediana	38,7	37,9	32,0	30,5	33,8	37,4	-
Heroína (%)							
Média	32,4	27,4	12,8	11,5	12,6	14,0	19,5
Mediana	32,5	27,4	11,4	10,5	11,4	13,1	-
Ecstasy (mg de MDMA/compr.)							
Média	22,2	39,4	59,8	72,4	77,0	80,0	88,1
Mediana	10,3	52,6	58,2	68,4	83,0	74,9	-

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

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

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

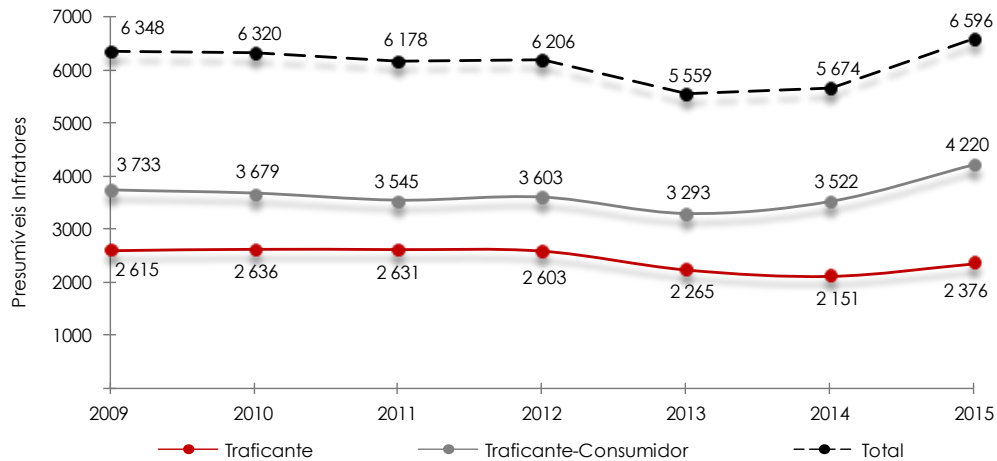
No último quinquénio, a tendência de estabilidade dos preços das drogas, conjugada com a tendência de subida da potência/pureza das drogas, poderá indiciar uma maior oferta de drogas. No caso particular da cannabis, a evolução dos preços e da potência (% THC) do haxixe (tendência de descida dos preços e aumento da potência) e da cannabis herbácea (tendência de subida dos preços e da potência), poderá estar relacionada com a competitividade do crescente mercado da cannabis herbácea.

2.2 Presumíveis Infratores⁹²

Em 2015, as intervenções policiais nesta matéria resultaram na identificação de 6 596 presumíveis infratores - 36% como traficantes e 64% como traficantes-consumidores -, 5 593 (85%) dos quais foram detidos.

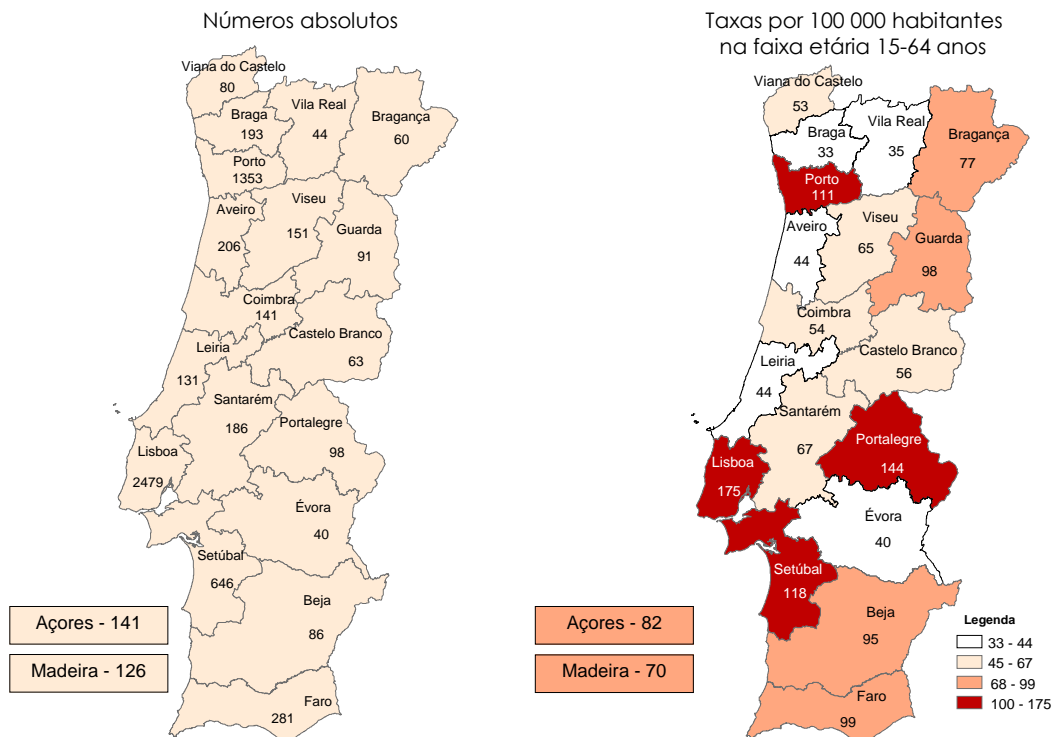
O número de presumíveis infratores aumentou em relação ao ano anterior (+16%), representando o valor mais elevado desde 2002.

Figura 66 - Presumíveis Infratores, segundo o Ano, por Situação Face à Droga
2009-2015



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

Figura 67 - Total de Presumíveis Infratores, por Zona Geográfica de Ocorrência da Infração
2015



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

⁹² Os dados sobre os presumíveis infratores referem-se a intervenientes detidos e não detidos. Um indivíduo pode ser contabilizado mais do que uma vez desde que envolvido em mais do que uma ocorrência no ano.

Uma vez mais os distritos de Lisboa e Porto apresentaram as percentagens mais altas destes presumíveis infratores (38% e 21%), seguindo-se-lhes Setúbal (10%) e Faro (4%). As maiores taxas por habitantes dos 15-64 anos registaram-se nos distritos de Lisboa, Portalegre, Setúbal e Porto.

Em 2015, 79% dos presumíveis infratores detinham apenas uma droga: 64% cannabis, 9% cocaína, 5% heroína e menos de 1% outras drogas. Nas situações envolvendo mais do que uma droga (22%), a associação só de heroína com cocaína continua a ser predominante, seguindo-se-lhe a associação só de cocaína com cannabis e a de heroína com cocaína e cannabis.

Comparativamente a 2014 registou-se um acréscimo de presumíveis infratores a nível de todas as drogas analisadas, com destaque para as polidrogas (+19%), a cannabis (+19%) e a heroína (+11%). As tendências de descida no último quinquénio a nível do número de presumíveis infratores na posse de heroína e de cocaína foram interrompidas em 2015. Os valores registados nos sete últimos anos a nível da cannabis foram os mais elevados desde 2002, reforçando assim a tendência de aumento verificada desde a década anterior.

É de notar que por comparação a 2009 e 2012, marcos do anterior ciclo estratégico, apenas se verificam aumentos nos números de presumíveis infratores que estavam na posse só de cannabis ou que detinham apenas uma outra droga que não heroína, cocaína e cannabis.

Quadro 20 - Presumíveis Infratores, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga
2015 e variações relativas a 2014 / 2012 / 2009

Sit. Face à Droga/ Tipo de Droga	2015	%	Δ 14-15	Δ 12-15	Δ 09-15
Total	6 596	100,0	16,2	6,3	3,9
Cannabis	4 123	63,5	18,6	18,3	30,1
Cocaína	578	8,9	3,0	-14,1	-8,1
Heroína	341	5,2	10,7	-20,1	-53,4
Outro	60	0,9	9,1	17,6	81,8
Polidrogas	1 395	21,5	19,1	-1,2	-12,3
Desconhecido	99				
Traficante	2 376	100,0	10,5	-8,7	-9,1
Cannabis	838	36,2	9,7	-3,9	17,7
Cocaína	470	20,3	4,0	-17,0	-4,7
Heroína	192	8,3	17,1	-10,3	-42,9
Outro	9	0,4	-35,7	-30,8	80,0
Polidrogas	806	34,8	18,0	-5,6	-16,1
Desconhecido	61				
Traficante-Consumidor	4 220	100,0	19,8	17,1	13,0
Cannabis	3 285	78,5	21,2	25,7	33,8
Cocaína	108	2,6	-0,9	0,9	-20,6
Heroína	149	3,6	3,5	-30,0	-62,4
Outro	51	1,2	24,4	34,2	82,1
Polidrogas	589	14,1	20,9	5,6	-6,4
Desconhecido	38				

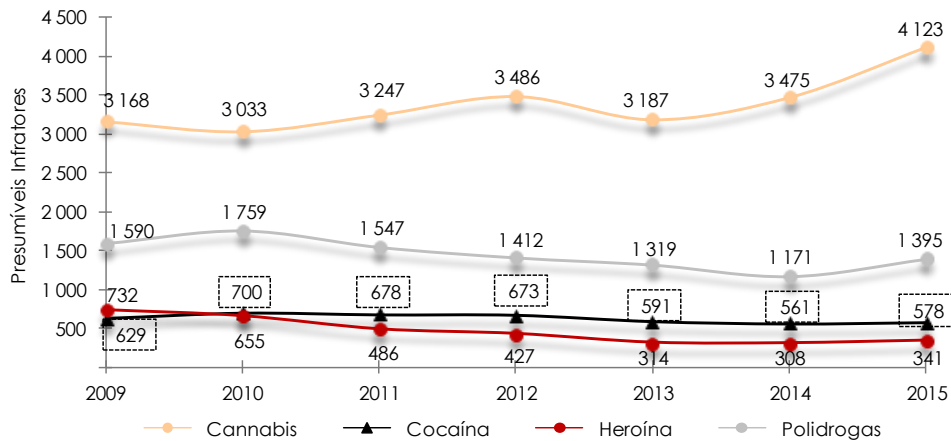
Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências:
DMI - DEI

No último quinquénio verificam-se tendências similares entre estas infrações relacionadas com a oferta de drogas e as relacionadas com a posse para consumo (contraordenações) - acréscimo da importância da cannabis e interrupção em 2015 das tendências de descida da heroína e da cocaína -, que por sua vez acompanham as tendências a nível das apreensões. É

de referir ainda, em ambos os tipos de infrações, a tendência de ligeiro aumento do ecstasy nos últimos cinco anos (apesar dos valores ainda residuais), assim como, a maior importância relativa da cocaína face à heroína no último quinquénio, por comparação com o anterior.

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

Figura 68 - Presumíveis infratores, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2009 - 2015

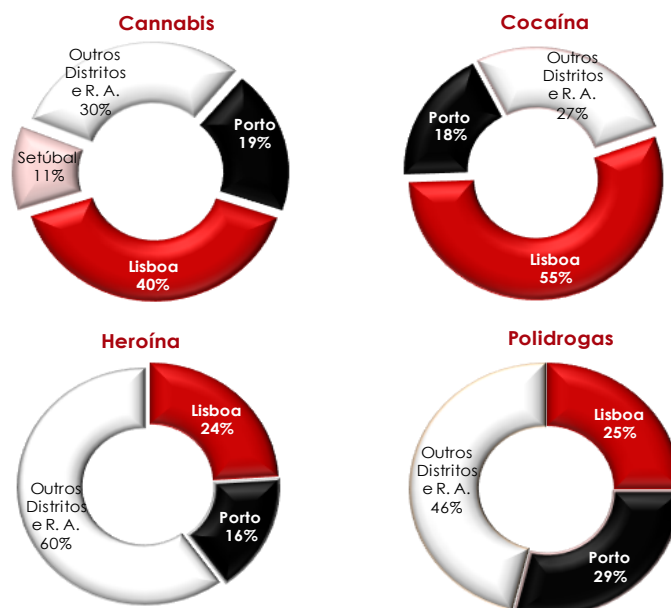


Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

A distribuição distrital dos presumíveis infratores segundo o tipo de droga envolvida, evidencia uma maior concentração de presumíveis infratores nos distritos de Lisboa e Porto para qualquer das drogas consideradas, destacando-se uma vez mais a elevada concentração de presumíveis infratores só na posse de cocaína no distrito de Lisboa⁹³.

Figura 69 - Distribuição dos Presumíveis Infratores, segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%)

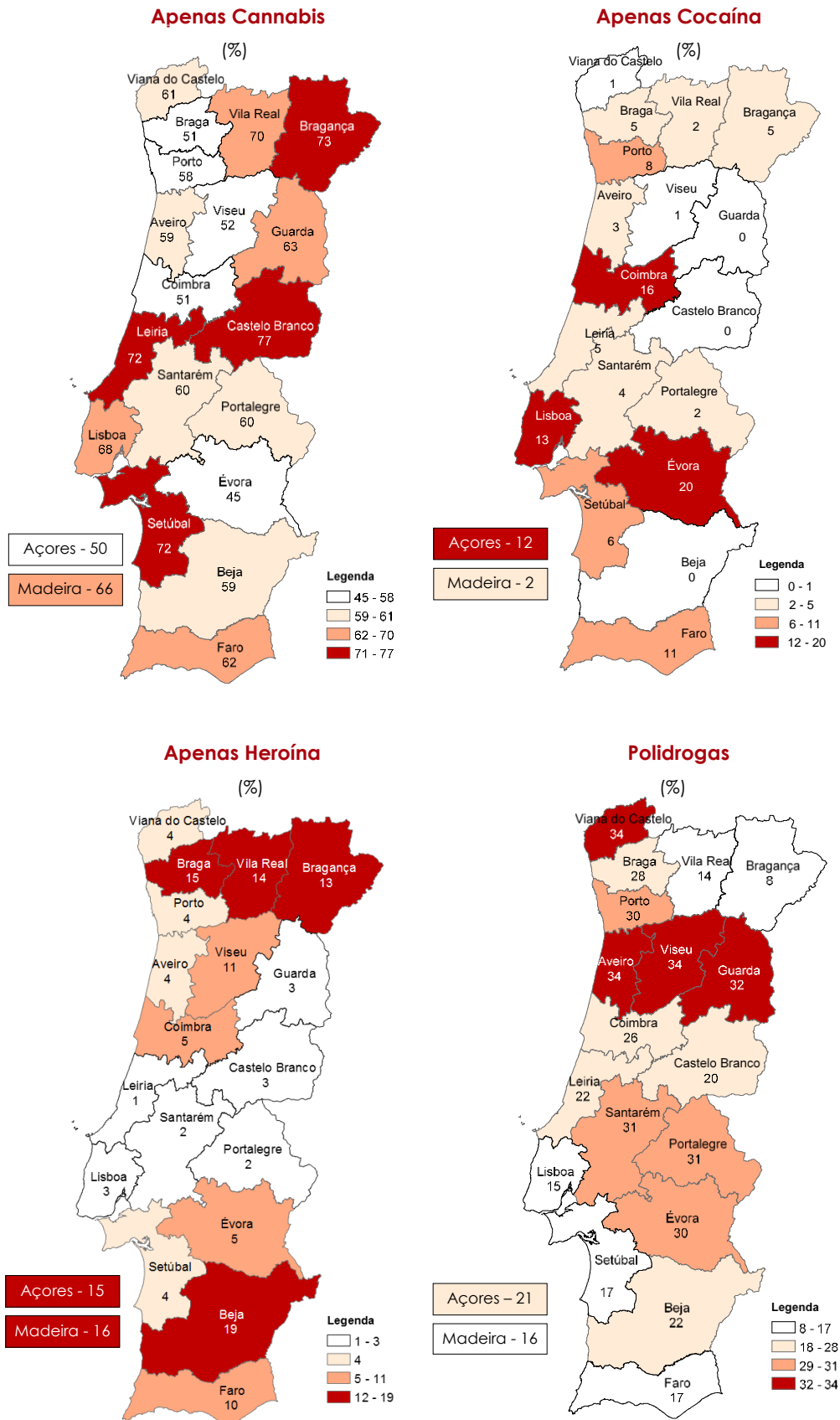
(distritos ou R. A. com 10% ou mais do total de presumíveis infratores na posse de cada tipo de droga)
2015



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

⁹³ Relacionado com o importante número de apreensões de cocaína no âmbito do tráfico internacional.

Figura 70 - Percentagens Intradistritais de Presumíveis Infratores, por Tipo de Droga
2015



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

As percentagens intradistritais por tipo de droga na posse dos presumíveis infratores, uma vez mais apresentam algumas heterogeneidades: as dos que estavam na posse só de cannabis variaram entre os 45% - 77% (Évora - Castelo Branco), na posse apenas de cocaína entre os 0% - 20% (vários - Évora), na posse só de heroína entre os 1% - 19% (Leiria - Beja), e as percentagens de presumíveis infratores com várias drogas variaram entre os 8% - 34% (Bragança - vários).

Tal como nos anos anteriores, em 2015, estes presumíveis infratores eram predominantemente do sexo masculino (90%) e com idades entre os 16-24 anos (39%) e 25-34 anos (31%), sendo a idade média de 30 anos e a mediana de 27 anos.

Entre os estrangeiros (15%) predominavam os africanos (8%), com particular relevo para os cabo-verdianos.

Eram na sua maioria solteiros (86%) e cerca de 71% tinham a frequência do 3.º Ciclo ou habilitações superiores. Mais de metade (53%) encontravam-se desempregados à data da interpelação policial, vindo a aumentar nos últimos anos a proporção de estudantes.

Quadro 21 - Socio demografia dos Presumíveis Infratores

2015

Situação Face à Droga		Total	Traficante	Traficante-Consumidor
Sexo	Masculino	90,1%	84,5%	93,2%
Grupo Etário	16-24 anos	38,5%	25,5%	45,9%
	25-34 anos	31,4%	34,0%	29,8%
	Idade: Média / Mediana	30 / 27	34 / 31	29 / 25
Nacionalidade	Portuguesa	85,2%	76,7%	89,9%
Estado Civil	Solteiro	86,0%	79,2%	89,8%
	Casado / União de Facto	9,0%	13,9%	6,3%
Nível Ensino	3.º Ciclo	41,0%	38,2%	42,1%
	> 3.º Ciclo	30,1%	22,4%	33,2%
Situação Profissional	Desempregado	52,6%	65,0%	45,9%
	Empregado	31,0%	26,5%	33,4%
	Estudante	14,8%	6,5%	19,3%

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

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

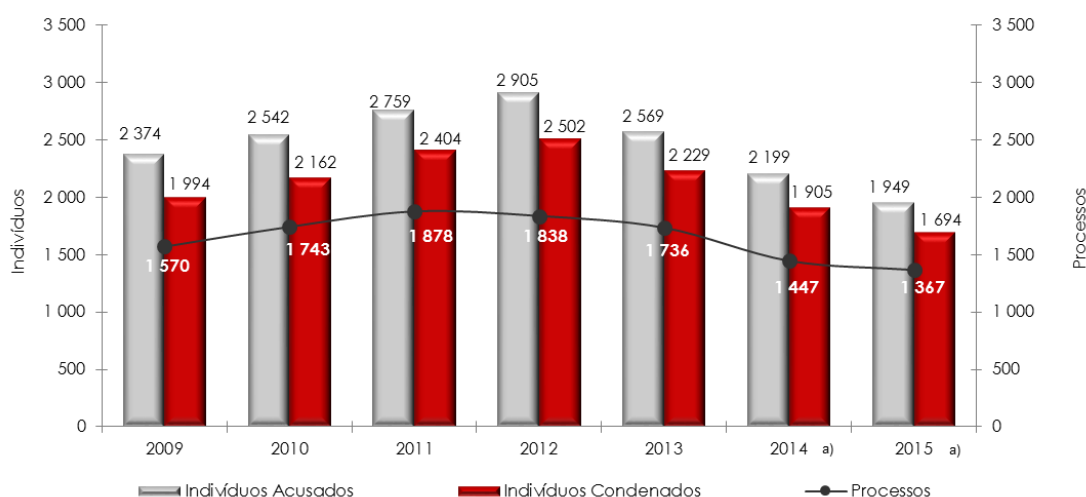
Uma vez mais os presumíveis traficantes-consumidores, comparativamente aos presumíveis traficantes, apresentavam maior proporção de indivíduos do sexo masculino e de nacionalidade portuguesa, assim como uma estrutura etária mais jovem, maior peso de indivíduos solteiros, com habilitações académicas mais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

3. Decisões Judiciais⁹⁴

No contexto das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga⁹⁵, em 2015 registaram-se 1 367 processos-crime findos envolvendo 1 949 indivíduos⁹⁶, na sua maioria (86%) acusados por tráfico. Cerca de 87% dos indivíduos envolvidos nestes processos foram condenados e 13% absolvidos.

Apesar das oscilações anuais do número de processos, de indivíduos acusados e de condenados, constatou-se uma tendência de decréscimo na primeira metade da década anterior e, uma ligeira subida na segunda metade, que se prolonga até 2012. Nos últimos três anos constata-se uma tendência de descida, salvaguardada a atualização dos dados de 2015 no próximo ano.

Figura 71 - Processos, Indivíduos Acusados e Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano 2009 - 2015



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada na SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada na SICAD até 31/03/2017.

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

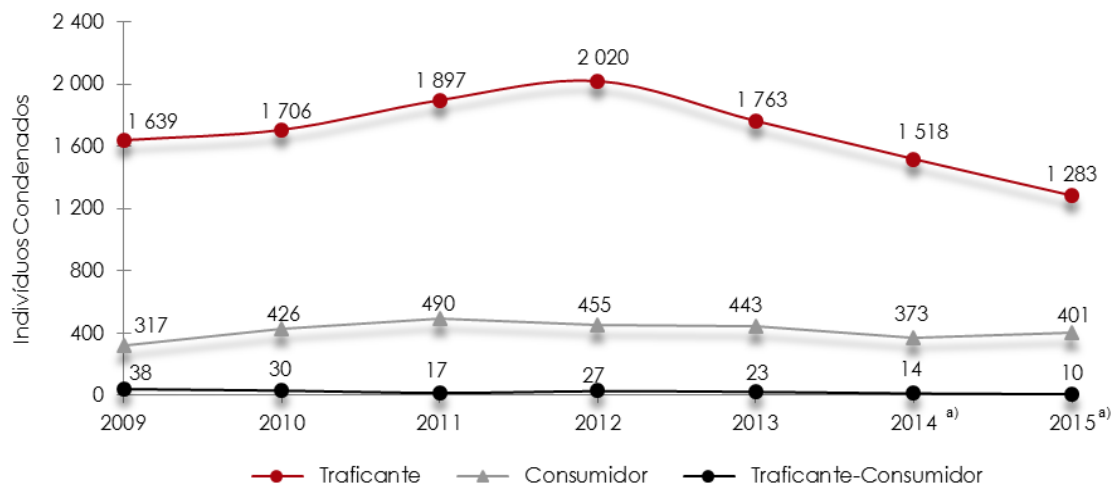
⁹⁴ Ver o Anexo ao Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, pág. 149-179, disponível em <http://www.sicad.pt>. A fonte dos dados apresentados neste capítulo é o repositório de dados existente no SICAD, com informação retirada das decisões judiciais enviadas pelos Tribunais ao abrigo do art.º 64 n.º 2 do Decreto-Lei 15/93.

⁹⁵ 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".

⁹⁶ Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2017.

Dos 1 694 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga em 2015, 76% foram-no por tráfico, 24% por consumo e menos de 1% por tráfico-consumo, estando o maior número de indivíduos condenados por consumo a partir de 2009, relacionado com a fixação de jurisprudência sobre as situações para consumo próprio em quantidade superior à necessária para o consumo médio individual durante 10 dias (Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008, de 5 de agosto). Em cerca de 98% das condenações por consumo em 2015⁹⁷ foi feita a referência expressa a este Acórdão.

Figura 72 - Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Situação Face à Droga
2009 - 2015



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2017.

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

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

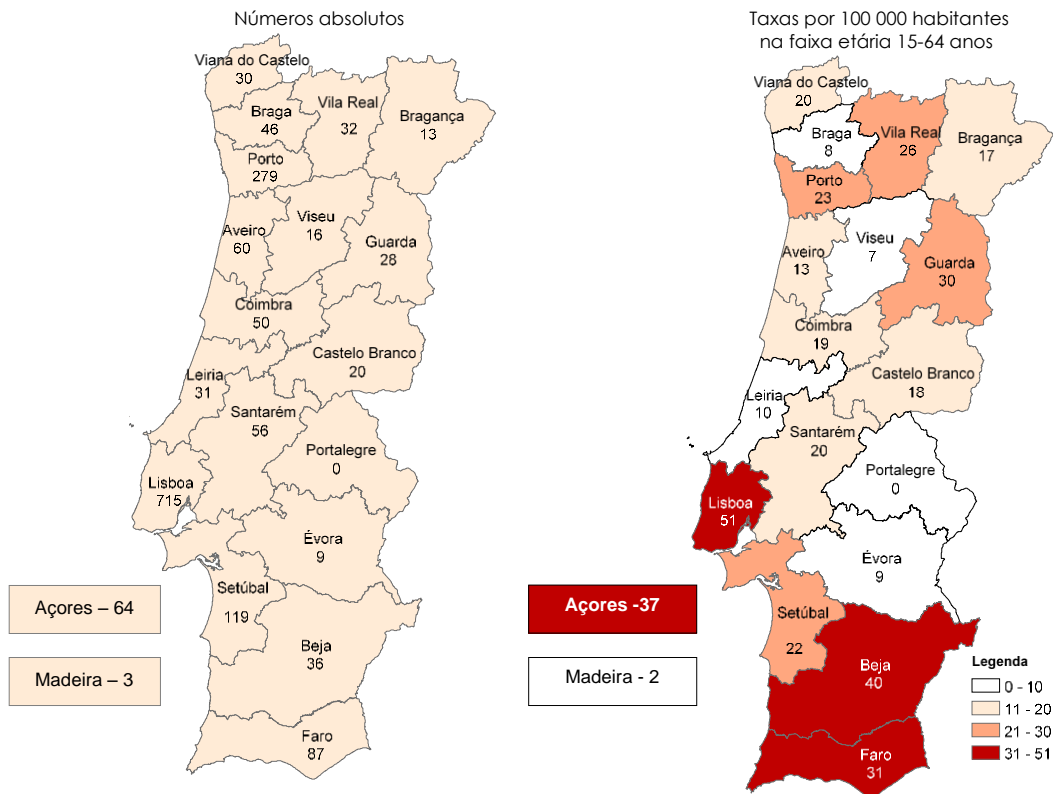
Dos 1 283 indivíduos condenados por tráfico, 1 280 tinham sido inicialmente acusados por esse crime e 3 por consumo. Dos 401 indivíduos condenados por consumo, 242 (60%) vinham acusados por este crime, 158 (39%) por tráfico e 1 por tráfico-consumo. Os 10 indivíduos condenados por tráfico-consumo vinham acusados por tráfico.

Uma vez mais Lisboa e Porto, foram os distritos que registaram as percentagens mais elevadas destas condenações (respetivamente 42% e 16%), seguindo-se-lhes Setúbal (7%), Faro (5%) e a Região Autónoma dos Açores (4%).

As maiores taxas por habitantes de 15-64 anos registaram-se no distrito de Lisboa, Beja, Região Autónoma dos Açores e Faro.

⁹⁷ Cerca de 90% e de 91%, respetivamente em 2014 e 2013. Em 2014 foi reajustada a análise desta informação em relação a 2014 e 2013, não sendo portanto comparável com as proporções apresentadas nos Relatórios Anuais dos anos anteriores.

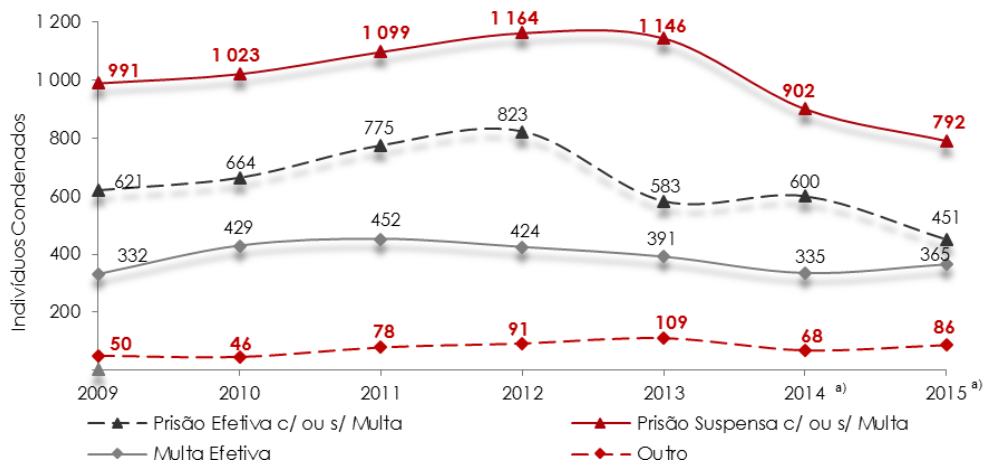
Figura 73 - Total de Indivíduos Condenados, por
Zona Geográfica de Ocorrência da Condenação
2015



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

No que respeita às penas⁹⁸ aplicadas nestas condenações, tal como ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, predominou a aplicação da prisão suspensa (47%) em vez da prisão efetiva (26%), o que reflete as penas aplicadas aos condenados por tráfico.

Figura 74 - Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Pena
2009 - 2015



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2017.

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

⁹⁸ As penas dizem respeito à pena final da condenação, que pode incluir mais do que um crime.

É de referir, sobretudo desde 2009 e por comparação com os anos anteriores, o aumento de condenados só com pena de multa efetiva, predominantemente aplicada a condenados por consumo (em 83% destes, a pena aplicada foi apenas multa efetiva)⁹⁹.

No âmbito da aplicação das disposições da Lei da Droga, tal como nos anos anteriores, os artigos mais utilizados foram os relativos a “Perda de Objetos ou Direitos Relacionados com o Facto”, a “Tráfico de Menor Gravidade” e a “Tráfico”. Tal como vem sucedendo desde 2009, também foram muito utilizados em 2015 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 87% das condenações foram consideradas circunstâncias agravantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico e por tráfico-consumo do que nas por consumo), com particular relevo para os “Antecedentes criminais” – destaque para os crimes contra o património, em particular o furto e o roubo, e para os crimes relativos a estupefacientes - e para o “Dolo elevado”.

Por outro lado, em 83% das condenações foram consideradas circunstâncias atenuantes na determinação da medida da pena (em maior proporção nas condenações por tráfico e por tráfico-consumo do que nas por consumo), destacando-se “Inserção social e/ou familiar”, “Sem antecedentes criminais”, “Confissão espontânea”, seguindo-se “Illicitude não elevada” e “Inserção profissional”.

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

À semelhança dos anos anteriores, cerca de 11% destes condenados (respetivamente 12%, 7% e 10%, dos condenados por tráfico, por consumo e por tráfico-consumo) tiveram penas em cúmulo jurídico.

Foram considerados 266 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 o furto qualificado nas penas em cúmulo jurídico dos condenados por consumo, e os crimes rodoviários nas penas dos condenados por tráfico.

Em 2015, 77% das condenações ao abrigo da Lei da Droga estavam relacionadas com a posse de uma só droga: 55% cannabis, 16% cocaína, 6% heroína, e menos de 1%, várias outras drogas.

Nas situações envolvendo mais do que uma droga (23%), predominou uma vez mais a posse de heroína com cocaína.

⁹⁹ Ver nota 95.

Quadro 22 - Indivíduos Condenados*, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga
2015

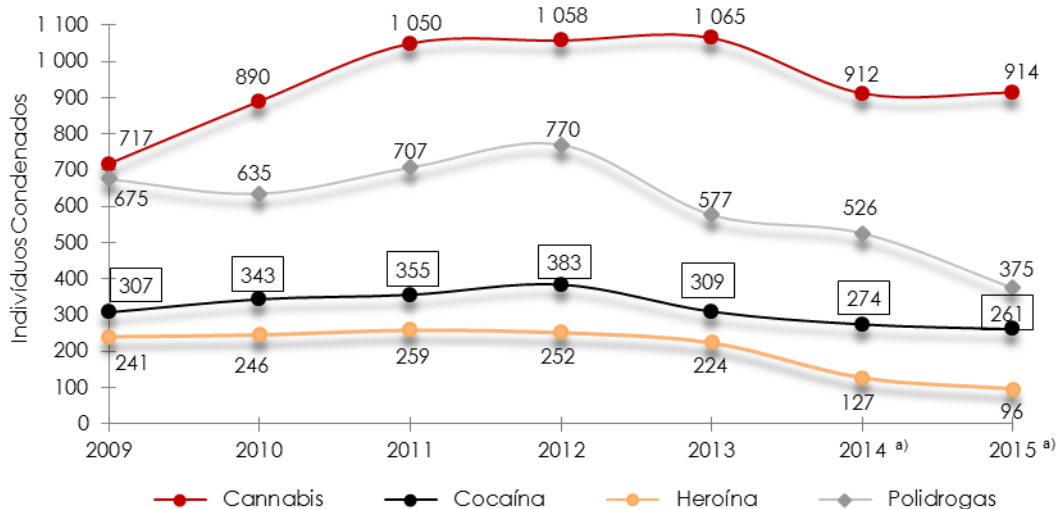
Sit. Face à Droga Tipo de Droga	Total		Traficante		Consumidor		Traf.-Cons.	
		%		%		%		%
Total	1 694	100,0	1 283	100,0	401	100,0	10	100,0
Cannabis	914	55,2	573	45,1	337	89,9	4	40,0
Cocaína	261	15,7	257	20,2	2	0,5	2	20,0
Heroína	96	5,8	90	7,1	5	1,3	1	10,0
Ecstasy	5	0,3	4	0,3	1	0,3	..	..
Outro	6	0,4	4	0,3	2	0,5	..	..
Polidrogas	375	22,6	344	27,0	28	7,5	3	30,0
Desconhecido	37		11		26		..	

* Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2017.

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 75 - Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2009 - 2015



a) Foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 serão atualizados no próximo ano com as decisões que derem entrada no SICAD até 31/03/2017.

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

À semelhança dos anos anteriores e tal como ocorrido com os presumíveis infratores identificados, nos condenados por crimes relacionados com o consumo, uma vez mais a maioria das situações estavam relacionadas só com a cannabis (90%), continuando as situações relacionadas apenas com a posse de cocaína a ter uma maior importância relativa nos condenados por tráfico do que nos consumidores.

Em relação aos anos anteriores e apesar dos dados de 2015 ainda virem a sofrer alterações no próximo ano, uma vez mais se constata nas condenações relacionadas só com uma droga o domínio da cannabis (desde 2003), seguida da cocaína (desde 2006), consolidando assim a tendência de maior visibilidade da cocaína nos últimos anos.

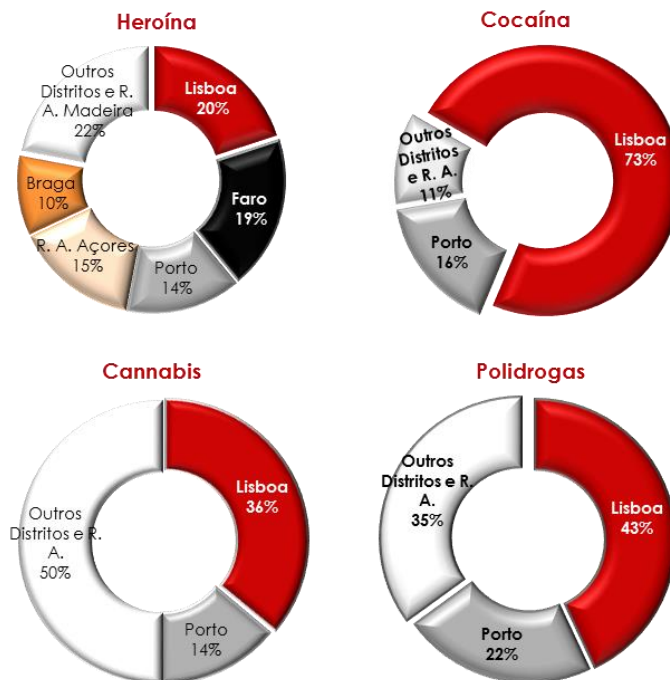
Tal como ocorrido a nível dos presumíveis infratores, a distribuição distrital dos condenados segundo o tipo de droga envolvida evidencia uma maior concentração de condenados nos distritos de Lisboa e Porto para qualquer das drogas consideradas, sendo de destacar, no caso da heroína, o distrito de Faro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

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

Figura 76 - 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)

2015



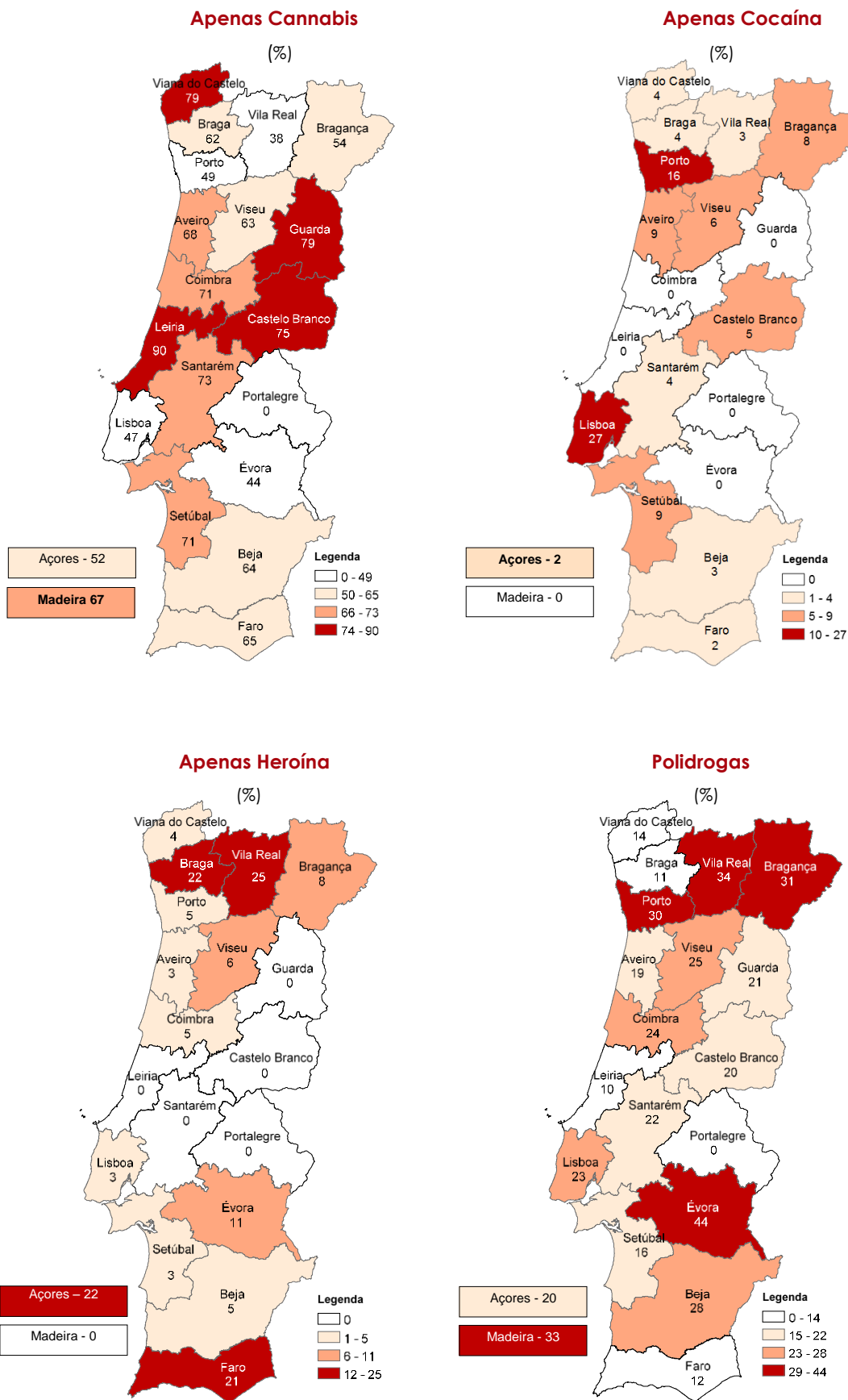
Fonte: Tribunais / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Também as percentagens intradistritais por tipo de droga¹⁰⁰ na posse dos condenados evidenciam algumas heterogeneidades:

- as condenações envolvendo só cannabis variaram a nível distrital entre os 0% (Portalegre) e os 90% (Leiria);
- as só de cocaína entre os 0% (Guarda, Coimbra, Leiria, Portalegre, Évora e R. A. Madeira) e os 27% (Lisboa);
- as só de heroína entre os 0% (Guarda, Castelo Branco, Leiria, Santarém, Portalegre e R. A. Madeira) e os 25% (Vila Real);
- e, as condenações envolvendo várias drogas variaram entre os 0% (Portalegre) e os 44% (Évora).

¹⁰⁰ Considerando como base percentual os condenados em cada distrito.

Figura 77 - Percentagens Intradistritais dos Indivíduos Condenados por Tipo de Droga
2015



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

À semelhança dos anos anteriores, estes condenados por crimes ao abrigo da Lei da Droga eram maioritariamente do sexo masculino (89%), e, com idades entre os 16-24 anos (34%) e os 25-34 anos (32%), sendo a idade média de 31 anos e a mediana de 29 anos.

Quadro 23 - Socio demografia dos Indivíduos Condenados

2015

Situação Face à Droga		Total	Traficante	Consumidor	Traficante-Consumidor
Caract. Sociodemográfica ^{a)}					
Sexo	Masculino	88,7%	86,1%	96,8%	90,0%
Grupo Etário	16-24 anos	34,0%	32,3%	41,4%	33,3%
	25-34 anos	32,2%	32,2%	32,5%	33,3%
	Idade Média / Mediana	31 / 29	32 / 30	29 / 26	31 / 29
Nacionalidade	Portuguesa	86,0%	83,4%	95,0%	100,0%
Estado Civil	Solteiro	59,6%	54,1%	79,9%	66,7%
	Casado / União de facto	31,2%	35,7%	14,7%	11,1%
Situação Coabitância	Só c/ família de origem	31,9%	29,3%	45,5%	42,9%
	Só c/ companheiro e filhos	16,3%	18,0%	8,1%	..
	Só c/ companheiro	9,8%	10,1%	9,0%	..
	Sozinho	11,5%	11,4%	11,4%	42,9%
Nível Ensino	< 3.º Ciclo	39,7%	41,0%	31,6%	50,0%
	3.º Ciclo	33,7%	32,0%	40,1%	50,0%
Situação Profissional	Desempregado	47,2%	48,6%	40,2%	75,0%
	Empregado	39,4%	39,5%	39,8%	..
	Estudante	8,0%	7,3%	11,1%	12,5%

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 2015, cerca de 86% destes condenados eram de nacionalidade portuguesa, e, tal como nos anos anteriores, entre os estrangeiros (14%) predominavam os espanhóis, brasileiros e os cabo-verdianos. Cerca de 60% dos condenados eram solteiros. A maioria vivia com familiares, predominando a coabitância só com a família de origem (32%) ou só com a família constituída (26%). Cerca de 60% tinham habilitações iguais ou superiores ao 3.º Ciclo, e, 39% encontravam-se empregados e 47% desempregados à data da condenação.

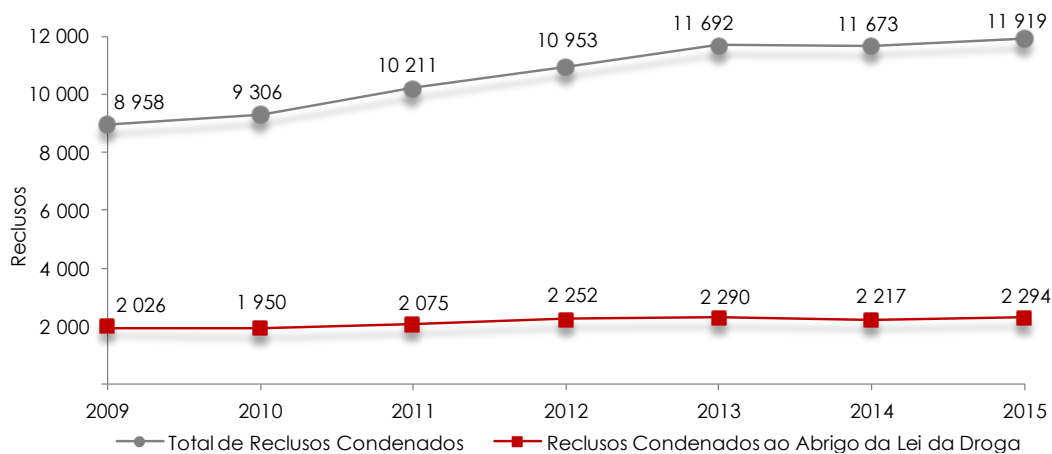
Os condenados por consumo continuam a apresentar um perfil sociodemográfico diferenciado comparativamente aos traficantes, com um maior peso de indivíduos jovens, solteiros, a viverem com a família de origem, mais habilitações literárias e um maior peso de estudantes.

4. Reclusões¹⁰¹

A 31/12/2015 estavam em situação de reclusão 2 294 indivíduos condenados ao abrigo da Lei da Droga, número ligeiramente superior (+3%) ao registado a 31/12/2014. Após a descida contínua do número destes reclusos entre 2002 e 2008, verifica-se uma tendência para um ligeiro acréscimo, apesar dos valores se manterem aquém dos registados até 2007.

Estes reclusos representavam a 31/12/2015 cerca de 19% do universo da população reclusa condenada.

Figura 78 - Total de Reclusos Condenados e Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano*
Situação a 31/12 de cada ano



* Inclui inimputáveis.

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

A maioria destes indivíduos (81%) estavam condenados por tráfico, 18% por tráfico de menor gravidade e menos de 1% por tráfico-consumo.

Quadro 24 - Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, por Tipo de Crime
Situação relativa a 31/12/2015 e variações relativas a 31/12/2014; 31/12/2012 e 31/12/2009

Tipo de Crime	2015	%	Δ 14-15	Δ 12-15	Δ 09-15
Total Reclusos Condenados	2 294	100,0	3,5	1,9	13,2
Tráfico	1 847	80,5	1,7	-7,2	1,8
Tráfico Menor Gravidade	415	18,1	11,6	87,8	133,1
Tráfico-Consumo	7	0,3	0,0	-46,2	-78,1
Outro	25	1,1	19,0	-7,4	1150,0

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

¹⁰¹Ver o volume Anexo ao Relatório Anual • 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, p. 181-186, disponível em <http://www.sicad.pt>

Em relação a 2014, é de assinalar o aumento dos reclusos condenados por tráfico de menor gravidade (+12%) e por outros crimes ao abrigo da Lei da Droga (+19%).

Estes reclusos continuam a ser predominantemente do sexo masculino (89%) e com idades compreendidas entre os 30-39 anos (34%) e 40-49 anos (27%), sendo que 19% tinham idades inferiores aos 30 anos. A idade média era de 40 anos. Continuam a ser na sua maioria de nacionalidade portuguesa (73%), registando-se nos últimos quatro anos um ligeiro decréscimo da proporção de estrangeiros comparativamente aos anos anteriores.

Quadro 25 - Socio demografia dos Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga
Situação relativa a 31/12/2015

Caracterização Sociodemográfica ^{a)}		Tipo de Crime	Total	Tráfico Menor		Tráfico	
				Tráfico	Gravidade	Consumo	Outro
Sexo	Masculino		88,8%	87,1%	95,7%	100,0%	96,0%
Grupo Etário	30-39 anos		34,1%	33,8%	36,1%	28,6%	24,0%
	40-49 anos		27,1%	27,0%	27,7%	28,6%	20,0%
	Idade Média		40	41	38	37	39
Nacionalidade	Portuguesa		73,0%	69,1%	89,4%	100,0%	80,0%

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

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

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

A este propósito, importa referir alguns resultados do *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, 2014*¹⁰², e que são ilustrativos da importância desta criminalidade indiretamente relacionada com o consumo de drogas.

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

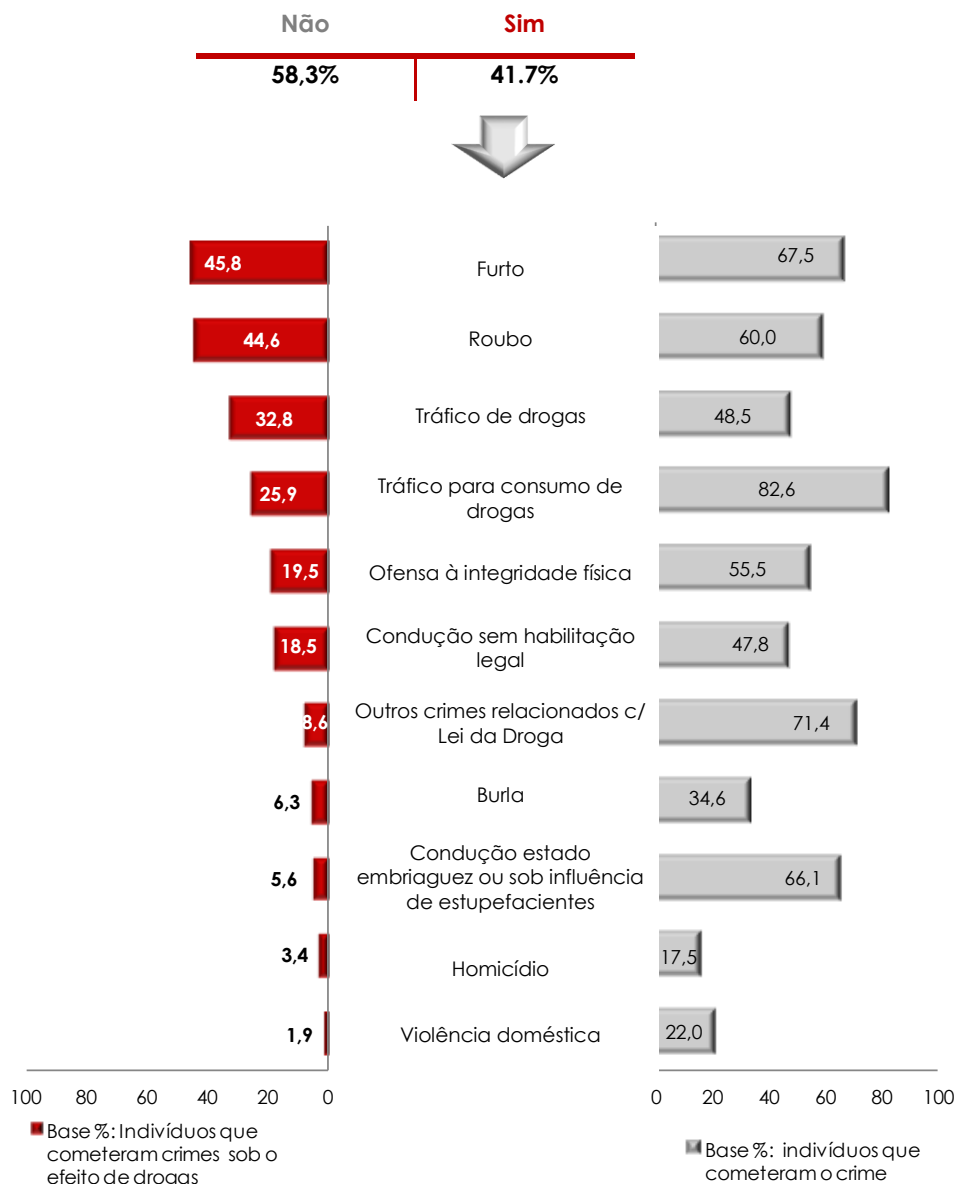
Por outro lado, quanto à prática de crimes sob o efeito de drogas, 42% dos reclusos declararam estar sob o efeito de drogas quando cometeram o/os crime/s que motivaram a atual reclusão. Em relação aos crimes cometidos sob o efeito de drogas, destacaram-se o furto, o roubo, o tráfico e o tráfico para consumo (respetivamente 46%, 45%, 33% e 26% dos que declararam estar sob o efeito de drogas). Com proporções também expressivas, surgiram as ofensas à integridade física (20%) e os crimes de condução sem habilitação legal (19%). Ainda em relação aos crimes cometidos sob o efeito de drogas, é de notar, enquanto leitura complementar, que se destacaram o tráfico para consumo, outros crimes relacionados com a Lei da Droga, o furto, a condução de veículo em estado de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, o roubo e as ofensas à integridade física, com as maiores proporções de indivíduos que praticaram estes crimes a declararem tê-los cometido sob o efeito de drogas (respetivamente 83%, 71%, 68%, 66%, 60% e 56%).

¹⁰²Torres et al., 2015.

Figura 79 - Principais Crimes Cometidos sob o Efeito de Drogas

2015

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



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

É também de referir que no *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹⁰³, um quarto destes jovens apontaram como motivo dos crimes que levaram à medida de internamento atual, *obter dinheiro para comprar drogas/álcool* e 19% atribuíram a realização dos crimes ao facto de estarem sob o efeito destas substâncias. No seu conjunto, estas motivações relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas são mencionadas por 33% dos jovens. Por outro lado e numa perspetiva mais abrangente - prática de crimes que levaram *alguma vez* à presença em Centro Educativo -, 60% destes jovens disseram ter estado sob o efeito de drogas pelo menos nalgumas situações em que os cometeram.

¹⁰³ Carapinha et al., 2016. Este inquérito foi aplicado aos jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

Tendências por Drogas

Nos estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos, a **cannabis** tem surgido sempre como a droga com as prevalências de consumo mais elevadas nos diferentes contextos e nas diversas etapas do ciclo de vida. No estudo mais recente realizado na população geral (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. Em 2015 foi realizado um inquérito nacional aos jovens de 18 anos participantes no *Dia da Defesa Nacional*, e a cannabis surgiu como a substância com maiores prevalências de consumo, muito próximas às de *qualquer droga*, constatando-se uma maior frequência do consumo de cannabis por comparação aos alunos de 18 anos. No estudo realizado sobre *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis*, os resultados apontaram, em 2012, para uma taxa de *consumidores de alto risco de cannabis* muito semelhante à de *consumidores recentes de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas /metanfetaminas*. Nos estudos mais recentes em populações escolares, a cannabis continua a registar prevalências de consumo muito superiores às das restantes substâncias. Após a tendência de aumento destas prevalências em 2010 e 2011, em 2014 e 2015 verificaram-se descidas nas prevalências do consumo recente e atual de cannabis (exceto nos alunos de 18 anos). No estudo de 2014 no contexto da população reclusa, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo, verificando-se em relação a 2007 uma estabilidade das prevalências de consumo ao longo da vida e na atual reclusão. Em 2015, num inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, estes apresentaram prevalências de consumo de cannabis e padrões de consumo nocivo superiores às de outras populações juvenis. A cannabis é a droga ilícita a que os jovens portugueses atribuem em menor proporção um *risco elevado* para a saúde, verificando-se nos estudos mais recentes um aumento do risco percebido associado a esse consumo entre os jovens de 15-24 anos e uma ligeira diminuição entre os alunos de 16 anos. No entanto, em relação às médias europeias, os jovens portugueses atribuíam, tendencialmente, um maior risco ao consumo de cannabis.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, quanto à procura de tratamento, a cannabis surgiu pelo quarto ano consecutivo como a droga principal mais referida pelos novos utentes do ambulatório, constatando-se nos últimos anos aumentos no número de utentes que recorreram a tratamento tendo a cannabis como droga principal, o que

poderá refletir uma maior adequação de respostas às necessidades específicas de acompanhamento desta população. Também tem vindo a aumentar a sua visibilidade na mortalidade relacionada com o consumo de drogas, em quase todos os casos em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas, nomeadamente o álcool. Nos processos de contraordenação por consumo, a cannabis mantém um papel predominante - refletindo as prevalências de consumo em Portugal -, assim como a tendência de acréscimo registada ao longo dos anos.

Nos resultados de vários estudos, em Portugal, tal como no resto da Europa, a cannabis é percebida como a droga de maior acessibilidade. Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer* (jovens de 15-24 anos) e os do ESPAD (alunos de 16 anos), entre 2011- 2014 e 2011- 2015, não houve alterações relevantes nas perceções sobre a acessibilidade à cannabis. Comparativamente às médias europeias, os jovens portugueses de 15-24 anos tinham uma perceção de menor facilidade de acesso à cannabis, sendo semelhante nos alunos de 16 anos.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2015 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, representando os valores registados nos últimos sete anos, os mais elevados desde 2002. Em 2015, as quantidades apreendidas de haxixe diminuíram de forma muito significativa (o valor mais baixo da última década), o que esteve relacionado com a redução do uso de Portugal como uma plataforma de introdução e trânsito no espaço europeu de importantes fluxos de haxixe com origem no norte de África, a favor da introdução através do Mar Mediterrâneo. Em contrapartida, as quantidades confiscadas de cannabis herbácea voltaram a aumentar reforçando a tendência dos últimos anos. A evolução no último quinquénio dos preços e da potência (% THC) do haxixe (tendência de descida dos preços e aumento da potência) e da cannabis herbácea (tendência de subida dos preços e da potência), poderá estar relacionada com a competitividade do crescente mercado deste último tipo de produto, tal como é evidenciado nos vários indicadores da oferta.

Os estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos mostram que o consumo de **cocaína** é dos mais relevantes por comparação às outras drogas que não a cannabis, embora com prevalências de consumo muito aquém da cannabis e mais próximas às de outras como o ecstasy. No estudo realizado na população portuguesa em 2012, a cocaína surgiu como a terceira droga preferencialmente consumida na população total e na jovem adulta, embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis, registando-se uma diminuição das prevalências em relação a 2007. Entre os jovens de 18 anos participantes no *Dia da Defesa Nacional*, as prevalências de consumo de cocaína foram superiores às de outros jovens em populações escolares da mesma idade. No estudo sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*, as estimativas de 2012 apontaram, em Portugal Continental, para um número estimado de consumidores recentes de cocaína superior ao de opiáceos. Os últimos estudos em populações escolares (2014 e 2015) evidenciaram uma tendência de estabilidade e descida dos consumos de cocaína a nível dos vários os grupos etários, surgindo como a segunda droga com maiores prevalências de consumo ao longo da vida entre os alunos mais novos (13-15 anos), embora muito aquém das de cannabis e próxima das restantes drogas. No estudo realizado em 2014 no contexto da população reclusa, a cocaína foi a segunda substância ilícita com as maiores prevalências de consumo, verificando-se em relação a 2007 uma estabilidade com tendência para ligeira diminuição dessas prevalências. Em 2015, os jovens internados em Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de cocaínas superiores às de outras populações juvenis. Segundo o *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou ligeiramente o risco percebido para a saúde associado ao consumo de cocaína entre

os jovens portugueses de 15-24 anos, sendo as proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* e ao *consumo regular* de cocaína ligeiramente superiores às médias europeias.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, a cocaína surgiu em 2015 como a terceira droga principal mais referida entre os utentes em ambulatório e a segunda mais referida entre os que estiveram em estruturas de internamento, com exceção das CT licenciadas em que também foi a terceira droga mais referida, embora com proporções próximas às da heroína e da cannabis. Nos últimos cinco anos e por comparação com os anos anteriores, verificaram-se proporções mais elevadas de utentes com a cocaína como droga principal, a nível de quase todas estruturas de tratamento. Nos últimos anos a cocaína tem vindo a aumentar a sua visibilidade na mortalidade relacionada com o consumo de drogas, apesar do decréscimo registado em 2015 no número de *overdoses* no contexto dos registos específicos do INMLCF, I.P.. Nos processos de contraordenação por consumo, a cocaína continua a surgir com uma importante inferioridade numérica face à cannabis e semelhante à da heroína. Apesar do aumento do número de processos em 2015, e que contrariou o decréscimo nos três anos anteriores, verifica-se uma tendência de estabilidade nos últimos três anos.

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. A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, uma vez mais foi consolidada a posição da cocaína como a segunda droga com maior visibilidade (tendência iniciada na segunda metade da década anterior), apesar da tendência para ligeiro decréscimo no último quinquénio e que foi contrariada em 2015. Esta inversão é manifestada em vários indicadores da oferta: aumentou o número de apreensões, assim como as quantidades apreendidas (o valor mais elevado desde 2008, assumindo a utilização de embarcações de recreio particular destaque nestes resultados), subindo também o número de presumíveis infratores na posse de cocaína. O preço médio da cocaína em 2015 não apresentou alterações relevantes comparativamente ao último quinquénio (apesar da tendência de ligeira subida nos últimos três anos), registando os sete últimos anos os valores mais elevados desde 2002. O grau de pureza diminuiu face a 2014, contrariamente à tendência de subida nos três anos anteriores, enquadrando-se no entanto, nos valores dos últimos sete anos. Portugal continua a funcionar como ponto de trânsito em matéria do tráfico internacional de cocaína, em particular nos fluxos provenientes da América do Sul com destino à Europa.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos evidenciaram que o consumo de **heroína** tem vindo a perder relevância face a outras drogas. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), a heroína surgiu com prevalências de consumo muito residuais na população total e na jovem adulta, verificando-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida e do consumo recente em relação a 2007. Também no estudo sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*, as estimativas de 2012 apontaram, em Portugal Continental, para um número de consumidores recentes de opiáceos inferior ao de cocaína. Nos estudos em populações escolares (2014 e 2015) constatou-se um reforço das tendências de estabilidade e de diminuição das prevalências de consumo de heroína, continuando estas a ser das mais baixas nos vários estudos. No estudo realizado em 2014 no contexto da população reclusa, verificou-se, em relação a 2007, uma diminuição das prevalências de consumo de heroína ao longo da vida e em contexto de reclusão. Também foi referido o consumo de outros opiáceos, em particular de metadona e de buprenorfina sem receita médica, embora com menores prevalências. Tal como em outras populações juvenis, também o consumo de opiáceos é dos menos prevalentes entre os jovens internados em Centros

Educativos, apesar destas prevalências serem mais altas do que as registadas em outras populações juvenis.

No âmbito dos indicadores sobre os problemas relacionados com os consumos, a heroína continua a ser a droga predominante na maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2015 às diferentes estruturas de tratamento, exceto nos novos utentes em ambulatório, e com proporções próximas às da cocaína e às da cannabis no caso dos utentes das Comunidades Terapêuticas. De um modo geral, mantém-se a tendência dos últimos anos para a diminuição do número de utentes que recorrem a tratamento com a heroína como droga principal, apesar do aumento em 2015 a nível dos novos utentes. As referências a outros opiáceos enquanto droga principal continuam a ser residuais. Na mortalidade relacionada com o consumo de drogas, apesar do acréscimo registado em 2015 no número de overdoses com opiáceos no contexto dos registos específicos do INMLCF, I.P., os opiáceos diminuíram a sua importância relativa no último quinquénio por comparação com os anos anteriores. É de notar no entanto o aumento da visibilidade da metadona e de outros opiáceos. Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, a heroína continua a ter um peso bastante inferior ao da cannabis e muito próximo ao da cocaína. Apesar do aumento do número de processos em 2015, e que contrariou os decréscimos nos anos anteriores, verifica-se uma tendência de estabilidade nos últimos três anos.

Segundo o *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso à heroína entre os jovens portugueses de 15-24 anos, tendo uma perceção de maior facilidade de acesso à heroína em comparação com as médias europeias. Vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas indicaram, em 2015, uma interrupção na tendência de diminuição da importância da heroína registada nos anos anteriores, após o pico pontual em 2009 e 2010, em que alguns indicadores registaram os valores mais elevados da década. Em 2015 aumentou o número de apreensões e as quantidades apreendidas, subindo também o número de presumíveis infratores na posse de heroína. Quanto a outras substâncias opiáceas, uma vez mais se registaram em 2015 apreensões de metadona e de buprenorfina, assim como de morfina, codeína e de ópio. Nos últimos três anos verificou-se uma tendência de subida dos preços médios da heroína, embora apresentem ainda valores inferiores aos registados entre 2002 e 2011. Pelo segundo ano consecutivo constatou-se um aumento do grau de pureza médio da heroína, após a estabilidade entre 2011 e 2013, mantendo-se no entanto com valores inferiores aos registados entre 2007 e 2010.

Os vários estudos epidemiológicos nacionais realizados mais recentemente, indicam que o consumo de **ecstasy** é dos mais relevantes por comparação às outras drogas que não cannabis, embora com prevalências de consumo muito aquém da cannabis e mais próximas às de outras como a cocaína. No estudo mais recente realizado na população portuguesa (2012), o **ecstasy** surgiu como a segunda droga preferencialmente consumida na população total e na jovem adulta, embora com prevalências muito inferiores às de cannabis. Entre 2007 e 2012 registou-se na população total uma estabilidade nas prevalências de consumo ao longo da vida e uma ligeira diminuição nos consumos recentes, e, diminuições de ambas as prevalências na população jovem adulta. Os estudos em populações escolares (2014 e 2015) evidenciaram uma tendência de descida das prevalências do consumo de **ecstasy** em quase todas as idades, com exceção dos mais velhos. No estudo realizado em 2014 na população reclusa, tal como em 2007, as prevalências de consumo de **ecstasy** foram um pouco superiores às de anfetaminas. Em relação a 2007 verificou-se uma ligeira diminuição das prevalências de consumo durante a atual reclusão. Em 2015, os jovens internados em Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de **ecstasy** superiores às de outras populações juvenis, sendo a segunda substância com consumos recentes e atuais mais prevalentes após o início do internamento. Segundo o

Flash Eurobarometer, entre 2011 e 2014, aumentou ligeiramente o risco percebido para a saúde associado ao consumo de *ecstasy* entre os portugueses de 15-24 anos, sendo as proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* e ao *consumo regular* de *ecstasy* idênticas às médias europeias. Entre os alunos de 16 anos constatou-se uma ligeira diminuição do risco percebido para a saúde associado ao consumo de *ecstasy*, embora, face às médias europeias, percecionassem este consumo como de maior risco.

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. No âmbito da procura de tratamento, as referências ao *ecstasy* enquanto droga principal continuam a ser muito residuais (inferiores a 1%). Quanto à mortalidade relacionada com o consumo de drogas, o *ecstasy* aumentou a sua visibilidade no último quinquénio, apesar de a sua expressão ser ainda residual. Nos processos de contraordenação por consumo de drogas, o *ecstasy* continua também a surgir com valores residuais, apesar da tendência de aumento registada nos últimos quatro anos.

De acordo com o *Flash Eurobarometer*, entre 2011 e 2014 aumentou a facilidade percebida de acesso ao *ecstasy* entre os jovens portugueses de 15-24 anos. No entanto, entre os alunos de 16 anos (ESPAD), entre 2011 e 2015 diminuiu a facilidade percebida de acesso ao *ecstasy*. 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. Em 2015 foi reforçada esta tendência, com acréscimos do número de apreensões e das quantidades apreendidas, bem como do número de presumíveis infratores na posse de *ecstasy*. A descida do preço médio entre 2014 e 2015 conjugada com o significativo aumento da pureza média no último quinquénio, poderá indiciar a procura de novos nichos de mercado.

Relativamente a **outras drogas**, entre os resultados do estudo epidemiológico nacional realizado em 2012 na população geral são de destacar os aumentos nas prevalências de consumo de LSD. Os jovens de 18 anos participantes no *Dia da Defesa Nacional* apresentaram prevalências de consumo de outras substâncias ilícitas que não a cannabis, cocaínas e opiáceos, superiores às das populações escolares da mesma idade. A seguir à cannabis, embora com valores muito inferiores, surgiram as anfetaminas/metanfetaminas (*ecstasy* incluído) e os alucinogénios surgiram com prevalências de consumo mais próximas às da cocaína. As prevalências de consumo de *novas substâncias psicoativas* (NSP) foram semelhantes às de outras drogas como a cocaína e alucinogénios, o que pode estar relacionado com as relevantes diferenças regionais a nível destes consumos, destacando-se os Açores com os consumos mais elevados de anfetaminas/metanfetaminas, de alucinogénios, de NSP e de tranquilizantes /sedativos não prescritos. Os estudos nas populações escolares (2014 e 2015) evidenciaram uma estabilidade e descida dos consumos de estimulantes e de anfetaminas, assim como de alucinogénios, a nível dos vários os grupos etários. Entre a população reclusa é de destacar, em 2014, o consumo de hipnóticos/sedativos sem receita médica nos últimos 12 meses na atual reclusão. Em 2015, os jovens internados em Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de anfetaminas e de alucinogénios superiores às de outras populações juvenis e mais elevadas que as prevalências de consumo de hipnóticos /sedativos não prescritos e de esteroides anabolizantes. Nos consumos recentes e atuais após o início do internamento, o LSD foi a substância com maiores prevalências de consumo a seguir à cannabis e ao *ecstasy*. Quanto aos resultados do ESPAD sobre o risco percebido associado ao consumo de anfetaminas, em 2015 constatou-se entre os alunos de 16

anos uma ligeira diminuição do risco percebido, embora, face às médias europeias, percecionassem este consumo como de maior risco.

Nos vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a referência isolada a outras drogas ilícitas para além das atrás referidas mantém-se residual e as situações de policonsumos continuam a ser muito expressivas. Os estimulantes e alucinogénios enquanto drogas principais surgem ainda de forma pouco expressiva na procura de tratamento, tendo maior relevância o consumo de hipnóticos /sedativos. Quanto às mortes relacionadas com o consumo de drogas continua, na grande maioria dos casos, a estar presente mais do que uma substância, sendo de destacar o álcool e as benzodiazepinas. No caso das novas substâncias psicoativas, em 2015 ocorreu 1 overdose com a presença de metoxietamina em associação com o álcool. Nos processos de contraordenação por consumo, a referência ao consumo isolado de outras substâncias que não a cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, continua a ser residual, embora os valores dos últimos quatro anos, e em particular dos últimos dois, sejam os mais elevados desde 2001.

Os resultados do *Flash Eurobarometer* realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos, mostraram que os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso às novas substâncias psicoativas, por comparação com as médias europeias. Os resultados do ESPAD realizado em 2015 entre os alunos de 16 anos, apontaram para uma diminuição entre 2011 e 2015 da facilidade percebida de acesso às anfetaminas.

A nível dos indicadores indiretos relativos ao domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2015 e à semelhança dos anos anteriores, registaram-se apreensões de várias outras substâncias para além da cannabis, heroína, cocaína e ecstasy, como benzodiazepinas, anfetaminas e alucinogénios. São de destacar pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores: o 2C-B, cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2006, posteriormente em 2012 e agora em 2015; o cristal metal cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2003 e agora em 2015; a fenmetrazina e o GHB com o primeiro registo de apreensão em 2015. A posse de várias drogas assume particular importância nos vários indicadores no domínio da oferta, representando em 2015 quase um quarto das infrações e condenações relacionadas com a oferta de drogas.

1. Cannabis

1.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos resultados dos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos anos em diferentes populações e contextos, a cannabis tem surgido sempre como a droga com as maiores prevalências de consumo em Portugal.

Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁰⁴, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15-64 anos¹⁰⁵ residente em Portugal.

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

Entre 2007 e 2012, na população portuguesa verificou-se uma descida das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida¹⁰⁶ (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 consumo¹⁰⁷ 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 CAST¹⁰⁸, entre 2007 e 2012, aumentaram as prevalências de consumo de risco moderado na população total (de 0,3% para 0,4%) e na jovem adulta (de 0,6% para 0,9%) e diminuíram as de consumo de risco elevado em ambas as populações (respetivamente de 0,5% para 0,3% e de 0,9% para 0,4%). Tal sucedeu também a nível dos grupos de consumidores de cannabis, aumentando as prevalências de consumo de risco moderado nos de 15-64 anos (de 10,1% para 15%) e nos consumidores de cannabis jovens adultos (de 10,2% para 20,2%), e

¹⁰⁴ Balsa *et al.*, 2014.

¹⁰⁵ 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 (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

¹⁰⁶ 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.

¹⁰⁷ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁰⁸ 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).

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 SDS¹⁰⁹, 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).

Em 2015, pela primeira vez, foi realizado o inquérito nacional sobre *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*¹¹⁰, que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2015 (convocados para o Dia da Defesa Nacional).

As prevalências do consumo de cannabis enquadraram-se, de um modo geral, no padrão dos resultados de outros estudos recentes em populações escolares da mesma idade. A cannabis surgiu como a substância com maiores prevalências de consumo - 29% ao longo da vida, 23% nos últimos 12 meses e 15% nos últimos 30 dias -, muito próximas às de *qualquer droga* (31% ao longo da vida, 24% nos últimos 12 meses e de 15% nos últimos 30 dias).

Quanto à frequência dos consumos recentes (últimos 12 meses) de cannabis, um pouco mais de metade dos consumidores declarou, ou ter consumido apenas 1 a 2 vezes (29%) ou ter consumido 40 ou mais vezes (26%). Cerca de 4% dos inquiridos (30% dos consumidores atuais de cannabis) declarou ter um consumo diário/quase diário nos últimos 30 dias (20 ou mais ocasiões), proporções superiores às encontradas entre os alunos de 18 anos (ECATD-CAD) (2% dos inquiridos / 15% dos consumidores atuais de cannabis).

¹⁰⁹ 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).

¹¹⁰ Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 70 646 jovens de 18 anos em 2015, estando prevista a sua replicação anual.

Os consumos de cannabis eram mais expressivos nos rapazes por comparação às raparigas, como o demonstram, por exemplo, as prevalências de consumo recente e de consumo atual de cannabis (29% e 19% no grupo masculino, face a 16% e 9% no feminino).

Constataram-se significativas heterogeneidades regionais a nível destes consumos, sendo de destacar, os consumos de cannabis no Algarve.

No estudo realizado pela primeira vez em Portugal sobre *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis*¹¹¹, 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 2014¹¹² -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014 a cannabis continuava a ser a droga ilícita que os jovens portugueses atribuíam em menor proporção um *risco elevado* para a saúde (34% para o *consumo ocasional* e 74% para o *consumo regular* de cannabis), constatando-se um aumento destas proporções relativamente a 2011 (24% e 64%, respetivamente para o *consumo ocasional* e *regular*). Em 2014, constatou-se por parte dos jovens portugueses uma maior atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao *consumo ocasional* e *regular* de cannabis, comparativamente às médias europeias (respetivamente 21% e 63%).

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2013-2015, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹¹³ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹¹⁴ (alunos de 16 anos) e o ECATD-CAD¹¹⁵ (alunos dos 13 aos 18 anos).

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

¹¹¹ Carapinha *et al.*, 2014.

¹¹² 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 uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

¹¹³ Matos *et al.*, 2015. Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014 encontram-se publicados.

¹¹⁴ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹¹⁵ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming* e *gambling*), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

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

Quadro 26 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cannabis ao Longo da Vida (%)
2010 - 2015

Estudos		Consumos					
		2010	2011	2012	2014	2015	
População Geral	INPG	Total (15-64 anos)		9,4	-	-	
		Jovem Adulta (15-34 anos)		14,4	-	-	
	DDN	18 anos		-	-	29,3	
Pop. Reclusa	INCAMP			-	55,5	-	
População Escolar	ESPAD	16 anos		-	16	-	
	HBSC/OMS	6.º/ 8.º/10.º ano		8,8	-	8,8 ^{a)}	
	ECATD	13 anos		-	2,2	-	1,8
		14 anos		-	5,4	-	4,3
		15 anos		-	10,1	-	8,9
		16 anos		-	19,1	-	16,7
17 anos		-	24,4	-	25,8		
18 anos		-	29,7	-	34,1		
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE	14-20 anos		-	-	87,3	

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

Fonte: Balsa *et al.*, 2014; Carapinha & Calado, 2016; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

Em **2014**, nos resultados do HBSC/OMS 2014 relativos aos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, a cannabis continuava a apresentar as maiores prevalências de consumo: 9% dos alunos já tinham experimentado, 5% dos do 8.º ano e 15% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (10% face a 7% no grupo feminino). Entre 2010 e 2014 verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de cannabis ao nível dos alunos do 8.º ano, e uma descida entre os alunos do 10.º ano (de 17% para 15%).

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

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

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

No *ESPAD 2015*, a prevalência de consumo ao longo da vida de cannabis (15%) foi próxima à registada em 2011 (16%) e à média europeia em 2015 (16%). As prevalências do consumo recente (últimos 12 meses) e atual (últimos 30 dias) de cannabis diminuíram ligeiramente entre 2011 e 2015 (respetivamente de 16% para 13% e de 9% para 8%), sendo essa diminuição mais expressiva no grupo masculino (de 18% para 14% e de 11% para 8%), do que no feminino (de 14% para 12% e de 8% para 8%).

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

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

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

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

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹¹⁶, um estudo periódico anteriormente limitado à área das drogas (estudos de 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo.

Tal como nos estudos de 2001 e 2007, em 2014 a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo entre a população reclusa: 56% declararam ter consumido alguma vez ao longo da vida, 28% na atual reclusão e 24% nos últimos 12 meses na atual reclusão. Foi também a substância que registou mais consumo regular nos últimos 30 dias na atual reclusão (10% dos reclusos disseram ter consumido com uma frequência diária ou quase diária). Entre 2007 e 2014, verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida e em contexto de reclusão.

Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹¹⁷. Os jovens internados nos Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de cannabis, bem como padrões de consumo nocivo, superiores às de outras populações juvenis.

¹¹⁶ Torres et al., 2015.

¹¹⁷ Carapinha et al., 2016. Este inquérito foi aplicado aos jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

Cerca de 87% dos jovens inquiridos já tinham consumido cannabis ao longo da vida (antes e/ou após o início do internamento), e 79% e 67% fizeram-no nos últimos 12 meses e últimos 30 dias anteriores ao internamento. Constata-se uma importante redução dos consumos com o início do internamento¹¹⁸ (33% e 18% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias), e ainda mais quando se restringe ao Centro Educativo (19% e 12% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias).

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

Em vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos foi consolidada, em 2015, a maior visibilidade da cannabis nos últimos anos a nível da procura de tratamento e mortes, continuando a ser a principal droga nos processos de contraordenação por consumo.

Nos contextos da **procura de tratamento** por problemas relacionados com o uso de drogas¹¹⁹, pelo quarto ano consecutivo, a cannabis surgiu como a droga principal mais referida (51%) pelos novos utentes do ambulatório, constatando-se nos últimos anos aumentos no número de utentes tendo a cannabis como droga principal. Tal poderá refletir a maior articulação dos vários serviços interventores com vista a adequar as respostas às necessidades específicas de acompanhamento, em termos de cuidados de saúde, desta população.

Quadro 27 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2013 - 2015

Consumos e Problemas relacionados			2013		2014		2015	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos								
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	1 463	7	1 654	8	1 923	9
		Novos Utentes	673	49	689	51	806	51
		Utentes Readmitidos	131	8	123	8	128	11
	Unidades de Desabilitação	Utentes Públicas	19	2	20	3	29	4
		Utentes Licenciadas	6	7	8	9	3	5
	Comunidades Terapêuticas	Utentes Públicas	5	7	8	13	6	10
Utentes Licenciadas		552	24	625	29	676	32	
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		..	..	1	3	..	..
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Cannabis	..	..	1	3	..	..
Cannabis + Outras		4	18	7	21	12	30	
Processos de Contraordenação	Só com Cannabis		6 652	82	7 056	84	8 608	85
	Cannabis + Outras Drogas		163	2	150	2	246	2

a) % relativa a cada indicador.

b) *Mortes relacionadas com drogas*, CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2015 ainda não disponíveis. Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico *online* e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

c) Casos de *overdose*.

Fonte: Unidades Licenciadas /Administrações Regionais de Saúde, 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

A sua expressão é bastante mais residual enquanto droga principal dos utentes readmitidos e dos utentes nas estruturas de internamento, com exceção das Comunidades Terapêuticas licenciadas, que nos últimos anos têm registado aumentos relevantes no número de utentes cuja droga principal é a cannabis (32% dos utentes que recorreram a tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas nestas estruturas, em 2015).

¹¹⁸ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

¹¹⁹ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., de acordo com o critério do OEDT, em 2014 registaram-se 37 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas, mas apenas 1 óbito foi atribuído a intoxicação por cannabis (CID10: Y12 e T40.7).

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade proveniente do INMLCF, I.P., em 2015, em 30% das *overdoses* foi detetada a presença de cannabis – 12 casos em associação com outras substâncias. Cerca de 45% dos casos tinham idades iguais ou superiores aos 45 anos e 18% idades inferiores a 35 anos. Em 2014, 2013, 2012 e 2011, registaram-se respetivamente 8, 4, 1 e 3 casos de *overdose* com a presença de cannabis, sendo que entre 2008 e 2010 não houve registo de casos de *overdose* com a presença de cannabis. Em relação às 141 mortes registadas em 2015 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹²⁰ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), a cannabis esteve presente em 79 destas mortes (56%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas, em particular com o álcool.

Nos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cannabis continua a assumir o papel da principal droga: 85% dos processos das ocorrências de 2015 estavam relacionados apenas com cannabis (84%, 82%, 78%, 76%, 71% e de 76%, respetivamente em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). Em relação a 2014, verificou-se um aumento de +22% no número de processos relacionados apenas com cannabis (8 608), acréscimo superior ao do total de processos (+15%). A cannabis também vem assumindo maior relevância no contexto dos processos envolvendo a posse de várias drogas, estando em 2015, presente em 53% destes processos (2% do total de processos). O número de processos relacionados com cannabis, registaram nos últimos três anos aumentos contínuos e os valores mais elevados de sempre, reforçando a tendência crescente iniciada ainda no âmbito do anterior quadro legal. Em 2015, uma vez mais predominaram em todos os distritos de Portugal Continental os processos de contraordenação relacionados só com cannabis, representando entre 65% (Beja) e 93% (Leiria) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2015. Em valores absolutos, uma vez mais os distritos do Porto e de Lisboa destacaram-se com o maior número de processos relacionados só com cannabis.

1.2. Oferta

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

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹²¹ -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 49% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a cannabis num período de 24 horas (se desejado), proporção idêntica à registada em 2011. Em 2014, cerca de 39% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 7% *impossível*, tendo sido estas proporções de 30% e 15% em 2011. Comparando com a média

¹²⁰ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹²¹ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

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

Nos resultados do ESPAD¹²², também a cannabis tem vindo a ser sempre considerada pelos alunos de 16 anos como a droga de maior acessibilidade, não havendo alterações relevantes entre 2003 e 2015 (31% em 2015, 30% em 2011 e 29% em 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* arranjar cannabis). Em 2015, os alunos portugueses tinham uma percepção de facilidade de acesso à cannabis muito semelhante à média europeia (30% consideravam ser *relativamente fácil ou muito fácil* arranjar cannabis).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹²³, a cannabis foi percecionada como a droga de maior acessibilidade, com 85% dos consumidores de cannabis a considerarem *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância em 24 horas (se desejado) e 7% a considerarem ser *muito difícil*.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, em 2015 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 haxixe¹²⁴ foi a substância que registou em 2015 o maior número de **apreensões** (4 180), representando um acréscimo (+20%) em relação a 2014 e o valor mais elevado desde 2002. Verifica-se uma tendência de aumento no número destas apreensões desde 2002, registando-se os valores mais altos nos últimos sete anos. O número de apreensões de cannabis herbácea em 2015 (791) foi ligeiramente superior ao registado em 2014 (+3%), e pelo segundo ano consecutivo foi superior ao número de apreensões de heroína. Desde 2003 que se constata uma tendência de acréscimo no número destas apreensões, com os valores mais elevados a surgirem nos últimos sete anos. É de evidenciar, enquanto indicador da produção a nível interno, as apreensões de plantas de cannabis, que registaram um aumento a partir dos últimos anos da década anterior: entre 2009 e 2015 foram efetuadas 2 172 apreensões, 954 das quais entre 2013 e 2015, e 298 em 2015).

Em relação a 2014, as **quantidades** apreendidas de haxixe em 2015 diminuíram de forma muito significativa, representando o valor mais baixo da última década. Esta descida esteve relacionada com a redução do uso de Portugal como uma plataforma de introdução e trânsito no espaço europeu de importantes fluxos de haxixe com origem no norte de África, a favor da introdução através do Mar Mediterrâneo. Em contrapartida, as quantidades confiscadas de liamba registaram uma vez mais um acréscimo (+106%). É de mencionar também as quantidades apreendidas de óleo de haxixe (91 g), assim como de outras formas de cannabis herbácea¹²⁵, designadamente de plantas, cujas quantidades apreendidas adquiriram maior expressão nos últimos sete anos (entre 2009 e 2015 foram apreendidas 46 628 plantas de cannabis, das quais, 19 081 entre 2013 e 2015, e 6 102 em 2015), bem como folhas (45,43 Kg em 2015) e sementes (696 g e 5 767 sementes confiscadas em 2015).

¹²² ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹²³ 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 (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

¹²⁴ Os dados relativos ao haxixe incluem a resina e o pólen da cannabis.

¹²⁵ Ver informação constante na nota a) do Quadro 113 do volume Anexo.

Cerca de 2% das apreensões de haxixe e 4% das de liamba envolveram **quantidades significativas**¹²⁶, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, 94% do haxixe e 85% da liamba confiscados no país em 2015.

Quanto às **rotas**, a nível do tráfico internacional destacaram-se, em termos das quantidades apreendidas, uma vez mais Marrocos como o principal país de proveniência do haxixe confiscado, e Espanha no caso da liamba. A grande maioria das quantidades apreendidas de haxixe e de liamba com informação em matéria de rotas destinava-se ao mercado interno. É de referir que Portugal continua a funcionar como país de trânsito de importantes quantidades de haxixe provenientes de Marrocos com destino à Europa.

Os distritos de Lisboa e Porto, seguidos de Setúbal, destacaram-se uma vez mais com o maior número de apreensões de haxixe (respetivamente 41%, 20% e 12% do total destas apreensões), e, no caso da cannabis herbácea (liamba), foram também os distritos de Lisboa (23%) e Porto (13%), seguidos dos distritos de Faro e de Setúbal (ambos com 7% do total destas apreensões). Em termos de quantidades apreendidas, o distrito de Faro, seguido dos de Lisboa e de Setúbal, registaram os valores mais elevados no caso do haxixe (respetivamente 50%, 13% e 12% do total confiscado), constatando-se uma maior dispersão geográfica nas quantidades apreendidas de liamba (as maiores proporções registaram-se nos distritos de Portalegre, Porto, Faro e Santarém, com 28%, 15%, 15% e 13% das quantidades apreendidas em 2015). Quanto às plantas de cannabis, destacou-se o distrito de Faro com o maior número de apreensões e quantidades apreendidas.

Relativamente aos meios utilizados no **transporte** da cannabis confiscada em 2015, em termos de quantidades, destacou-se o transporte marítimo e o terrestre no caso do haxixe e o transporte terrestre no caso da liamba.

No que respeita aos **preços** médios¹²⁷, comparativamente ao ano anterior não se registaram alterações relevantes do preço do haxixe (2,50 €/grama em 2015 e 2,55 €/grama em 2014), verificando-se um ligeiro acréscimo do preço da liamba (7,41 €/grama em 2015 e 6,23 €/grama em 2014). Nos últimos três anos verificou-se uma tendência de subida dos preços médios da liamba e de ligeira descida do preço médio do haxixe.

Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua"¹²⁸ das drogas apreendidas em 2015, a potência média do haxixe diminuiu (% THC: 18,0 em 2014 e 14,0 em 2015) e da cannabis herbácea aumentou (% THC: 7,8 em 2014 e 8,3 em 2015) em relação a 2014. No entanto, verificou-se nos quatro anos anteriores uma tendência de subida da potência de ambos os produtos de cannabis.

A evolução dos preços e da potência (% THC) do haxixe (tendência de descida dos preços e aumento da potência) e da cannabis herbácea (tendência de subida dos preços e da potência), poderá estar relacionada com a competitividade do crescente mercado deste último tipo de produto.

¹²⁶ Consideradas no caso da cannabis as quantidades iguais ou superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas.

¹²⁷ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido. Em 2015, 53% das apreensões de haxixe e 23% das de liamba tinham informação sobre o preço.

¹²⁸ Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

Quadro 28 - Cannabis: Alguns Indicadores sobre a Oferta

2013 - 2015

Indicadores Oferta			2013		2014		2015	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos								
Interpelações Policiais	Apreensões	Haxixe ^{b)}	3 087		3 472		4 180	
		Liamba	764		771		791	
	Quantidades Apreendidas (Kg)	Haxixe ^{b)}	8 689		32 877		2 412	
		Liamba ^{c)}	96		108		224	
	Preço Médio (grama)	Haxixe	2,90 €		2,55 €		2,50 €	
		Liamba ^{c)}	5,47 €		6,23 €		7,41 €	
Potência / Pureza (média)	Haxixe	13,9%		18,0%		14,0%		
	Liamba ^{c)}	6,6%		7,8%		8,3%		
Presumíveis Infratores	Só com Cannabis		3 187	59	3 475	62	4 123	64
	Cannabis + Outras Drogas		834	15	744	13	926	14
Condenações	Indivíduos Condenados							
	Só com Cannabis		1 065	49	912 ^{d)}	49	914 ^{d)}	55
Cannabis + Outras Drogas		254	12	255 ^{d)}	14	187 ^{d)}	11	

a) % relativa a cada indicador.

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

c) Não incluídas as quantidades apreendidas de liamba com outras unidades de medida/formas de apresentação (Quadro 113 em Anexo): em 2015, foram apreendidas 45,43 Kg de folhas, 6 102 plantas, 696 g de sementes e mais 5 767 sementes de cannabis.

d) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados relativos a 2015 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2015 que deram entrada no SICAD entre 31/03/2016 e 31/03/2017.

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 acréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de cannabis (4 123) face a 2014 (+19%), representando uma variação superior à registada a nível do número total de presumíveis infratores (+16%). Os números de presumíveis infratores na posse só de cannabis registados nos sete 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 (64%, 62%, 59%, 58%, 54%, 49% e 51%, respetivamente em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). 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 2015, presente em 66% destas situações (14% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2015¹²⁹ foram condenados 914 indivíduos na posse apenas de cannabis, representando 55% do total daquelas condenações (49%, 49%, 43%, 44%, 42% e 37%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). Desde 2003, e refletindo a evolução a nível das interpelações policiais, que se constata nas condenações relacionadas só com uma droga o predomínio da cannabis em vez da heroína, como era habitual anteriormente. Uma vez mais as situações de posse apenas de cannabis surgiram com bastante mais importância relativa nos condenados por consumo (90%) do que nos outros grupos (45%). Nas condenações relacionadas com várias drogas, a cannabis também vem emergindo com maior visibilidade nos últimos anos, surgindo em 2015, em 50% destas situações (11% do total das condenações).

¹²⁹ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2015 que deram entrada no SICAD entre 31/03/2016 e 31/03/2017.

2. Cocaína

2.1. Consumos e Problemas relacionados

Nos vários **estudos epidemiológicos nacionais** realizados ao longo dos últimos anos, o consumo de cocaína tem tido maior visibilidade do que o de heroína, surgindo já em vários dos estudos mais recentes, como a segunda droga mais consumida, embora com prevalências de consumo muito aquém das de cannabis e próximas às das restantes drogas.

Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹³⁰, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15-64 anos¹³¹ 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 vida¹³² 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 consumo¹³³ entre 2007 e 2012, na população total (de 32,2% para 18,3%) e na jovem adulta (de 41,4% para 31,2%).

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

Em 2015, foi realizado pela primeira vez o inquérito *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*¹³⁴, que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2015 (convocados para o Dia da Defesa Nacional).

¹³⁰ Balsa *et al.*, 2014.

¹³¹ 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 (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

¹³² 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.

¹³³ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹³⁴ Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 70 646 jovens de 18 anos em 2015, estando prevista a sua replicação anual.

Os resultados apontam para prevalências de consumo ao longo da vida superiores às de outros estudos recentes em populações escolares da mesma idade. As prevalências de consumo de cocaína foram de 5% ao longo da vida, 4% nos últimos 12 meses e de 2% nos últimos 30 dias.

Em relação à frequência dos consumos recentes (últimos 12 meses) de cocaína, 51% dos consumidores declararam, ou ter consumido apenas 1 a 2 vezes (28%) ou ter consumido 40 ou mais vezes (23%). É de referir quanto ao consumo atual (últimos 30 dias) que, cerca de 0,7% dos inquiridos (33% dos consumidores atuais de cocaína) declarou ter um consumo diário/quase diário.

Os consumos de cocaína foram mais elevados nos rapazes por comparação às raparigas, como o mostram, por exemplo, as prevalências de consumo recente e de consumo atual de cocaína (5% e 2% no grupo masculino, face a 3% e 1% no feminino). É de notar também a existência de significativas heterogeneidades regionais a nível destes consumos, sendo de destacar, os consumos de cocaína nos Açores.

No estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*¹³⁵, as estimativas de 2012 apontavam, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos na ordem de 6,2 para os consumidores recentes de cocaína¹³⁶, sendo o número estimado de consumidores recentes de cocaína superior ao de consumidores recentes de opiáceos.

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 2014¹³⁷, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional de cocaína continuava a ser superior (67%) comparativamente ao *ecstasy* e à *cannabis*, assim como em relação às novas substâncias psicoativas. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o consumo regular de cocaína (98%). Estas proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional e ao consumo regular de cocaína foram ligeiramente superiores às registadas entre os jovens portugueses em 2011 (respetivamente 65% e 94%) e também às médias europeias em 2014 (respetivamente 62% e 96%).

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2013-2015, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹³⁸ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹³⁹ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD¹⁴⁰ (alunos dos 13 aos 18 anos).

¹³⁵ Ribeiro *et al.*, 2014.

¹³⁶ Não é possível a comparação com as estimativas nacionais realizadas em anos anteriores, uma vez que estas não eram desagregadas por tipo de substância.

¹³⁷ 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 uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

¹³⁸ Matos *et al.*, 2015. Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014 encontram-se publicados.

¹³⁹ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹⁴⁰ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming e gambling*), com a conseqüente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool,

Os estudos anteriores realizados nos últimos 20 anos evidenciaram sempre prevalências de consumo de cocaína inferiores a 4%. Apesar das oscilações quadriennais na variação das prevalências de consumo, no final da primeira década do milénio as prevalências de consumo de cocaína eram, de um modo geral, muito próximas às do início do milénio.

Quadro 29 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína ao Longo da Vida (%)

		Consumos					
Estudos		2010	2011	2012	2014	2015	
População Geral	INPG Pop. Total (15-64 anos)	-	-	1,2	-	-	
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)			1,4			
	DDN 18 anos	-	-	-	-	4,6	
Pop. Reclusa	INCAMP	-	-	-	38,9	-	
População Escolar	ESPAD 16 anos	-	3	-	-	2	
	HBSC/OMS 6.º/ 8.º/10.º ano	1,9	-	-	2,4 ^{a)}	-	
	ECATD	13 anos	-	2,0	-	-	1,2
		14 anos	-	2,6	-	-	2,2
		15 anos	-	3,8	-	-	2,4
		16 anos	-	3,4	-	-	2,2
17 anos		-	3,9	-	-	2,5	
18 anos		-	3,4	-	-	2,4	
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE 14-20 anos	-	-	-	-	19,4	

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

Fonte: Balsa et al., 2014; Carapinha & Calado, 2016; Torres et al., 2015; Hibell et al., 2012; ESPAD Group, 2016; Matos et al., 2010; Matos et al., 2015; Feijão et al., 2012; Feijão, 2016; Carapinha et al., 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

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

Em 2014, nos resultados do HBSC/OMS 2014 relativos aos alunos do 8.º e 10.º ano de escolaridade, a cocaína continuava a apresentar prevalências de consumo bastante inferiores às de cannabis: 2% dos alunos já tinham experimentado, 2% dos do 8.º ano e 3% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (3% face a 2% no grupo feminino). Entre 2010 e 2014 verificou-se uma estabilidade das prevalências de consumo de cocaína nos alunos do 8.º ano, e um ligeiro aumento entre os alunos do 10.º ano (de 2% para 3%).

No **ECATD-CAD 2015**, as prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida variaram entre os 1% (13 anos) e 3% (17 anos) e as de consumo recente (últimos 12 meses) variaram entre 0,8% (13 anos) e 2% (16, 17 e 18 anos). De um modo geral, as prevalências de consumo ao longo da vida foram, em todas as idades, ligeiramente inferiores às registadas em 2011.

No **ESPAD 2015**, a prevalência de consumo ao longo da vida de cocaína (2%) foi um pouco menor que a registada em 2011 (3%). Esta prevalência de 2% foi igual à média europeia, sendo

ligeiramente inferior no grupo masculino (2%) e igual no grupo feminino (2%) portugueses, comparativamente às respetivas médias europeias (3% e 2%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹⁴¹, um estudo periódico anteriormente limitado à área das drogas (estudos de 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo.

Em 2014 a cocaína foi a segunda substância ilícita com as maiores prevalências de consumo entre a população reclusa: 39% declararam ter consumido alguma vez ao longo da vida, 8% na atual reclusão e 6% nos últimos 12 meses na atual reclusão. Entre 2007 e 2014, verificou-se uma estabilidade com tendência para ligeira diminuição das prevalências de consumo de cocaína ao longo da vida e em contexto de reclusão.

Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹⁴². Os jovens internados nos Centros Educativos apresentaram prevalências de consumo de cocaína superiores às de outras populações juvenis.

Cerca de 19% dos jovens inquiridos já tinham consumido algum tipo de cocaínas¹⁴³ ao longo da vida, e 14% e 9% fizeram-no nos últimos 12 meses e últimos 30 dias anteriores ao internamento. É de notar que cerca de 7% referiram já ter tido consumos de base/crack alguma vez na vida, e 4% ter tido consumos recentes e atuais antes do internamento.

É de notar a importante redução dos consumos com o início do internamento¹⁴⁴ (2% alguma vez e 1% nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias), sendo este consumo nulo dentro do Centro Educativo.

A nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, a cocaína continua a surgir com um papel relevante a nível da procura de tratamento e mortes.

No âmbito da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁴⁵, de um modo geral, a cocaína¹⁴⁶ surgiu em 2015 como a terceira droga principal mais referida entre os utentes em ambulatório e a segunda mais referida entre os utentes que estiveram em estruturas de internamento, com exceção das CT licenciadas em que também foi a terceira droga mais referida, embora com proporções próximas às da heroína e da cannabis. Em 2015, entre 8% e 40% dos utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento com problemas relacionados com o uso de drogas, tinham como droga principal a cocaína, incluindo 1% a 8% da base/crack. Nos últimos cinco anos e por comparação com os anos anteriores, verificaram-se proporções mais elevadas de utentes com a cocaína como droga principal, a nível de quase todas estruturas de tratamento.

¹⁴¹ Torres et al., 2015.

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

¹⁴³ Inclui o cloridrato de cocaína, a base/crack e outras cocaínas.

¹⁴⁴ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

¹⁴⁵ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

¹⁴⁶ Inclui cocaína e base de cocaína.

Quadro 30 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2013 - 2015

Consumos e Problemas relacionados			2013		2014		2015	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)							
	Utentes em Tratamento Ano	Cocaína	1 454	7	1 601	8	1 629	8
		Cocaína + Heroína	69	0,3	82	0,4	96	0,5
	Novos Utentes	Cocaína	239	17	237	18	239	15
		Cocaína + Heroína	10	1	5	0,4	12	0,8
	Utentes Readmitidos	Cocaína	149	9	146	10	92	8
		Cocaína + Heroína	7	0,4	12	0,8	7	0,6
	Unidades de Desabilitação							
	Públicas	Cocaína	164	20	163	23	137	20
		Cocaína + Heroína	23	3	18	3	12	2
	Licenciadas	Cocaína	14	17	26	30	9	14
		Cocaína + Heroína	..	..	..	..	..	..
	Comunidades Terapêuticas							
	Públicas	Cocaína	42	61	28	46	23	40
		Cocaína + Heroína	1	1	..	..	..	..
Licenciadas	Cocaína	643	28	653	30	613	29	
	Cocaína + Heroína	48	2	46	2	49	2	
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		4	14	16	43	..	
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Cocaína	..	..	1	3	1	3
		Cocaína + Outras	8	36	20	61	10	25
Processos de Contraordenação	Só com Cocaína		501	6	415	5	448	4
	Cocaína + Outras Drogas		283	4	294	4	338	3

a) % relativa a cada indicador.

b) Mortes relacionadas com drogas, CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2015 ainda não disponíveis. Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico *online* e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

c) Casos de *overdose*.

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

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas, segundo o critério do OEDT, das 37 mortes relacionadas com o consumo de drogas registadas em 2014, 16 (43%) foram atribuídas a intoxicação por cocaína: 8 casos por intoxicação acidental (CID10: X42 e T40.5), 1 intencional (CID10: X62 e T40.5) e 7 casos em que se ignora se a intoxicação foi acidental ou intencional (CID10: Y12 e T40.5). Eram na sua grande maioria do sexo masculino (14 homens e 2 casos sem informação¹⁴⁷) e 56% tinham idades compreendidas entre os 45-54 anos, 31% entre os 25-34 anos e 13% entre os 35-39 anos. São de assinalar, apesar das cautelas a ter na leitura da evolução destes dados¹⁴⁸, os aumentos registados entre 2013 e 2014 nos óbitos relacionados com a cocaína.

Quanto aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2015 foi detetada a presença de cocaína em 28% das *overdoses* (64%, 36%, 52%, 26%, 50% e 43%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009) – 11 casos, 10 dos quais em associação com outras substâncias. Cerca de 18% tinham idades inferiores aos 35 anos, e 45% apresentavam idades iguais ou superiores a 45 anos. Em relação às 141 mortes registadas em 2015 com a presença de pelo menos uma

¹⁴⁷ Por razões de "segredo estatístico" (Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio).

¹⁴⁸ A implementação do certificado médico *online* iniciada em 2013 e concluída em todo o país em 2014, permitiu a melhoria da qualidade dos dados, nomeadamente a otimização da combinação dos códigos incluídos no critério do OEDT, o que exige algumas cautelas na leitura sobre a evolução destes dados.

substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁴⁹ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), a cocaína esteve presente em 18 destas mortes (13%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas.

No âmbito dos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, a cocaína continua a surgir com uma importante inferioridade numérica comparativamente à cannabis, embora com uma expressão muito idêntica à da heroína. O número de processos relacionados apenas com cocaína (448), representaram 4% do total de processos relativos às ocorrências de 2015, proporção que vem a decrescer ligeiramente nos últimos anos (5%, 6%, 8%, 7%, 7% e 6%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). Relativamente a 2014, o número de processos relacionados só com cocaína aumentou +8%, acréscimo inferior ao registado a nível do total de processos de contraordenação (+15%). Este aumento contrariou a tendência de decréscimo ocorrida nos três anos anteriores. Nos processos envolvendo várias drogas, uma vez mais a presença da cocaína foi predominante, estando presente em 73% destes processos (3% do total de processos relativos às ocorrências de 2015). Os processos de contraordenação relacionados só com cocaína representaram entre 1% (Castelo Branco, Leiria e Évora) e 7% (Lisboa e Faro) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2015. Em valores absolutos, uma vez mais foram os distritos de Lisboa e do Porto que registaram os maiores números de processos relacionados só com cocaína.

2.2. Oferta

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁵⁰ -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 28% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a cocaína num período de 24 horas (se desejado), proporção superior à registada em 2011 (23%). Em 2014, cerca de 55% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 11% *impossível*, tendo sido estas proporções de 48% e 21% em 2011. Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, a facilidade percebida de acesso à cocaína era ligeiramente superior entre os jovens portugueses (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 25%).

Nos resultados do ESPAD 2015¹⁵¹, 11% dos alunos portugueses de 16 anos referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* arranjar cocaína, proporção igual à média europeia.

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁵², cerca de 73% dos consumidores de cocaína (ao longo da vida) consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 10% consideraram ser *muito difícil*.

¹⁴⁹ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹⁵⁰ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

¹⁵¹ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados. Nos anos anteriores não existia informação relativa à perceção sobre o acesso à cocaína.

¹⁵² Balsa *et al.*, 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 (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

A nível de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, uma vez mais foi consolidada a posição da cocaína como a segunda droga com maior visibilidade, tendência iniciada na segunda metade da década anterior. Em 2015, foi invertida a tendência de ligeiro decréscimo no último quinquénio, em vários indicadores da oferta.

Em 2015, tal como desde 2005, o **número de apreensões** de cocaína (1 081) foi superior ao de heroína, com um ligeiro acréscimo face a 2014 (+4%), ao contrário dos três anos anteriores. A tendência de aumento destas apreensões na segunda metade da década anterior atingiu os números mais elevados entre 2008 e 2010, ocorrendo uma quebra a partir de 2011, representando os valores dos últimos quatro anos os mais baixos desde 2005.

Registou-se um aumento relevante das **quantidades apreendidas** face ao ano anterior (+62%), representando o valor mais elevado desde 2008. A utilização de embarcações de recreio em 2015, foi bastante expressiva na obtenção destes resultados: verificou-se, em oito situações, o recurso a embarcações no transporte de cocaína, representando 90% do total da cocaína apreendida. Cerca de 22% das apreensões de cocaína envolveram **quantidades significativas**¹⁵³, representando, em termos de quantidades apreendidas, a quase totalidade (acima dos 99%) da cocaína confiscada no país em 2015.

Quanto às **rotas**, em termos das quantidades apreendidas destacaram-se as Antilhas e o Brasil como os principais países de proveniência da cocaína apreendida em Portugal em 2015. Portugal continua a funcionar como ponto de trânsito em matéria do tráfico internacional de cocaína, em particular nos fluxos provenientes da América do Sul com destino à Europa.

Uma vez mais os distritos de Lisboa e Porto destacaram-se em 2015 com o maior número de apreensões de cocaína (42% e 26% do total destas apreensões), embora tenha sido o distrito de Leiria e a Ilha da Madeira que registaram as maiores quantidades de cocaína apreendida (respetivamente 30% e 23% do total confiscado). As apreensões de crack continuam a ser pouco expressivas, com uma quantidade de 17 g confiscada em 2015, maioritariamente no distrito de Lisboa, mas também nos distritos de Setúbal e de Bragança.

Entre os meios utilizados no **transporte** da cocaína confiscada, tal como nos anos anteriores, destacou-se o transporte marítimo com as maiores quantidades apreendidas, assumindo as embarcações de recreio particular destaque nas quantidades apreendidas em 2015.

O **preço** médio¹⁵⁴ da cocaína em 2015 não apresentou alterações relevantes comparativamente a 2014 (48,63 €/grama em 2015 e 47,81 €/grama em 2014) e ao último quinquénio em geral, registando os sete últimos anos os valores mais elevados desde 2002. Nos últimos três anos verificou-se uma tendência de ligeira subida dos preços médios da cocaína. Em relação ao **grau de pureza**, de acordo com os resultados das análises realizadas no LPC/PJ a "amostras de rua"¹⁵⁵ das drogas apreendidas, constata-se que o grau de pureza médio da cocaína em pó (sal hidrocloreto, HCl) registou, em 2015, um valor inferior ao de 2014 (% : 40,1 em 2014 e 34,6 em 2015), contrariamente à tendência de subida nos três anos anteriores. No entanto, o valor de 2015 enquadra-se nos valores dos últimos sete anos.

¹⁵³ Consideradas no caso da cocaína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas.

¹⁵⁴ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido. Em 2015, 21% das apreensões de cocaína tinham informação sobre o preço.

¹⁵⁵ Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

Quadro 31 - Cocaína: Alguns Indicadores sobre a Oferta
2013 - 2015

Indicadores da Oferta		2013		2014		2015	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	1 108		1 042		1 081	
	Quantidades Apreendidas (kg)^{b)}	2 440		3 715		6 029	
	Preço Médio (grama)^{c)}	47,00 €		47,81 €		48,63 €	
	Potência / Pureza (média)	37,3%		40,1%		34,6%	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Cocaína	591	11	561	10	578	9
	Cocaína+ Outras Drogas	1 035	19	880	16	1 073	17
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Cocaína	309	14	274 ^{d)}	15	261 ^{d)}	16
	Cocaína+ Outras Drogas	466	21	426 ^{d)}	23	306 ^{d)}	19

a) % relativa a cada indicador.

b) Não incluídas as quantidades apreendidas de cocaína com outras unidades de medida/formas de apresentação (Quadro 113 em Anexo); em 2015, 17 g de crack.

c) Em 2014, para efeitos de cálculo do preço médio da cocaína, foram retirados dois registos considerados como "informação não válida".

d) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados relativos a 2015 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2015 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2016 e 31/03/2017.

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

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse apenas de cocaína (578) foi ligeiramente superior ao de 2014 (+3%), apesar de este acréscimo ter sido menos relevante do que o ocorrido no total de presumíveis infratores (+16%). Este aumento contrariou a tendência de decréscimo ocorrida nos três anos anteriores. Nos últimos três anos e por comparação ao triénio 2010-2012, decresceu o número de presumíveis infratores que estavam na posse só de cocaína, continuando a ser superior ao dos que detinham apenas heroína. Quanto à proporção dos que detinham só cocaína no conjunto dos presumíveis infratores, constata-se nos últimos anos uma tendência para a estabilidade, após o acréscimo ocorrido na primeira metade da década anterior (9% em 2015, 10% em 2014, 11% em 2013, 2012, 2011 e 2010, e 10% em 2009). Tal como nos anos anteriores, as situações relacionadas só com a posse de cocaína continuam a ter bastante mais importância relativa no grupo de presumíveis traficantes do que no de traficantes-consumidores. Nas situações relacionadas com várias drogas, em 2015 e tal como sucedido nos últimos anos, a presença de cocaína foi predominante, surgindo em 77% destas situações (17% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2015¹⁵⁶ foram condenados 261 indivíduos na posse só de cocaína, representando 16% do total das condenações (15% em 2014, 14% em 2013, 16% em 2012, 15% em 2011, e 16% em 2010 e 2009). Desde 2006 que o número destas condenações é superior ao das condenações envolvendo apenas heroína, consolidando a tendência dos últimos anos de maior visibilidade da cocaína nestes circuitos. Mais uma vez e tal como ocorrido com os presumíveis infratores, as situações relacionadas apenas com a posse de cocaína continuam a ter uma maior importância relativa nos condenados por tráfico do que nos consumidores. Nas condenações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, em 2015, a cocaína surgiu em 82% destas situações (19% do total das condenações).

¹⁵⁶ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2015 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2016 e 31/03/2017.

3. Heroína / Opiáceos

3.1. Consumos e Problemas relacionados

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

Em 2012 foi realizado em Portugal o *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁵⁷, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos¹⁵⁸ residente em Portugal.

Neste estudo, a heroína surgiu em 2012 com prevalências de consumo muito residuais na população total e na jovem adulta (15-34 anos). Entre 2007 e 2012, registaram-se diminuições das prevalências de consumo ao longo da vida¹⁵⁹ na população total (de 1,1% para 0,6%) e na jovem adulta (de 1,1% para 0,3%) bem como nas prevalências de consumo nos últimos 12 meses (na população total passou de 0,3% para 0% e na jovem adulta de 0,4% para 0%). As taxas de continuidade do consumo¹⁶⁰ também diminuiram 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 (1,1% e 0% na população total e 0,6% e 0,1% na jovem adulta) mais elevadas do que as mulheres (0,1% e 0,1% na população total e 0% e 0% na jovem adulta), embora estas apresentassem taxas de continuidade do consumo mais altas (à custa dos 45-54 anos).

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

Em 2015, foi realizado pela primeira vez o inquérito *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*¹⁶¹, que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2015 (convocados para o Dia da Defesa Nacional). Neste estudo, a heroína e os outros opiáceos não foram discriminados, estando estes consumos incluídos na categoria *outras substâncias*.

¹⁵⁷ Balsa *et al.*, 2014.

¹⁵⁸ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

¹⁵⁹ As descidas das prevalências de consumo ao longo da vida não são frequentes, mas por vezes ocorrem alterações relevantes nas populações. Os investigadores responsáveis pelo estudo avançam como uma das hipóteses mais plausíveis, a alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração no período do estudo.

¹⁶⁰ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

¹⁶¹ Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 70 646 jovens de 18 anos em 2015, estando prevista a sua replicação anual.

No estudo mais recente realizado em Portugal sobre *Estimativas do Consumo Problemático/de Alto Risco de Drogas*¹⁶², as estimativas de 2012 apontaram, a nível de Portugal Continental, para uma taxa por mil habitantes de 15-64 anos de 4,9 para os consumidores recentes de opiáceos¹⁶³, sendo inferior à de consumidores recentes de cocaína.

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2013-2015, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹⁶⁴ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹⁶⁵ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD¹⁶⁶ (alunos dos 13 aos 18 anos).

Nos estudos dos últimos 20 anos, as prevalências de consumo de heroína nunca ultrapassaram os 4%, com tendência para a estabilidade e decréscimo entre o início e o final da primeira década do milénio.

Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2014** e **2015** nas populações escolares - o *HBSC/OMS* em 2014, e o *ESPAD* e o *ECATD-CAD* em 2015 – reforçaram a tendência de descida dos consumos de heroína a nível dos vários os grupos etários.

Quadro 32 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Heroína ao Longo da Vida (%)

			2010 - 2015				
			Consumos				
Estudos			2010	2011	2012	2014	2015
População Geral	INPG	Total (15-64 anos)	-	-	0,6	-	-
		Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	0,3	-	-
	DDN	18 anos	-	-	-	-	-
Pop. Reclusa	INCAMP		-	-	-	26,3	-
População Escolar	ESPAD	16 anos	-	2	-	-	1
	HBSC/OMS	6.º/ 8.º/10.º ano	1,4	-	-	2,0 ^{a)}	-
	ECATD	13 anos	-	1,0	-	-	0,7
		14 anos	-	1,6	-	-	0,9
		15 anos	-	2,6	-	-	1,2
		16 anos	-	2,2	-	-	1,0
17 anos		-	2,1	-	-	1,2	
18 anos	-	1,7	-	-	1,0		
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE	14-20 anos	-	-	-	-	7,1

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

Fonte: Balsa *et al.*, 2014; Carapinha & Calado, 2016; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

¹⁶² Ribeiro *et al.*, 2014.

¹⁶³ Não é possível a comparação com as estimativas nacionais realizadas em anos anteriores, uma vez que estas não eram desagregadas por tipo de substância.

¹⁶⁴ Matos *et al.*, 2015. Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014 encontram-se publicados.

¹⁶⁵ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹⁶⁶ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming* e *gambling*), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

Em 2014, nos resultados do *HBSC/OMS 2014* relativos aos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade, as prevalências de consumo de heroína continuavam a ser das mais baixas: 2% dos alunos já tinham experimentado, 2% dos do 8.º ano e 2% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (3% face a 1% no grupo feminino).

No *ECATD-CAD 2015*, as prevalências de consumo de heroína ao longo da vida foram cerca de 1% em todas as idades (entre 0,7% nos 13 anos e 1% nos mais velhos). Estas prevalências foram, em todas as idades, inferiores às registadas em 2011.

No *ESPAD 2015*, a prevalência de consumo ao longo da vida de heroína (1%) foi inferior à de 2011 (2%). Esta prevalência foi igual à média europeia, sendo idêntica no grupo masculino (1%) e no feminino (1%) portugueses, por comparação às respetivas médias europeias (1% e 1%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*¹⁶⁷, um estudo periódico antes limitado à área das drogas (2001 e 2007), e agora alargado ao álcool e ao jogo. Em 2014, 26% da população reclusa declarou ter consumido heroína alguma vez ao longo da vida, 8% na atual reclusão e 5% nos últimos 12 meses na atual reclusão. O consumo de outros opiáceos era mais residual, com prevalências de consumo de metadona e de buprenorfina não prescritas de 10% e 9% ao longo da vida e, de 3% e 3% na atual reclusão. Entre 2007 e 2014 verificaram-se diminuições das prevalências de consumo de heroína em todos os contextos e temporalidades.

Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹⁶⁸. Tal como em outras populações juvenis, também o consumo de opiáceos é dos menos prevalentes entre estes jovens, apesar de ser mais comum do que em outras populações juvenis. Cerca de 7% dos inquiridos já tinham consumido heroína (antes e/ou após o início do internamento) e 4% e 3% fizeram-no nos últimos 12 meses e 30 dias anteriores ao internamento. É muito residual o consumo de heroína após o início do internamento¹⁶⁹ (inferior a 1% em qualquer temporalidade) e nulo no Centro Educativo. Quanto a outros opiáceos, 3% dos inquiridos já tinham consumido alguma vez metadona/buprenorfina não prescrita e 1% fizeram-no nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias anteriores ao internamento, sendo idênticas as prevalências relativas ao consumo de *outros opiáceos*. É também muito residual o consumo destes opiáceos após o início do internamento.

Em 2015, a heroína continua a ter um papel muito relevante nos vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, como na procura de tratamento e mortes, para além dos decorrentes da prática de consumo injetado, como as doenças infecciosas. No entanto, persiste a tendência de decréscimo da sua importância relativa no último quinquénio, por comparação com os anos anteriores.

No contexto da **procura de tratamento**, entre os utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁷⁰, uma vez mais a heroína surgiu como a droga predominante na maioria dos grupos de utentes que recorreram em 2015 às diferentes estruturas de tratamento, com exceção dos novos utentes em ambulatório e no caso dos utentes das Comunidades

¹⁶⁷ Torres et al., 2015.

¹⁶⁸ Carapinha et al., 2016. Este inquérito foi aplicado à população de jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

¹⁶⁹ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

¹⁷⁰ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

Terapêuticas com proporções próximas às da cocaína (CT públicas e licenciadas) e às da cannabis (CT licenciadas). De um modo geral, mantém-se a tendência dos últimos anos de diminuição do número de utentes com a heroína como droga principal, com exceção do aumento entre 2014 e 2015 do número de novos utentes com heroína como droga principal. As referências a outros opiáceos enquanto droga principal foram inferiores ou iguais a 2%.

Quadro 33 - Opiáceos: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2013 - 2015

Consumos e Problemas relacionados			2013		2014		2015	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos								
Procura Tratamento: Droga Principal	Ambulatório (Rede Pública)							
	Utentes em Tratamento Ano	Heroína	17 112	82	16 939	80	16 634	79
		Heroína + Cocaína	69	0,3	82	0,4	96	0,5
		Outros Opiáceos	152	1	183	1	183	1
	Novos Utentes	Heroína	355	26	329	24	429	27
		Heroína + Cocaína	10	1	5	0,4	12	0,8
		Outros Opiáceos	16	1	22	2	17	1
	Utentes Readmitidos	Heroína	1 231	77	1 147	77	874	75
		Heroína + Cocaína	7	0,4	12	0,8	7	0,6
		Outros Opiáceos	15	1	20	1	18	2
	Unidades de Desabilitação							
	Públicas	Heroína	530	66	463	66	465	68
		Heroína + Cocaína	23	3	18	3	12	2
		Outros Opiáceos	24	3	13	2	15	2
	Licenciadas	Heroína	56	69	52	60	49	77
		Heroína + Cocaína	..	..	..	..	..	..
		Outros Opiáceos	1	1	..	..	..	..
	Comunidades Terapêuticas							
	Públicas	Heroína	16	23	22	36	25	43
		Heroína + Cocaína	1	1	..	..	..	..
Outros Opiáceos		..	..	..	..	..	..
Licenciadas	Heroína	978	42	772	35	697	33	
	Heroína + Cocaína	48	2	46	2	49	2	
	Outros Opiáceos	10	0,4	11	1	17	1	
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		5	18	13	35	..	..
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Opiáceos ^{d)}	1	5	1	3	2	5
		Opiáceos ^{d)} + Outras	9	41	14	42	19	48
		Só com Metadona	..	..	2	6	1	3
		Metadona + Outras	6	27	12	36	9	23
	Só com Buprenorfina	..	..	..	..	..	..
	Buprenorfina + Outras	1	5	..	..	..	..
Processos de Contraordenação	Só com Heroína		467	6	426	5	490	5
	Heroína + Outras Drogas		244	3	251	3	233	2

a) % relativa a cada indicador.

b) Mortes relacionadas com drogas, CID 10 - Protocolo OEDT. Dados de 2015 ainda não disponíveis. Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico online e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

c) Casos de overdose.

d) Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

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

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., de acordo com o critério do OEDT, das 37 mortes relacionadas com o consumo de drogas registados em 2014, 1 (3%) foi atribuída a

intoxicação por heroína (CID10: Y12 e T40.1), 7 (19%) por metadona (CID10: X42 e T40.3 (1 caso); Y12 e T40.3 (6 casos)), 3 (8%) por outros opiáceos (CID10: X42 e T40.2 (2 casos); Y12 e T40.2 (1 caso)), e 2 (5%) a intoxicação por outros narcóticos sintéticos (CID10: Y12 e T40.4). Estes casos eram na sua maioria masculinos (10 homens, 1 mulher, 2 sem informação¹⁷¹) e 38% tinham idades entre os 35-49 anos, 38% entre os 50-59 anos e 23% menos de 30 anos. São de assinalar em 2014, apesar das cautelas a ter¹⁷², os aumentos destes óbitos, em particular com a metadona.

Quanto aos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2015, é de destacar a presença de opiáceos¹⁷³ em 53% das overdoses (45%, 46%, 48%, 42%, 73% e 88%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009) – 21 casos, 19 dos quais em associação com outras substâncias lícitas e/ou ilícitas. A metadona surgiu em 25% das overdoses (42%, 27%, 31%, 53%, 15% e 4%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009) – 10 casos, 9 em associação com outras substâncias. Cerca de 40% dos casos com opiáceos tinham 45 ou mais anos e 35% entre 40-44 anos, e 40% dos casos com metadona tinham 45 ou mais anos e 30% menos de 35 anos. Em relação às 141 mortes registadas em 2015 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁷⁴ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), os opiáceos e a metadona estiveram presentes respetivamente em 42 casos (30%) e 17 casos (12%), na sua maioria em associação com outras substâncias ilícitas e/ou lícitas.

No contexto dos **processos de contraordenação por consumo de drogas** que envolvem apenas uma droga, a heroína continua a ter um peso bastante inferior ao da cannabis e semelhante ao da cocaína. Em 2015, os processos relacionados apenas com heroína (490) representaram 5% do total de processos relativos às ocorrências desse ano (5%, 6%, 8%, 9%, 14% e 11%, respetivamente em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). Em relação a 2014 verificou-se um acréscimo de processos relacionados apenas com heroína (+15%), idêntico ao registado a nível do total de processos (+15%), contrariamente ao decréscimo verificado nos anos anteriores. Nos processos envolvendo várias drogas, a heroína continua a perder importância relativamente a outras drogas, estando em 2015 presente em 51% destes processos (2% do total de processos). Os processos relacionados só com heroína representaram entre 3% (Porto, Aveiro, Coimbra, Castelo Branco e Portalegre) e 23% (Beja) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2015. Em valores absolutos, foram os distritos de Lisboa, Porto e Braga que registaram os números mais elevados de processos relacionados só com heroína.

3.2. Oferta

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁷⁵ -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 24% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* aceder a heroína num período de 24 horas (se desejado), proporção superior à registada em 2011 (18%). Em 2014, cerca de 58% dos jovens portugueses consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e

¹⁷¹ Por razões de "segredo estatístico" (Lei do SEN, Lei n.º 22/2008 de 13 de maio).

¹⁷² A implementação do certificado médico *online* iniciada em 2013 e concluída em todo o país em 2014, permitiu a melhoria da qualidade dos dados, nomeadamente a otimização da combinação dos códigos incluídos no critério do OEDT, o que exige algumas cautelas na leitura sobre a evolução destes dados.

¹⁷³ Inclui heroína, morfina, codeína e tramadol.

¹⁷⁴ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹⁷⁵ The Gallup Organization, 2011.DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

13% impossível, tendo sido estas proporções de 47% e 24% em 2011. Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso à heroína (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 13%).

Nos resultados do *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁷⁶, cerca de 79% dos consumidores de heroína (ao longo da vida) consideraram *fácil ou muito fácil* aceder a esta substância num período de 24 horas (se desejado) e 6% consideraram ser *muito difícil*.

A nível de vários indicadores da oferta de drogas constatou-se, em 2015, uma quebra na tendência de diminuição da importância da heroína dos anos anteriores, após o pico pontual em 2009 e 2010, em que alguns indicadores registaram os valores mais elevados da década.

Em 2015, o número de **apreensões** de heroína (763) cresceu em relação a 2014 (+11%), ano em que se registou o valor mais baixo desde 2002. Uma vez mais foi inferior ao número de apreensões de cocaína (desde 2005 e contrariamente aos anos anteriores), e pelo segundo ano consecutivo foi também inferior ao de cannabis herbácea. Apesar do aumento do número de apreensões de heroína verificado em 2015, estas tinham vindo a diminuir continuamente desde 2011, registando-se nos últimos quatro anos os valores mais baixos desde 2002.

As **quantidades** confiscadas em 2015 aumentaram face a 2014 (+151%), após as diminuições verificadas nos três anos anteriores, que consolidaram a tendência de diminuição das quantidades apreendidas na segunda metade da década anterior face à primeira. Cerca de 7% das apreensões de heroína envolveram **quantidades significativas**¹⁷⁷, representando no entanto, em termos das quantidades apreendidas, 95% da heroína confiscada no país em 2015.

No que respeita a outras substâncias opiáceas, tal como nos anos anteriores, em 2015 registaram-se apreensões de metadona (1 g, 8 comprimidos e 7 frascos) e de buprenorfina (1 g e 55 comprimidos), assim como de morfina (5 g), codeína (4 g) e de ópio (8g).

Quanto às **rotas**, destacaram-se a Espanha e a Holanda como os países de proveniência da heroína confiscada em Portugal em 2015 e com informação em matéria de rotas¹⁷⁸, destinando-se na sua totalidade ao mercado interno. Uma vez mais os distritos de Lisboa e do Porto registaram o maior número de apreensões de heroína (cada um com 27% do total destas apreensões), sendo Lisboa, Setúbal e o Porto que registaram a maioria da heroína apreendida no país em 2015 (58%, 20% e 11% do total confiscado). Em 2015, as apreensões de metadona ocorreram em Lisboa, Braga, Vila Real e Setúbal, e as de buprenorfina na Ilha de São Miguel e no distrito de Lisboa. As apreensões de ópio registaram-se nos distritos de Portalegre e do Porto, a única apreensão de morfina ocorreu em Beja e a única apreensão de codeína no Porto.

Entre os meios utilizados no **transporte** da heroína confiscada, tal como nos anos anteriores, destacou-se o transporte terrestre com as maiores quantidades apreendidas em 2015.

¹⁷⁶ Balsa *et al.*, 2014. Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

¹⁷⁷ Consideradas no caso da heroína as quantidades iguais ou superiores a 100 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. As percentagens aqui apresentadas foram calculadas sobre as apreensões expressas em gramas.

¹⁷⁸ Em 2015, apenas uma minoria da heroína apreendida tinha informação em matéria de rotas.

O **preço** médio¹⁷⁹ da heroína manteve-se estável em relação a 2014 (31,61 €/grama em 2015 e 31,47 €/grama em 2014). Nos últimos três anos registou-se uma tendência de subida dos preços médios, embora ainda com valores inferiores aos verificados entre 2002 e 2011. Quanto ao **grau de pureza**, segundo os resultados das análises do LPC/PJ a "amostras de rua"¹⁸⁰ da heroína castanha apreendida, registou-se pelo segundo ano consecutivo, um aumento da sua pureza média em 2015 (%: 14,0 em 2014 e 19,5 em 2015), após a estabilidade verificada entre 2011 e 2013, mantendo-se no entanto com valores inferiores aos registados entre 2007 e 2010.

Quadro 34 - Heroína: Alguns Indicadores sobre a Oferta
 2013 - 2015

Indicadores da Oferta		2013		2014		2015	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Interpelações Policiais	Apreensões	792		690		763	
	Quantidades Apreendidas (kg)	55		39		97	
	Preço Médio (grama)	25,64 €		31,47 €		31,61 €	
	Potência / Pureza (média)	12,6%		14,0%		19,5%	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Heroína	314	6	308	6	341	5
	Heroína + Outras Drogas	896	16	680	12	790	12
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Heroína	224	10	127 ^{b)}	7	96 ^{b)}	6
	Heroína + Outras Drogas	455	21	386 ^{b)}	21	264 ^{b)}	16

a) % relativa a cada indicador.

b) De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados relativos a 2015 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2015 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2016 e 31/03/2017.

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 acréscimo do número de presumíveis infratores na posse só de heroína (341) face a 2014 (+11%), menor do que o ocorrido com o total de presumíveis infratores (+16%). Este acréscimo inverteu a tendência de decréscimo dos três anos anteriores. Após a descida na primeira metade da década anterior, seguida de uma estabilidade e um pico em 2009, constatou-se novamente uma descida até 2014, em que atingiu o valor mais baixo de sempre. Mantém-se a descida das proporções de presumíveis infratores na posse só de heroína no conjunto de presumíveis infratores: 5%, 6%, 6%, 7%, 8%, 11% e 12% dos casos, em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009. Nas situações de posse de várias drogas, a heroína continua a ser relevante embora já não predominante, estando em 2015 presente em 57% destas situações (12% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações ao abrigo da Lei da Droga**, em 2015¹⁸¹ foram condenados 96 indivíduos na posse apenas de heroína, representando 6% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (7% em 2014, 10% em 2013 e 2012, 11% em 2011, 12% em 2010 e 2009). Desde 2003 que a heroína deixou de ser a principal substância nas situações relacionadas apenas com uma droga a favor da cannabis, e desde 2006 que o número destas condenações passou a ser inferior ao das envolvendo só cocaína. Nas situações relacionadas com a posse simultânea de várias drogas, a heroína surge em 2015, em 70% destas situações (16% do total das condenações).

¹⁷⁹ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido. Em 2015, 24% das apreensões de heroína tinham informação sobre o preço.

¹⁸⁰ Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

¹⁸¹ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2015 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2016 e 31/03/2017.

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 em 2012 como a segunda droga preferencialmente consumida, embora com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis e próximas às das restantes drogas. Nos estudos nacionais mais recentes em populações escolares (2014 e 2015) o ecstasy também surge com prevalências de consumo muito inferiores às de cannabis e próximas às das restantes drogas, e como a segunda droga mais consumida entre os mais velhos. A nível da população reclusa, em 2014 e tal como em 2007, as prevalências de consumo de ecstasy continuam a ser bastante inferiores às de cannabis, e também inferiores às de cocaína e de heroína.

Em 2012 foi realizado em Portugal o III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*¹⁸², replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15-64 anos¹⁸³ 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 vida¹⁸⁴ (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 consumo¹⁸⁵ entre 2007 e 2012, na população total (de 32,7% para 19,4%) e na jovem adulta (de 35,1% para 26,3%).

Os homens registaram prevalências de consumo de ecstasy mais elevadas (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 2,0% e 0,4% na população total e de 3,6% e 0,8% na jovem adulta) do que as mulheres (prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses de 0,6% e 0,1% na população total e de 1,0% e 0,4% na jovem adulta), embora o grupo feminino apresente taxas de continuidade do consumo mais altas.

Lisboa (NUTS II) registou em 2012 prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima da média nacional, tanto na população total como na jovem

¹⁸² Balsa *et al.*, 2014.

¹⁸³ Em 2012, o estudo foi realizado na população 15-74 anos, existindo uma amostra dos 15-64 anos para efeitos comparativos com os estudos realizados nos anos anteriores (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

¹⁸⁴ 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.

¹⁸⁵ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

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).

Em 2015, foi realizado pela primeira vez o inquérito *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*¹⁸⁶, que teve como população-alvo os jovens que completaram 18 anos em 2015 (convocados para o Dia da Defesa Nacional). Neste estudo, o *ecstasy* foi agregado no grupo de anfetaminas/metanfetaminas, grupo este que surgiu com as maiores prevalências de consumo a seguir à cannabis: 7% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 3% nos últimos 30 dias¹⁸⁷.

Quanto 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 2014¹⁸⁸ -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional de *ecstasy* continuava a ser superior (57%) comparativamente à cannabis, sendo mais semelhante em relação às novas substâncias psicoativas. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o consumo regular de *ecstasy* (93%). Estas proporções de atribuição de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional e ao consumo regular de *ecstasy* foram superiores às registadas entre os jovens portugueses em 2011 (respetivamente 51% e 89%) e idênticas às médias europeias em 2014.

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2013-2015, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS¹⁸⁹ (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD¹⁹⁰ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD¹⁹¹ (alunos dos 13 aos 18 anos). Os estudos anteriores realizados nos últimos 20 anos evidenciaram sempre prevalências de consumo de *ecstasy* iguais ou inferiores a 4%. Não obstante as oscilações quadrienais das prevalências de consumo, constatou-se que, no final da primeira década do milénio, as prevalências de consumo de *ecstasy* eram, de um modo geral, inferiores às do início do milénio.

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

Em 2014, nos resultados do *HBSC/OMS 2014* relativos aos alunos dos 8.º e 10.º ano de escolaridade, o *ecstasy* apresentou prevalências de consumo próximas às das outras drogas

¹⁸⁶ Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 70 646 jovens de 18 anos em 2015, estando prevista a sua replicação anual.

¹⁸⁷ A informação mais detalhada sobre os consumos de anfetaminas/metanfetaminas consta no capítulo *Outras Drogas e Policonsumos*.

¹⁸⁸ 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 uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

¹⁸⁹ Matos *et al.*, 2015. Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014 encontram-se publicados.

¹⁹⁰ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

¹⁹¹ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming* e *gambling*), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

que não a cannabis: 2% dos alunos já tinham experimentado, 2% dos do 8.º ano e 3% dos do 10.º ano. Estas declarações de experimentação foram superiores no grupo masculino (3% face a 2% no grupo feminino). Entre 2010 e 2014 verificou-se uma certa estabilidade das prevalências de consumo de ecstasy.

Quadro 35 - Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Ecstasy ao Longo da Vida (%)
2010 - 2015

Estudos	Consumos						
	2010	2011	2012	2014	2015		
População Geral	INPG	Pop. Total (15-64 anos)	-	-	1,3	-	-
		Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	-	-	2,3	-	-
	DDN	18 anos	-	-	-	-	-
Pop. Reclusa	INCAMP		-	-	-	19,1	-
População Escolar	ESPAD	16 anos	-	3	-	-	2
		HBSC/OMS (6.º/ 8.º/10.º ano)	1,8	-	-	2,3 ^{a)}	-
	ECATD	13 anos	-	1,1	-	-	0,7
		14 anos	-	1,7	-	-	0,9
		15 anos	-	2,7	-	-	1,2
		16 anos	-	3,0	-	-	2,0
		17 anos	-	2,7	-	-	3,0
18 anos	-	3,0	-	-	3,7		
Pop. Jovem Internada em Centros Educativos	INCACE	14-20 anos	-	-	-	-	20,1

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

Fonte: Balsa *et al.*, 2014; Carapinha & Calado, 2016; Torres *et al.*, 2015; Hibell *et al.*, 2012; ESPAD Group, 2016; Matos *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2015; Feijão *et al.*, 2012; Feijão, 2016; Carapinha *et al.*, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

No **ECATD-CAD 2015**, as prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida variaram entre os 1% (13, 14 e 15 anos) e 4% (18 anos), as dos últimos 12 meses entre os 0,5% (14 anos) e 2% (16, 17 e 18 anos), e as dos últimos 30 dias entre os 0,3% (14 e 15 anos) e 1% (16, 17 e 18 anos). De um modo geral, estas prevalências foram inferiores às registadas em 2011, exceto nos alunos de 17 e 18 anos, em que se mantiveram muito próximas às de 2011.

No **ESPAD 2015**, a prevalência de consumo ao longo da vida de ecstasy (2%) foi um pouco inferior à registada em 2011 (3%). Esta prevalência foi igual à média europeia, sendo ligeiramente inferior no grupo masculino (2%) e igual no grupo feminino (2%) portugueses, comparativamente às respetivas médias europeias (3% e 2%).

Quanto aos resultados do ESPAD sobre o risco percebido associado ao consumo de ecstasy, em 2015, 76% dos alunos referiram ser de *grande risco* o seu consumo regular e, 35% o *experimentar uma ou duas vezes* (78% e 38% em 2011, e 74% e 39% em 2007). Comparativamente às médias europeias (respetivamente 71% e 33%), os alunos portugueses percecionavam o consumo de ecstasy como de maior risco.

No contexto da **população reclusa**, foi realizado o **Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014**¹⁹², um estudo periódico antes

¹⁹² Torres *et al.*, 2015.

limitado à área das drogas (2001 e 2007), e agora alargado ao álcool e ao jogo. Em 2014, 19% dos inquiridos declararam ter consumido ecstasy alguma vez na vida, 2% na atual reclusão e 2% nos últimos 12 meses na atual reclusão. Tal como em 2007, estas prevalências foram um pouco superiores às de anfetaminas. Entre 2007 e 2014, verificou-se uma ligeira diminuição das prevalências de consumo durante a atual reclusão.

Em 2015, foi realizado a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*¹⁹³. Estes jovens apresentaram prevalências de consumo de ecstasy superiores às de outras populações juvenis. Cerca de 20% já tinham consumido ecstasy ao longo da vida e 14% e 7% nos últimos 12 meses e 30 dias anteriores ao internamento. Verificou-se uma significativa redução dos consumos com o início do internamento¹⁹⁴ (3% e 2% nos últimos 12 meses e 30 dias), sendo nulo dentro do Centro Educativo. A nível dos consumos recentes e atuais após o início do internamento, o ecstasy é a substância com maiores prevalências de consumo a seguir à cannabis (prevalência de consumo atual igual à do LSD).

Nos indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, o ecstasy continua a ter um papel residual, mas desde 2011 com um pouco mais de visibilidade em alguns indicadores.

Quadro 36 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos
2013 - 2015

Consumos e Problemas relacionados			2013		2014		2015	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos								
Procura Tratamento: Droga principal	Ambulatório (Rede Pública)	Utentes Tratam. Ano	19	0,1	22	0,1	21	0,1
		Novos Utentes	5	0,4	5	0,4	7	0,4
		Utentes Readmitidos	..		..		1	0,1
	Unidades de Desabituação	Utentes Públicas	1	0,1	..		..
		Utentes Licenciadas	..		..		..
	Comunidades Terapêuticas	Utentes Públicas	..		..		1	2
Utentes Licenciadas		11	0,5	16	0,7	9	0,4	
Mortalidade	Registos Gerais de Mortalidade, INE, I.P. ^{b)}		–		–		–	
	Registos Específicos de Mortalidade INMLCF, I.P. ^{c)}	Só com Ecstasy	..		..		..
		Ecstasy + Outras	2	9	2	6	..	
Processos de Contraordenação	Só com Ecstasy		32	0,4	38	0,5	65	0,6
	Ecstasy + Outras Drogas		38	0,5	39	0,5	69	0,7

a) % relativa a cada indicador.

b) *Mortes relacionadas com drogas*, CID 10 - Protocolo OEDT. Não existem códigos específicos para o ecstasy, estando incluído na categoria de psicoestimulantes. Dados de 2015 ainda não disponíveis. Em 2013 foi iniciada a implementação do certificado médico *online* e, em 2014, pela primeira vez o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) abrangeu todos os óbitos registados no País.

c) Casos de *overdose*.

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

No âmbito da **procura de tratamento**, no que se refere aos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas¹⁹⁵, as referências ao ecstasy enquanto droga principal continuam a ser muito residuais nos grupos de utentes que em 2015 estiveram em tratamento nas diferentes estruturas de tratamento (inferiores a 2%).

¹⁹³ Carapinha *et al.*, 2016. Este inquérito foi aplicado à população de jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

¹⁹⁴ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

¹⁹⁵ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas no contexto das estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., não existe informação específica sobre os óbitos relacionados com o consumo de ecstasy, estando incluídos na categoria de psicoestimulantes.¹⁹⁶

Nos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2015 não houve overdoses com a presença de ecstasy (2 casos em 2014 e 2013, e 1 caso em 2012 e 2011, sem registos de overdoses com ecstasy entre 2008 e 2010). Nas 141 mortes verificadas em 2015 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas¹⁹⁷ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), apenas 1 caso tinha ecstasy.

Também nos **processos de contraordenação por consumo de drogas**, o ecstasy continua a ter valores residuais, apesar da tendência de aumento nos últimos quatro anos. Em 2015 e tal como nos anos anteriores, menos de 1% dos processos de contraordenação por consumo estavam relacionadas só com ecstasy, representando o valor (65) mais elevado desde 2001 e um aumento de +71% face a 2014, acréscimo superior ao verificado no total de processos (+15%). Nos processos envolvendo várias drogas, em 2015, o ecstasy esteve presente em 15% destes processos (0,7% do total de processos). Os processos relacionados só com ecstasy representaram entre 0% (Viana do Castelo, Vila Real e Évora) e 3% (Bragança) dos processos abertos em cada CDT relativos às ocorrências de 2015. Em termos absolutos, foram os distritos de Lisboa e do Porto que registaram os maiores números de processos relacionados só com ecstasy.

4.2. Oferta

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs* em 2011 e *Young People and drugs* em 2014¹⁹⁸ -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, 26% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* obter ecstasy em 24 horas, proporção superior à de 2011 (22%). Cerca de 58% consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 10% *impossível*, tendo sido estas proporções de 49% e 20% em 2011. Comparando com a média europeia (*relativamente fácil ou muito fácil*: 23%), constata-se que a facilidade percebida de acesso a ecstasy era ligeiramente superior entre os jovens portugueses.

No ESPAD¹⁹⁹, o ecstasy tem sempre sido considerada pelos alunos de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis, diminuindo a facilidade percebida de acesso entre 2003 e 2015 (10%, 15%, 16% e 21%, em 2015, 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil*). Em 2015, os alunos portugueses tinham uma perceção de facilidade de acesso ao ecstasy um pouco inferior à média europeia (*relativamente fácil ou muito fácil*: 12%).

¹⁹⁶ A informação mais detalhada sobre os óbitos relacionados com anfetaminas/metanfetaminas consta no capítulo *Outras Drogas e Policonsumos*.

¹⁹⁷ Com base na causa de morte direta e etiologia médico-legal.

¹⁹⁸ The Gallup Organization, 2011. DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

¹⁹⁹ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

No III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*²⁰⁰, 69% dos consumidores de ecstasy (ao longo da vida) consideraram fácil ou muito fácil aceder a esta substância em 24 horas (se desejado) e 10% ser muito difícil.

No âmbito de vários indicadores do domínio da oferta de drogas ilícitas, o ecstasy tem vindo a ganhar um pouco mais de visibilidade nos últimos anos, apesar de continuar a apresentar valores pouco expressivos por comparação às outras drogas.

Em 2015 registaram-se 173 **apreensões** de ecstasy, representando um acréscimo de +25% em relação ao ano anterior e o valor mais elevado desde 2003. Após os decréscimos verificados entre 2006 e 2009, verifica-se desde então uma tendência para um aumento destas apreensões.

Também as **quantidades** de ecstasy²⁰¹ confiscado em 2015 registaram um acréscimo muito significativo em relação a 2014 (+610%), ano em que se verificou o valor mais baixo desde 2002. Em 2015, 10% das apreensões de ecstasy envolveram **quantidades significativas**²⁰², representando em quantidades apreendidas, cerca de 91% do ecstasy confiscado no país.

Quanto às **rotas**, a Holanda e a França foram os principais países de proveniência do ecstasy confiscado em Portugal em 2015 e com informação em matéria de rotas, destinando-se quase todo ao mercado externo. Os distritos de Lisboa e de Santarém registaram os maiores números de apreensões (41% e 11% do total destas apreensões), com o distrito de Lisboa a apresentar as maiores quantidades apreendidas (81% do total confiscado no país em 2015).

Quadro 37 - Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta
2013 - 2015

Indicadores da Oferta		2013		2014		2015	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Indicadores Indiretos							
Policiais	Apreensões	80		138		173	
	Quantidades Apreendidas^{b)} (kg)	14 554		7 169		50 934	
	Preço Médio (compr.)	- ^{c)}		4,43 €		2,58 €	
	Potência / Pureza (média)	77%		80,0%		88,1%	
	Presumíveis Infratores						
	Só com Ecstasy	8	0,1	16	0,3	25	0,4
	Ecstasy + Outras Drogas	135	2	182	3	266	4
Condenações	Indivíduos Condenados						
	Só com Ecstasy	9	0,4	3 ^{d)}	0,2	5 ^{d)}	0,3
	Ecstasy + Outras Drogas	50	2	53 ^{d)}	3	39 ^{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 2015, foram apreendidos 1 555 g de ecstasy moído e 35 484 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 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados relativos a 2015 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2015 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2016 e 31/03/2017.

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

²⁰⁰ 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 (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

²⁰¹ As quantidades apreendidas de ecstasy moído ou em pó foram convertidas em comprimidos, conforme Portaria 94/96 de 26 de março. Em 2014, foram apreendidos 648,5 g de ecstasy moído e 684 comprimidos.

²⁰² No caso do ecstasy são consideradas as iguais ou superiores a 250 comprimidos.

Entre os meios utilizados no **transporte** do ecstasy apreendido, destacou-se o transporte aéreo seguido do terrestre, com a quase totalidade das quantidades confiscadas em 2015.

Em 2015, o **preço**²⁰³ médio do ecstasy diminuiu em relação a 2014 (2,58 €/comprimido em 2015 e 4,43 €/comprimido em 2014). Em relação ao **grau de pureza**, os resultados das análises realizadas no LPC/PJ a “amostras de rua”²⁰⁴ das drogas apreendidas, indiciam um aumento do grau de pureza médio dos comprimidos de ecstasy nos últimos anos, apesar do baixo número de lotes analisados até 2014 exigir cautelas na leitura destes dados. A descida do preço médio entre 2014 e 2015 (não existem dados entre 2011 e 2013) conjugada com o significativo aumento da pureza média no último quinquénio, poderá indiciar a procura de novos nichos de mercado.

A nível das **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, uma vez mais em 2015, o número de presumíveis infratores só na posse de ecstasy (25) foi menos de 1% do total de presumíveis infratores, apesar de representar o valor mais elevado desde 2007. Nas situações envolvendo várias drogas, o ecstasy adquire maior visibilidade, surgindo em 2015, em 19% destas situações (4% do total de presumíveis infratores).

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2015²⁰⁵ foram condenados 5 indivíduos na posse apenas de ecstasy. Nas condenações relacionadas com a posse de várias drogas, o ecstasy surge com valores um pouco mais expressivos, estando em 2015, presente em 10% destas situações (2% do total das condenações).

²⁰³ Desde 2002 que os preços se referem apenas ao mercado de tráfico e de tráfico-consumo. Esta informação é obtida através dos indivíduos detidos no contexto destas apreensões, que mencionam o preço que pagaram pelo produto estupefaciente apreendido. Em 2015, 35% das apreensões de ecstasy tinham informação sobre o preço.

²⁰⁴ Apreensões com um peso líquido inferior a 1g.

²⁰⁵ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2015 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2016 e 31/03/2017.

5. Outras Drogas e Policonsumos

5.1. Consumos e Problemas relacionados

Os resultados dos **estudos epidemiológicos nacionais** realizados em 2012 na população geral evidenciaram aumentos nas prevalências de consumo de alucinogénios, e em particular de LSD. Em 2014/2015, nas populações escolares, a maioria dos consumos tendeu a baixar, mas constatou-se uma maior diversificação destes consumos, com as drogas que não cannabis a apresentarem prevalências de consumo muito próximas. Em 2014, a nível da população reclusa, destacou-se, entre as várias outras substâncias que não cannabis, cocaínas, opiáceos e ecstasy, o consumo de hipnóticos/sedativos sem receita médica durante a atual reclusão.

Em 2012 foi realizado em Portugal o III *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*²⁰⁶, replicando os estudos realizados em 2007 e 2001 na **população geral** de 15 - 64 anos²⁰⁷ residente em Portugal.

Entre 2007 e 2012, registou-se uma diminuição das prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida²⁰⁸ e nos últimos 12 meses na população total (de 0,9% para 0,5% e de 0,2% para 0%) e na jovem adulta (de 1,3% para 0,5% e de 0,4% para 0,1%). As prevalências de consumo de LSD ao longo da vida mantiveram-se iguais entre 2007 e 2012 na população total (0,6%) e na jovem adulta (0,9%), e as de consumo recente subiram 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 de consumo recente 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 consumo²⁰⁹ 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 com o LSD, mas as mulheres apresentaram prevalências de consumos recentes de cogumelos alucinogénios iguais às dos homens e taxas de continuidade do consumo superiores.

Lisboa, Alentejo e Algarve surgiram em 2012 com prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas acima da média nacional em ambas as populações, mas nos 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 das médias nacionais

²⁰⁶ Balsa et al., 2014.

²⁰⁷ 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 (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

²⁰⁸ 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.

²⁰⁹ Proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

em ambas as populações, e também o Alentejo nos consumos recentes da população jovem adulta. No consumo de cogumelos alucinogénios destacou-se Lisboa com prevalências ao longo da vida e últimos 12 meses acima das médias nacionais em ambas as populações, e os Açores no caso dos consumos recentes.

Em 2015 realizou-se o inquérito *Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*²¹⁰, que teve como população-alvo os jovens de 18 anos convocados para o Dia da Defesa Nacional. O consumo de outras substâncias ilícitas que não a cannabis, cocaínas e opiáceos, foi superior ao verificado em populações escolares da mesma idade, o que poderá dever-se ao facto deste estudo incluir as Regiões Autónomas, onde se registaram prevalências mais elevadas destes consumos. A seguir à cannabis, embora com valores muito inferiores, surgiram as anfetaminas/metanfetaminas (*ecstasy* incluído), com prevalências de consumo de 7% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 3% nos últimos 30 dias. Os alucinogénios apresentaram prevalências de consumo mais próximas às da cocaína, com 5% ao longo da vida, 3% nos últimos 12 meses e 2% nos últimos 30 dias.

É de notar que as prevalências de consumo de NSP - 5% ao longo da vida, 3% nos últimos 12 meses e 2% nos últimos 30 dias - foram semelhantes às de outras drogas como a cocaína e alucinogénios. As prevalências de consumo de tranquilizantes /sedativos não prescritos, foram de 7%, 5% e de 3% ao longo da vida, nos últimos 12 meses e 30 dias.

Existem relevantes diferenças regionais a nível destes consumos, sendo de destacar os Açores com os consumos mais elevados de anfetaminas/metanfetaminas, de alucinogénios, de NSP e de tranquilizantes /sedativos não prescritos.

Em relação ao policonsumo nos últimos 12 meses, 11% dos inquiridos (48% dos consumidores recentes de substâncias ilícitas) declararam que costumavam consumir numa mesma ocasião, uma substância ilícita com pelo menos outra substância psicoativa (lícita ou ilícita), com particular relevo para o consumo de derivados de cannabis com álcool.

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 2014²¹¹ -, realizados entre os jovens europeus de 15-24 anos, em 2014, entre os jovens portugueses, a perceção de *risco elevado* para a saúde associado ao consumo ocasional de NSP foi superior (55%) comparativamente à cannabis, e mais semelhante em relação ao *ecstasy*. A grande maioria considerou como um *risco elevado* para a saúde o consumo regular de NSP (92%). Estas proporções foram inferiores às médias europeias (respetivamente 57% e 87%).

No contexto das **populações escolares**, e considerando o período 2013-2015, foram realizados vários estudos nacionais: em 2014, o HBSC/OMS²¹² (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), e em 2015, o ESPAD²¹³ (alunos de 16 anos) e o ECATD - CAD²¹⁴ (alunos dos 13 aos 18 anos).

²¹⁰ Carapinha & Calado, 2016. Este inquérito abrangeu 70 646 jovens de 18 anos em 2015, estando prevista a sua replicação anual.

²¹¹ 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 uma fonte das metas delineadas no PNRCAD 2013-2020 por razões de comparabilidade europeia.

²¹² Matos *et al.*, 2015. Portugal integra o HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children - desde 1996 e é membro associado desde 1998. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998, 2002, 2006, 2010 e 2014 encontram-se publicados.

Os estudos anteriores realizados nos últimos 20 anos evidenciaram sempre prevalências de consumo de estimulantes e de anfetaminas, assim como de alucinogénios, iguais ou inferiores a 4%. No final da primeira década do milénio, as prevalências de consumo de estimulantes / anfetaminas e as de alucinogénios eram, de um modo geral, próximas às do início do milénio.

Os resultados dos estudos nacionais realizados em **2014 e 2015** nas populações escolares - o **HBSC/OMS** em 2014, e o **ESPAD** e o **ECATD-CAD** em 2015 - evidenciaram uma estabilidade e descida dos consumos de estimulantes e de anfetaminas, assim como de alucinogénios, a nível dos vários os grupos etários.

Em 2014, no **HBSC/OMS 2014**, as prevalências de consumo ao longo da vida (experimentação) de anfetaminas, de LSD e de cogumelos alucinogénios foram cerca de 2% para cada uma das drogas. Cerca de 3% dos alunos dos 8.º e 10.º anos de escolaridade afirmaram já ter experimentado *medicamentos usados como drogas*, 2% *produtos usados como doping* e, 2% disseram já ter experimentado *smart drugs*. Todos estes consumos foram mais reportados entre os alunos do sexo masculino e entre os alunos do 10.º ano. É de destacar, entre 2010 e 2014, as descidas das prevalências de consumo de estimulantes/anfetaminas, quer nos alunos do 8.º ano (4% para 2%), quer nos do 10.º ano (4% para 2%).

No **ECATD-CAD 2015**, as prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida foram iguais ou inferiores a 2% (entre 0,6% nos 13 anos e 2% nos 18 anos), assim como as de LSD (entre 0,4% nos 13 anos e 1% nos 18 anos) e as de cogumelos alucinogénios (entre 0,6% nos 13 anos e 2% nos 18 anos). Estas prevalências foram, em quase todas as idades, inferiores às de 2011.

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

De um modo geral, estes consumos, exceto o de tranquilizantes/sedativos, continuam a ser mais expressivos nos rapazes por comparação às raparigas.

No **ESPAD 2015**, as prevalências de consumo ao longo da vida de anfetaminas (1%) e de LSD e outros alucinogénios (1%) foram inferiores às registadas em 2011 (3% e 3%). Estas prevalências de 1% foram um pouco inferiores às médias europeias de 2015 (2%).

Quanto ao consumo de NSP, a prevalência de consumo ao longo da vida entre os alunos portugueses de 16 anos foi de 1%, muito inferior à média europeia (4%). A prevalência de consumo ao longo da vida de tranquilizantes/sedativos sem receita médica foi de 5% (7% em 2011) e a de esteroides anabolizantes inferior a 1%, ambas um pouco inferiores às médias europeias (6% e 2%).

²¹³ ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

²¹⁴ Feijão, 2016. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga - teve início no IDT, I. P. em 2003 e foi repetido em 2007 e 2011. Em 2015, este estudo foi alargado a outros comportamentos aditivos como a internet e o jogo (*gaming* e *gambling*), com a consequente alteração do nome para ECATD - CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências. Os resultados destes estudos estão disponíveis em <http://www.sicad.pt>.

Nos resultados do ESPAD sobre o risco percebido associado ao consumo de anfetaminas, em 2015, 76% dos alunos disseram ser de *grande risco* o seu consumo regular e, 35% o *experimental uma ou duas vezes* (78% e 39% em 2011, e 74% e 42% em 2007). Comparativamente às médias europeias, os alunos portugueses percecionavam como de maior risco o consumo regular de anfetaminas, sendo próximas as proporções dos que atribuíam *grande risco* ao *experimental* (médias europeias de 71% e 36%).

No contexto da **população reclusa**, foi realizado em 2014, o *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) 2014*²¹⁵, um estudo periódico antes limitado à área das drogas (estudos de 2001 e 2007), e agora alargado às áreas do álcool e do jogo. Importa referir, no âmbito da comparação com os resultados dos estudos anteriores, que em 2014 foi alargado o leque das substâncias psicoativas especificadas no questionário²¹⁶.

Em 2014, 14% da população reclusa inquirida declarou ter consumido anfetaminas alguma vez ao longo da vida, 2% na atual reclusão e 2% nos últimos 12 meses na atual reclusão. Tal como em 2007, as prevalências de consumo de anfetaminas foram um pouco inferiores às de ecstasy. Entre 2007 e 2014, verificaram-se ligeiras diminuições das prevalências de consumo de anfetaminas ao longo da vida e em contexto de reclusão. Em relação ao consumo de alucinogénios, 15% e 12% declarou ter consumido LSD e cogumelos alucinogénios ao longo da vida e, 2% nos últimos 12 meses na atual reclusão, para ambas as substâncias.

Cerca de 16% da população reclusa inquirida declarou ter consumido hipnóticos/sedativos sem receita médica alguma vez ao longo da vida, 4% na atual reclusão e 4% nos últimos 12 meses na atual reclusão. O consumo de NSP registou prevalências de consumo alguma vez na vida (4%) e na atual reclusão (2%), ligeiramente inferiores às de consumo de esteroides anabolizantes (5% e 2%). Os esteroides anabolizantes foram a substância com mais consumo injetado durante a atual reclusão (18% dos consumidores de esteroides anabolizantes).

Em 2015, foi realizado pela primeira vez a nível nacional, o *Inquérito sobre comportamentos aditivos em jovens internados em Centros Educativos, 2015*²¹⁷.

Cerca de 16% e 19% dos inquiridos já tinham consumido ao longo da vida (antes e/ou após o início do internamento) anfetaminas e outros estimulantes que não anfetaminas e ecstasy, 11% e 9% fizeram-no nos últimos 12 meses e 6% e 5% nos últimos 30 dias anteriores ao internamento. Estes consumos decrescem de forma significativa após o início do internamento²¹⁸ (anfetaminas: 1% nos últimos 12 meses e últimos 30 dias; outros estimulantes: 2% nos últimos 12 meses e últimos 30 dias), sendo nulos quando se restringe ao Centro Educativo.

Quanto aos alucinogénios, 24% dos inquiridos já tinham consumido ao longo da vida (16% LSD, 15% cogumelos e 4% outros), 13% (7% LSD, 7% cogumelos e 2% outros) fizeram-no nos últimos 12 meses e 6% (3% LSD, 4% cogumelos e 1% outros) nos últimos 30 dias anteriores ao internamento. Estes consumos de alucinogénios decrescem bastante após o início do internamento (4% e 3% nos últimos 12 meses e 30 dias), e ainda mais quando se restringe ao Centro Educativo (menos de 1% nos últimos 12 meses e 30 dias). A nível dos consumos recentes e

²¹⁵ Torres et al., 2015.

²¹⁶ De 7 em 2007 e 2001, para 18 substâncias em 2014.

²¹⁷ Carapinha et al., 2016. Este inquérito foi aplicado à população de jovens internados presentes nos 6 Centros Educativos do país, em junho de 2015: 142 jovens (93% da população) entre os 14 e os 20 anos, sobretudo entre os 16 e os 18 anos.

²¹⁸ Durante o internamento, alguns jovens têm autorização de saída para o exterior do Centro Educativo, para o fim de semana, férias ou frequência de escola/estágios.

atuais após o início do internamento, o LSD é a substância com maiores prevalências de consumo a seguir à cannabis e ao ecstasy.

Cerca de 4% dos inquiridos já tinham consumido hipnóticos /sedativos não prescritos ao longo da vida, 2% nos últimos 12 meses e 1% nos últimos 30 dias anteriores ao internamento. Estes consumos são nulos após o início do internamento. O consumo de esteroides anabolizantes é residual, com uma prevalência de consumo ao longo da vida de 1%.

52% dos inquiridos (59% dos consumidores) declararam que, habitualmente, consumiam numa mesma ocasião, uma substância ilícita com pelo menos outra substância lícita ou ilícita.

A nível de vários indicadores sobre problemas relacionados com os consumos, as referências isoladas a outras substâncias ilícitas para além de opiáceos, cocaína e cannabis, mantêm-se pouco expressivas. As situações relacionadas com policonsumos continuam a ser relevantes.

No contexto da **procura de tratamento**, entre os utentes com problemas relacionados com o uso de drogas²¹⁹, os estimulantes e alucinogénios enquanto drogas principais surgem ainda de forma pouco expressiva, tendo maior relevância o consumo de hipnóticos /sedativos. Tal como no anterior, em 2015, as referências ao consumo de heroína associado à cocaína ou base de cocaína (*speedball* ou *rebolau*) como droga principal, não ultrapassaram os 2% nos diferentes grupos de utentes em tratamento, com os utentes das UD públicas e das CT licenciadas uma vez mais a apresentarem as proporções mais altas.

No que respeita às **mortes** relacionadas com o consumo de drogas, segundo os dados do INE, I.P. e de acordo com o critério do OEDT, das 37 mortes relacionadas com o consumo de drogas registadas em 2014, 5 (14%) foram atribuídas a *Distúrbios: dependência múltipla ou outra* (CID10: F19.2), causa que inclui os policonsumos, e 2 atribuídas a intoxicação por *outros narcóticos e narcóticos não especificados* (CID10: X42 e T40.6). Os óbitos relacionados com os policonsumos eram na sua maioria do sexo masculino (60%) e 60% tinham idades compreendidas entre os 35-39 anos, 20% entre os 25-29 anos e 20% entre os 40-44 anos.

Nos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2015 não houve overdoses com a presença de anfetaminas (1 caso em 2014, 1 em 2008 e outro em 2011). É de destacar em 2015, no contexto das NSP, a ocorrência de 1 overdose com a presença de metoxietamina em associação com o álcool. Tal como nos anos anteriores, na maioria das overdoses (90%) foram detetadas mais do que uma substância (85%, 91%, 76%, 79%, 87% e 84%, respetivamente em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009), considerando as associações com substâncias ilícitas e/ou lícitas. Importam destacar, as overdoses com a presença de álcool (30%, 21%, 36%, 38%, 37%, 44% e 57% das overdoses em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009), bem como com a presença de benzodiazepinas (43%, 46%, 50%, 28%, 42%, 35% e 38% das overdoses em 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). Cerca de 80% das overdoses envolvendo mais do que uma substância tinham idades entre os 30 - 49 anos (51% entre 40-49 anos).

Nas 141 mortes registadas em 2015 com a presença de pelo menos uma substância ilícita ou seu metabolito atribuídas²²⁰ a outras causas de morte (nomeadamente acidente, morte natural, homicídio e suicídio), na sua maioria (65%) foram detetadas mais do que uma substância,

²¹⁹ Base %: utentes que recorreram às diferentes estruturas de tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

²²⁰ 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 (24%) e de benzodiazepinas (18%).

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 residual (67 processos de contraordenação, representando menos de 1% do total de processos), embora os valores registados nos últimos quatro anos, e com particular relevo nos últimos dois anos, representem os mais elevados desde 2001. Em 2015, o número de processos relacionados com a posse simultânea de várias drogas (460) foi superior ao registado no ano anterior (+21%), representando 5% das ocorrências de 2015 (5%, 5%, 6%, 7%, 7% e 6%, em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). Nestes processos envolvendo várias drogas, predominou mais uma vez a posse de heroína só com cocaína (2% do total de processos e 42% dos processos relacionados com várias drogas), e, tal como já ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, seguiu-se-lhe a associação de cocaína com cannabis em vez de heroína com cannabis, sendo pelo quarto ano consecutivo mais expressiva também a associação de ecstasy e cannabis do que a associação de heroína e cannabis. Os processos envolvendo várias drogas representaram entre 1% (Bragança e Évora) e 10% (Viseu) dos processos abertos em cada uma das CDT relativos às ocorrências de 2015. Em valores absolutos, destacaram-se os distritos do Porto e Lisboa, com o número mais elevado de processos relacionados com várias drogas.

5.2. Oferta

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

Segundo os resultados do *Flash Eurobarometer* realizado em 2014 entre os jovens europeus de 15-24 anos - *Young People and drugs*²²¹ -, 42% dos jovens portugueses consideravam *relativamente fácil ou muito fácil* obter NSP num período de 24 horas (se desejado), cerca de 45% consideravam-no *relativamente difícil ou muito difícil* e 8% *impossível*. Comparando com a média europeia, constata-se que, em 2014, os jovens portugueses tinham uma perceção de maior facilidade de acesso às NSP (*relativamente fácil ou muito fácil*: média UE de 25%).

Nos resultados do ESPAD²²², as anfetaminas continuavam a ser consideradas pelos alunos portugueses de 16 anos como de menor acessibilidade que a cannabis e o ecstasy, vindo a diminuir a facilidade percebida de acesso às anfetaminas (7%, 14%, 15% e 12%, em 2015, 2011, 2007 e 2003, referiram ser *relativamente fácil ou muito fácil* obter anfetaminas). Comparativamente à média europeia em 2015 (*relativamente fácil ou muito fácil*: 9%), os alunos portugueses declararam menor facilidade de acesso às anfetaminas.

No *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*²²³, realizado em 2012, cerca de 80% dos consumidores de anfetaminas consideraram *fácil ou muito fácil* obter esta substância em 24 horas (se desejado) e 5% consideraram ser *muito difícil*, sendo de destacar 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

²²¹ DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit, 2014.

²²² ESPAD Group, 2016. Portugal integra o ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - desde 1995. Os dados nacionais enquadrados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015 encontram-se publicados.

²²³ 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 (2001 e 2007). À data da conclusão deste Relatório estava a decorrer a quarta aplicação do estudo.

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 2015 e à semelhança dos anos anteriores, registaram-se **apreensões** de várias outras substâncias para além da cannabis, heroína ou outros opiáceos, cocaína e ecstasy, sendo aqui referidas algumas delas²²⁴.

Entre as substâncias estimulantes apreendidas em 2015, são de destacar pela ausência ou raridade de registos de apreensões anteriores: o 2C-B (7g no distrito de Lisboa), cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2006, posteriormente em 2012 e agora em 2015; o cristal metal (1g na Ilha Terceira / Açores) cujo primeiro registo de apreensão ocorreu em 2003 e agora em 2015; e a fenmetrazina (1g no distrito de Lisboa) com o primeiro registo de apreensão em 2015.

Em 2015 foram apreendidas cerca de 2,5 Kg e 77 comprimidos de anfetaminas em várias regiões do país, destacando-se os distritos do Porto e de Braga com as maiores quantidades apreendidas (respetivamente 59% e 29% do total confiscado).

No que se refere a alucinogénios, uma vez mais foram registadas apreensões de LSD (5 g, 2021 selos, 2 frascos e 2 comprimidos) e de cogumelos alucinogénios (105 g e 3 cogumelos). As apreensões de LSD ocorreram em vários em várias regiões do país, tendo sido confiscadas as maiores quantidades nos distritos de Lisboa, Portalegre e Aveiro. As maiores quantidades apreendidas de cogumelos alucinogénios registaram-se nos distritos de Portalegre e Setúbal.

Em 2015 uma vez mais foram apreendidas uma variedade de benzodiazepinas (21 g e 97 comprimidos), tendo sido as maiores quantidades confiscadas nos Açores (Ilha de São Miguel) e no distrito de Lisboa.

É de referir também em 2015, o primeiro registo de apreensão de GHB (13 frascos no distrito de Lisboa).

Nas **interpelações policiais por tráfico e tráfico-consumo**, o número dos que estavam na posse de várias drogas (1 395) foi superior ao registado no ano anterior (+19%), acréscimo um pouco superior ao do total de presumíveis infratores (+16%). Nos últimos quatro anos registaram-se os valores mais baixos desde 2002. Os presumíveis infratores na posse de várias drogas representaram em 2015 cerca de 22% do total de presumíveis infratores (21%, 24%, 23%, 26%, 29% e 26%, respetivamente em 2014, 2013, 2012, 2011, 2010 e 2009). Tal como nos anos anteriores, predominou neste tipo de situações a associação de heroína com cocaína, seguindo-se-lhe a associação só de cocaína com cannabis e a de heroína com cocaína e cannabis.

Nas **condenações** ao abrigo da Lei da Droga, em 2015²²⁵ foram condenados 375 indivíduos na posse de várias drogas, representando 23% do total das condenações ao abrigo da Lei da Droga (29% em 2014, 26% em 2013, 31% em 2012, 30% em 2011 e 2010 e 35% em 2009). Predominaram uma vez mais as situações envolvendo a posse de heroína com cocaína.

²²⁴ Ver informação anual constante na nota a) do Quadro 113 do Anexo deste Relatório.

²²⁵ De acordo com o critério metodológico utilizado nos anos anteriores, foram consideradas as decisões judiciais datadas de 2014 e 2015 que deram entrada no SICAD até 31/03/2016. Os dados de 2015 ainda sofrerão atualizações no próximo ano e serão contabilizadas as decisões relativas a 2015 que derem entrada no SICAD entre 31/03/2016 e 31/03/2017.

**Referências Bibliográficas • Sinais
Convencionais • Lista de Siglas e
Abreviaturas • Definição de Termos • Índice
de Quadros • Índice de Figuras**

Referências Bibliográficas

- Balsa, C., Vital C., & Urbano C. (2014). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*, Portugal 2012. Lisboa: SICAD.
- Carapinha, L., Calado, V., (2016). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional*. Lisboa: SICAD. Consultado em outubro 2016 a partir de:
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=172&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos
- Carapinha, L., Balsa, C., Vital C., Urbano C., & Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação. (2014). *Consumo de alto risco de cannabis – Portugal 2012*. Lisboa: SICAD.
- Carapinha, L., Guerreiro, C., Ribeiro, C., Ferreira, L. (2016). *Inquérito sobre Comportamentos Aditivos em Jovens Internados em Centros Educativos 2015*. Lisboa: SICAD. Consultado em outubro 2016 a partir de:
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=169&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos
- DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit (2014). *Flash Eurobarometer 401 TNS Political & Social: young people and drugs* (Results per country). European Commission. Consultado em outubro 2014 a partir de:
http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_present_en.pdf
- Dias, M., (2012a). *Relatório de Avaliação Final dos Resultados do Projeto DRUID, 2012*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- Dias, M., (2012b). *Seminário DRUID. Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicines*. Lisboa: INML, I.P. e ANSR.
- ESPAD GROUP (2016). *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN: 978-92-9168-918-7.
- Feijão, F. (2009). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal - 2007*. Consultado em outubro 2014 a partir de:
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=120&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos.
- Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2012). *Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas, Portugal 2011*. Consultado em maio 2014 a partir de:

http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=125&lista=SI CAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos

- Feijão, F. (2016). *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015*. Consultado em outubro 2016 a partir de: http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=170&lista=SI CAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos
- Hibell, B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. & Kraus L. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hibell, B., Andersson B., Bjarnason T., Kokkevi A., Morgan M. & Narusk A. (2012). *The 2011 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Houwing, S., Bernhoff, I., Van der Linden, T., et al. (2011). *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in general traffic. Parte I General results*. Netherlands: SWOV.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estimativas Anuais da População Residente-2015*. Consultado em junho de 2016 a partir de: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004163&contexto=bd&selTab=tab2.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2015*. Documento n.º 147. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Isalberti, C.; Bernhoff, I.; Houwing, S., et al. (2011) – *Prevalence of alcohol and other psychoactive substance in injured and killed drivers*. Belgium: UGent.
- Matos, M. & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares F., Diniz J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2006). *Aventura Social & Saúde. Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses: Relatório Preliminar*. Consultado em novembro 2013 a partir de: http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_Preliminar_IDT_2006.pdf
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão. Dados Nacionais. Relatório do Estudo HBSC 2014*. Lisboa: FMH/ Universidade Nova de Lisboa.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão. Dados Nacionais. HBSC/OMS. Estudo colaborativo 2014*. Lisboa: FMH/ Universidade Nova de Lisboa.
- Matos, M. & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: FMH.
- Negreiros, J., Magalhães, A. (2009). *Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas. Portugal 2005*. Lisboa: IDT, I.P..
- Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (2016). *Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Polícia Judiciária (2016). *Combate ao Tráfico de Estupefacientes em Portugal, Relatório Anual 2015. 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.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013a). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Consultado em novembro 2016 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Planos_Nacional_Reducacao_CA_D_2013-2020.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013b). *Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016*. Consultado em novembro 2016 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Planos_Acao_Reducacao_CAD_2013-2016.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). *Comunidades Terapêuticas Públicas 2009 – 2012*. Consultado em setembro 2014 a partir de:
<http://www.sicad.pt/PT/Estatistica/Investigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015a). *Unidades de Desabilitação Públicas 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009*. Consultado em setembro 2015 a partir de:
<http://www.sicad.pt/PT/Estatistica/Investigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015b). *Comunidades Terapêuticas Públicas 2014, 2013*. Consultado em setembro 2015 a partir de:
<http://www.sicad.pt/PT/Estatistica/Investigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Paginas/default.aspx>
- Sistema de Segurança Interna (2015). *Relatório Anual de Segurança Interna 2014*. Lisboa.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2016). *Relatório de Atividades 2015*. Consultado em novembro 2016 a partir de:
http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Instrumentos/RelatoriosAtividade/Lists/SICAD_RELATORIOSATIVIDADES/Attachments/13/SICAD_RA_2015.pdf
- The Gallup Organization (2011). *Flash Eurobarometer 330: youth attitudes on drugs* (Analytical Report). Directorate-General Justice, European Commission. Consultado em novembro 2013 a partir de: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf.
- Torres, A., Cruz, R., Maciel, D., Sousa, I. (2009). *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*. Lisboa: IDT, I.P.
- Torres, A., Mendes, R., Gaspar, S., Fonseca, R., Oliveira, C., Dias, C. (2015). *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional 2014. Relatório Final*. Lisboa: CIEG/ISCSP - ULisboa.

Sinais Convencionais

- .. Resultado nulo
- ... Segredo estatístico
- Dados não disponíveis
- Δ Variação
- % Percentagem
- c/ Com
- O total não corresponde à soma das parcelas

Lista de Siglas e Abreviaturas

2C-B	• 4-Bromo-2,5-dimetoxifenetilamina
ADR	• Aconselhamento, Detecção e Referenciação
AM	• Autoridade Marítima
ANSR	• Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
ARS, I.P.	• Administração Regional de Saúde, I.P.
ASAE	• Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
AT	• Autoridade Tributária e Aduaneira
CAD	• Comportamentos Aditivos e Dependências
CAST	• <i>Cannabis Abuse Screening Test</i>
CDT	• Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
CID	• Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIES	• Centro de Investigação e Estudos de Sociologia
CRI	• Centro de Respostas Integradas
CS	• Centro de Saúde
CT	• Comunidade Terapêutica
DEI	• Divisão de Estatística e Investigação
DGS	• Direção Geral de Saúde
DGRSP	• Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DMI	• Direção de Serviços de Monitorização e Informação
DMT	• Dimetiltryptamina
DRUID	• <i>Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicine</i>
ECATD-CAD	• Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga E OUTROS Comportamentos Aditivos e Dependências
EMPECO	• Equipa Multidisciplinar de Planeamento Estratégico e Coordenação Operacional
EP	• Estabelecimento Prisional
EPR	• Estabelecimento Prisional Regional
ESPAD	• <i>European School Project on Alcohol and other Drugs</i>

ET	• Equipa de Tratamento
EUA	• Estados Unidos da América
FPCE/UP	• Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação/Universidade do Porto
GHB	• Ácido gama-hidroxiбутírico
GHD	• Grupo Horizontal Drogas
GNR	• Guarda Nacional Republicana
HBSC/OMS	• <i>Health Behaviour in School-age Children / Organização Mundial de Saúde</i>
IDT, I.P.	• Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.
INE, I.P.	• Instituto Nacional de Estatística, I.P.
INCACE	• Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Jovens Internados em Centros Educativos
INCAMP	• Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional
INMLCF, I.P.	• Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.
INME	• Inquérito Nacional em Meio Escolar
INPG	• Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral
INSA, I.P.	• Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.
INTERPOL	• <i>International Criminal Police Organization</i>
ISCTE/UL	• Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa/ Universidade de Lisboa
KLOTHO	• Programa de Identificação Precoce da Infeção VIH e Prevenção direcionado a Utilizadores de Drogas
LPC/PJ	• Laboratório da Polícia Científica/Polícia Judiciária
LSD	• Dietilamida do Ácido Lisérgico
mCPP	• 1-3-clorofenil-piperazina
MDA	• Metilendioxianfetamina
MDMA	• Metilendioximetanfetamina
NSP	• Novas Substâncias Psicoativas
NUTS	• Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OEDT	• Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OMS	• Organização Mundial da Saúde
ONU	• Organização das Nações Unidas
PALOP	• Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PIAC	• Projeto Integrado de Apoio à Comunidade
PIAM	• Projeto Integrado de Atendimento Materno
PJ	• Polícia Judiciária
PNRCAD	• Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

PNSida	• Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA
PSP	• Polícia de Segurança Pública
PTAO	• Programa Terapêutico com Agonistas Opiáceos
SDS	• <i>Severity of Dependence Scale</i>
SEN	• Sistema Estatístico Nacional
SGIP	• Sistema de Gestão e Informação Processual
SICAD	• Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SICO	• Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
SIDA	• Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIIC	• Sistema Integrado de Informação Criminal
SIM	• Sistema de Informação Multidisciplinar
TAS	• Taxa de Alcoolémia no Sangue
THC	• Tetrahydrocannabinol
UA	• Unidade de Alcoologia
UD	• Unidade de Desabilitação
UE	• União Europeia
ULD	• Unidade Livre de Droga
UNCTE	• Unidade Nacional de Combate ao Tráfico de Estupefacientes / PJ
UNL	• Universidade Nova de Lisboa
UP	• Universidade do Porto
VHC	• Vírus da Hepatite C
VIH	• Vírus de Imunodeficiência Humana

Definição de Termos

Por **apreensão** entende-se a ação que é levada a cabo por órgãos com responsabilidades na prevenção e investigação criminal das atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11, em que é detetada qualquer das substâncias compreendidas nas Tabelas anexas a este DL.

Por **caso de SIDA** entende-se a notificação do caso diagnosticado com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), obedecendo aos critérios da Organização Mundial de Saúde/*Centers for Disease Control*.

Por **circunstância agravante** entende-se o facto referente ao arguido, que é ponderado de forma penalizante na determinação da medida da pena a aplicar.

Por **circunstância atenuante** entende-se o facto referente ao arguido, que é ponderado de forma desculpabilizante na determinação da medida da pena a aplicar.

Por **cúmulo jurídico** entende-se a pena única aplicada pelo Tribunal como penalização conjunta por dois ou mais crimes praticados.

Por **indivíduo acusado** entende-se o indivíduo constante nos processos “findos” e levado a Tribunal por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **indivíduo condenado** entende-se o indivíduo constante nos processos “findos”, julgado e com pena condenatória, por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção nas posteriormente tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **novo utente** entende-se o utente inscrito com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu pela primeira vez às unidades de consulta na rede pública (primeiros pedidos de tratamento).

Por **polidrogas** entendem-se as ocorrências de posse de mais do que um tipo de droga.

Por **portador assintomático**, entende-se o caso diagnosticado com a infeção do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e num estadio da infeção em que ainda não apresenta sintomas.

Por **presumível infrator** entende-se o indivíduo que foi identificado ou detido por elementos das forças policiais por atividades ilícitas tipificadas no Decreto-Lei n.º 15/93, de 22/01, com exceção das tipificadas na Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **prevalência de consumo** entende-se taxa de consumo que informa de toda e qualquer experiência de consumo em determinado período, independentemente do modo, quantidade e frequência dos consumos.

Por **processo “findo”** entende-se o processo objeto de uma decisão judicial, em que já não é possível haver recurso.

Por **processo de contraordenação** entende-se o processo instaurado pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, a um indivíduo identificado como consumidor pelas autoridades competentes, ao abrigo da Lei n.º 30/2000, de 29/11.

Por **quantidade significativa** entende-se no caso da heroína e cocaína as quantidades superiores a 100 g e no caso da cannabis as superiores a 1000 g, de acordo com os critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas. No caso do ecstasy e de acordo com o critério utilizado pela Polícia Judiciária, foram consideradas como mais significativas, as apreensões envolvendo quantidades superiores a 250 comprimidos.

Por **sanção** entende-se a decisão punitiva (pecuniária e/ou não pecuniária) proferida pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, no âmbito das contraordenações por consumo de drogas.

Por **sentença** entende-se a decisão final do Tribunal relativa a um indivíduo envolvido num processo-crime.

Por **tipo de droga** entende-se todas as unidades/modalidades de uma mesma droga.

Por **utente em tratamento no ano**, entende-se o utente inscrito com problemas relacionados com o uso de drogas que recorreu às unidades de consulta na rede pública, com pelo menos um evento assistencial no ano.

Índice de Quadros

Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos e Problemas relacionados	11
1. Alguns Resultados de Estudos	17
Quadro 1 População Geral, Portugal - INPG: Grupo (15-24 anos) Idades de Início dos Consumos (2001/2007/2012).....	23
Quadro 2 Estimativas do Número de Consumidores Problemáticos/de Alto Risco e Taxas por Mil Habitantes, segundo a Definição de Caso e Método (2012).....	28
2. Tratamento	43
Quadro 3 Consumos dos Utentes em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2015).....	48
Quadro 4 Socio demografia dos Utentes em Tratamento da Toxicodependência, por Tipo de Estrutura Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2015).....	50
Quadro 5 Utentes em Programas de Tratamento nos Estabelecimentos Prisionais 2015 e variações relativas a (2014/2012/2009).....	52
3. Doenças Infecciosas	53
3.1. Notificações da Infeção por VIH / SIDA.....	53
Quadro 6 Notificações de Casos de Infeção por VIH e Casos de SIDA, Associados ou não à Toxicodependência (01/01/1983 - 31/12/2015).....	53
3.2. Doenças Infecciosas nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência.....	58
Quadro 7 VIH nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência (total de utentes e consumidores de droga injetada LV) Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2015).....	58
Quadro 8 Hepatite C nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência (total de utentes e consumidores de droga injetada LV) Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2015).....	60
Quadro 9 Hepatite B nos Utentes em Tratamento da Toxicodependência (total de utentes e consumidores de droga injetada LV) Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2015).....	62
Quadro 10 Doenças Infecciosas nos Reclusos em Tratamento da Toxicodependência (31/12 de cada ano).....	63
4. Mortalidade	65
Quadro 11 Indicadores de Mortalidade Critério Protocolo OEDT Portugal (2013 - 2014).....	66
Quadro 12 Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas, por Causa de Morte (2013 - 2014).....	67
Quadro 13 Mortes por Overdose, segundo o Ano, por Substância (2009-2015).....	70
Quadro 14 Outras Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano, por Causa de Morte (2009-2015).....	72
5. Contraordenações	77
5.1. Processos e Decisões.....	77
Quadro 15 Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito (2015 e variações relativas a 2014/2012/2009).....	77
5.2. Indivíduos.....	83

Quadro 16 Socio demografia dos Indivíduos em Processos de Contraordenação (2015)	84
Oferta	85
1. Alguns Resultados de Estudos	89
2. Apreensões Policiais	93
2.1. Apreensões / quantidades / rotas / preços	93
Quadro 17 Droga Apreendida, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2009-2015)	94
Quadro 18 Preço Médio das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2009-2015)	96
Quadro 19 Potência /Pureza das Drogas, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2009-2015)	97
2.2. Presumíveis Infratores	98
Quadro 20 Presumíveis Infratores, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga (2015 e variações relativas a 2014/2012/2009)	99
Quadro 21 Socio demografia dos Presumíveis Infratores (2015)	102
3. Decisões Judiciais	103
Quadro 22 Indivíduos Condenados, por Situação Face à Droga e Tipo de Droga (2015)	107
Quadro 23 Socio demografia dos Indivíduos Condenados (2015)	110
4. Reclusões	111
Quadro 24 Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, por Tipo de Crime (Situação relativa a 31/12/2015 e variações relativas a 31/12/2014; 31/12/2012 e 31/12/2009)	111
Quadro 25 Socio demografia dos Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga (Situação relativa a 31/12/2015)	112
Tendências por Drogas	115
1. Cannabis	121
1.1. Consumos e Problemas relacionados	121
Quadro 26 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cannabis ao Longo da Vida (%) (2010-2015)	124
Quadro 27 Cannabis: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2013-2015)	126
1.2. Oferta	127
Quadro 28 Cannabis: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2013-2015)	130
2. Cocaína	131
2.1. Consumos e Problemas relacionados	131
Quadro 29 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Cocaína ao Longo da Vida (%)(2010-2015)	133
Quadro 30 Cocaína: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2013-2015)	135
2.2. Oferta	136
Quadro 31 Cocaína: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2013-2015)	138
3. Heroína / Opiáceos	139
3.1. Consumos e Problemas relacionados	139
Quadro 32 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Heroína ao Longo da Vida (%)(2010-2015)	140
Quadro 33 Opiáceos: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2013-2015) ...	142
3.2. Oferta	143
Quadro 34 Heroína: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2013-2015)	145
4. Ecstasy	147
4.1. Consumos e Problemas relacionados	147
Quadro 35 Resultados de Estudos: Prevalências do Consumo de Ecstasy ao Longo da Vida (%)(2010-2015)	149
Quadro 36 Ecstasy: Alguns Indicadores sobre Problemas relacionados com os Consumos (2013-2015)	150
4.2. Oferta	151
Quadro 37 Ecstasy: Alguns Indicadores sobre a Oferta (2013-2015)	152

Índice de Figuras

Caracterização e Evolução da Situação	9
Consumos e Problemas relacionados	11
1. Alguns Resultados de Estudos	17
Figura 1 População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2012)	17
Figura 2 População Geral, Portugal – INPG: População Jovem Adulta (15-34 anos) Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2012)	17
Figura 3 População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, Por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2012)	18
Figura 4 População Geral, Portugal – INPG: População Jovem Adulta (15-34 anos) Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2012)	18
Figura 5 População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) Taxa de Continuidade dos Consumos, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2012)	19
Figura 6 População Geral, Portugal – INPG: População Pop. Jovem Adulta (15-34 anos) Taxas de Continuidade dos Consumo, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2012)	20
Figura 7 População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos) Avaliação da Dependência através do <i>Cannabis Abuse Screening Test</i> (CAST) % total de Inquiridos (2007/2012)	21
Figura 8 População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos) Avaliação da Dependência através do <i>Cannabis Abuse Screening Test</i> (CAST) % total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses (2007/2012)	21
Figura 9 População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos) Avaliação da Dependência através do SDS (<i>Severity of Dependence Scales - Cannabis</i>) % total de Inquiridos (2007/2012)	22
Figura 10 População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos) Avaliação da Dependência através do SDS (<i>Severity of Dependence Scales - Cannabis</i>) % total de consumidores de cannabis nos últimos 12 meses (2007/2012)	22
Figura 11 População Geral, Portugal – INPG: Total (15-64 anos) e Pop. Jovem Adulta (15-34 anos) Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida e nos Últimos 12 Meses, por Região (NUTS II) (%) (2012)	24
Figura 12 População Geral, Portugal – DDN (18 anos) Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias (%) (2015)	26
Figura 13 População Geral, Portugal – DDN (18 anos) Prevalências de Consumo nos Últimos 12 Meses, por Região (qualquer droga, cannabis, outras que não cannabis) (%) (2015)	27
Figura 14 População Jovem – Eurobarómetro (15-24 anos) Perceção do Risco para a Saúde associado ao Consumo de Drogas Portugal e Média Europeia (%) (2014)	29
Figura 15 População Escolar – HBSC/OMS (alunos do 8.º / 10.º ano) Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) (2014)	31
Figura 16 População Escolar – ECATD-CAD (alunos de 13-18 anos) Prevalências de Consumo de Qualquer Droga ao Longo da Vida (%) (2007/2011/2015)	32
Figura 17 População Escolar – ECATD-CAD (alunos de 13-18 anos) Prevalências de Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses e nos Últimos 30 Dias (%) (2011/2015)	33

Figura 18	População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos) Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) (2007/2011/2015)	34
Figura 19	População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos) Prevalências de Consumo de Cannabis nos Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias, por Sexo (%) (2011/2015)	34
Figura 20	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo ao Longo da Vida e na Atual Reclusão, por Tipo de Droga (%) (2014)	36
Figura 21	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo ao Longo da Vida, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2014)	37
Figura 22	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo na Atual Reclusão, por Tipo de Droga (%) (2001/2007/2014)	37
Figura 23	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo na Atual Reclusão, por Tipo de Droga: Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias (%) (2007/2014).....	38
Figura 24	População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo de Droga Injetada ao Longo da Vida e na Atual Reclusão (%) (2001/2007/2014).....	39
Figura 25	População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos) Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida (antes e/ou após o início do internamento), Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias Antes do Internamento (%) (2015)	40
Figura 26	População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos) Prevalências de Consumo por Tipo de Droga: Longo da Vida, Últimos 12 Meses e Últimos 30 Dias Durante o Internamento (%) (2015)	40
Figura 27	População Jovem Internada em Centros Educativos, Portugal - INCACE (14-20 anos) Prevalências de Consumo (qualquer droga) nos Últimos 12 Meses por Sexo e Grupo Etário (%) Antes do Internamento e Durante o Internamento (2015)	41
2. Tratamento		43
Figura 28	Utentes: em Tratamento no Ano, Novos e Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2009 - 2015)	44
Figura 29	Utentes em Tratamento no Ano, segundo a Residência Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2015)	45
Figura 30	Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo a Residência, Novos Utentes e Utentes Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2015)	46
Figura 31	Utentes em Tratamento em Unidade de Desabitação e Comunidade Terapêutica, segundo o Ano: Total e % por problemas de uso de drogas Redes Pública e Licenciada (Portugal Continental) (2009 - 2015)	47
Figura 32	Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano: Substância Principal, segundo o Ano Novos Utentes e Utentes Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2009 - 2015)	48
Figura 33	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) (2009 - 2015)	49
Figura 34	Utentes que Iniciaram Tratamento no Ano, segundo o Ano, por Grupo Etário, Novos Utentes e Utentes Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2009 - 2015)	51
3. Doenças Infecciosas		53
3.1. Notificações da Infecção por VIH / SIDA		53
Figura 35	Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA, Associados ou não à Toxicodependência (%) (01/01/1983 - 31/12/2015).....	54
Figura 36	Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA: Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano de Diagnóstico (2009 - 2015).....	55
Figura 37	Notificações de Casos de Infecção por VIH e Casos de SIDA: % Casos Associados ou não à Toxicoder Ano de Diagnóstico (2009 - 2015).....	55
Figura 38	Notificações de Casos de SIDA: Frequência das Doenças Definidoras de SIDA, em Casos Associados ou não à Toxicodependência (%) (01/01/1983 - 31/12/2015)	56
Figura 39	Notificações de Casos de Infecção por VIH Associados à Toxicodependência, por Zona Geográfica de Residência (2009 - 2015)	57
Figura 40	Prevalências de VIH+ e Novas Infecções nos Utentes em Tratamento no Ano (total de utentes e consumidores de droga injetada LV) Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) (2009 - 2015)	59

Figura 41	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) (2009 - 2015).....	61
4. Mortalidade		65
Figura 42	Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas (2008 - 2014)	66
Figura 43	Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas, segundo o Sexo (2014)	67
Figura 44	Óbitos Gerais Relacionados com o Consumo de Drogas, segundo o Grupo Etário (2014)	68
Figura 45	Óbitos Gerais relacionados com o Consumo de Drogas, por Região de Residência (NUTS II) (2014)	68
Figura 46	Autópsias, Exames Toxicológicos e Resultados Positivos Post-mortem, segundo o Ano (2009 - 2015).....	69
Figura 47	Causas de Morte dos Casos com Resultados Toxicológicos Positivos, segundo o Ano (2009 - 2015).....	70
Figura 48	Mortes por Overdose, segundo o Sexo (2015).....	71
Figura 49	Mortes por Overdose, segundo o Grupo Etário (2015).....	71
Figura 50	Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA: % de Casos Mortos segundo o Ano do Diagnóstico, em Casos Associados ou não à Toxicodependência (2009 - 2015)	73
Figura 51	Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA: Mortes segundo o Ano do Óbito, em Casos Associados ou não à Toxicodependência (2009 - 2015)	73
Figura 52	Notificações de Óbitos em Casos de Infeção por VIH e em Casos de SIDA: % das Mortes segundo os Casos Associados ou não à Toxicodependência, por Ano do Óbito (2009 - 2015).....	74
5. Contraordenações		77
5.1. Processos e Decisões.....		77
Figura 53	Distribuição dos Processos de Contraordenação, por Distrito (2015).....	78
Figura 54	Processos de Contraordenação e Decisões, segundo o Ano (2009 - 2015)	79
Figura 55	Processos de Contraordenação, segundo o Ano, por Tipo de Decisão (2009 - 2015)	79
Figura 56	Processos de Contraordenação, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2009 - 2015).....	80
Figura 57	Distribuição dos Processos de Contraordenação, segundo a Droga Envolvida, por Distrito (%) (2015)	81
Figura 58	Percentagens Intradistritais de Processos de Contraordenação por Tipo de Droga (2015)	82
Figura 59	Processos de Contraordenação por Tipo de Droga Intervalos das Percentagens Intradistritais, segundo o Ano (2009 - 2015)	83
5.2. Indivíduos.....		83
Figura 60	Percentagens Intradistritais de Indivíduos Reincidentes no Ano (2015)	83
Oferta		85
1. Alguns Resultados de Estudos		89
Figura 61	População Jovem – Eurobarómetro (15-24 anos) Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado) Portugal e Média Europeia (%) (2014).....	89
Figura 62	População Escolar – ESPAD (alunos de 16 anos) Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado) Portugal e Média Europeia (2011-2015)	90
Figura 63	População Geral, Portugal – Total – INPG (15-64 anos) Perceção da Facilidade de Acesso na Obtenção de Drogas (se desejado) (% dos Consumidores ao Longo da Vida de cada Droga) (2012)	91
2. Apreensões Policiais		93
2.1. Apreensões / quantidades / rotas / preços		93
Figura 64	Número de Apreensões, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2009-2015).....	93
Figura 65	Distribuição das Quantidades de Drogas Apreendidas, por Distrito e Região Autónoma (%) (2015)	95
2.2. Presumíveis Infratores.....		98
Figura 66	Presumíveis Infratores, segundo o Ano, por Situação Face à Droga (2009 - 2015)	98
Figura 67	Total de Presumíveis Infratores, por Zona Geográfica de Ocorrência da Infração (2015)	98
Figura 68	Presumíveis infratores, segundo o Ano, por Tipo de Droga (2009 - 2015).....	100

Figura 69	Distribuição dos Presumíveis Infratores, segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%) (2015).....	100
Figura 70	Percentagens Intradistritais de Presumíveis Infratores, por Tipo de Droga (2015).....	101
3. Decisões Judiciais	.....	103
Figura 71	Processos, Indivíduos Acusados e Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano (2009 - 2015)	103
Figura 72	Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Situação Face à Droga (2009 - 2015)	104
Figura 73	Total de Indivíduos Condenados, por Zona Geográfica de Ocorrência da Condenação (2015).....	105
Figura 74	Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Pena (2009 - 2015).....	105
Figura 75	Indivíduos Condenados, segundo o Ano, por Tipo de Droga(2009 - 2015).....	107
Figura 76	Distribuição dos Indivíduos Condenados segundo a Droga Envolvida, por Distrito e Região Autónoma (%) (2015).....	108
Figura 77	Percentagens Intradistritais dos Indivíduos Condenados por Tipo de Droga (2015).....	109
4. Reclusões	.....	111
Figura 78	Total de Reclusos Condenados e Reclusos Condenados ao Abrigo da Lei da Droga, segundo o Ano (Situação a 31/12 de cada ano)	111
Figura 79	Principais Crimes Cometidos sob o Efeito de Drogas (2015)	113

