



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

PT

ISSN 2314-9175

Relatório Europeu sobre Drogas

Tendências e evoluções

2016



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Relatório Europeu sobre Drogas

Tendências e evoluções

2016

Aviso legal

A presente publicação é propriedade do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) e encontra-se protegida por direitos de autor. O EMCDDA não tem qualquer responsabilidade, real ou implícita, pela utilização que venha a ser feita das informações contidas no presente documento. O conteúdo da presente publicação não reflete necessariamente as opiniões oficiais dos parceiros do EMCDDA, dos Estados-Membros da União Europeia ou de qualquer instituição ou agência da União Europeia.

O Europe Direct é um serviço que o ajuda a obter respostas para as suas perguntas relacionadas com a União Europeia.

Linha telefónica gratuita (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) As informações prestadas são gratuitas, tal como a maior parte das chamadas, embora alguns operadores, cabines telefónicas ou hotéis as possam cobrar

Mais informações sobre a União Europeia encontram-se disponíveis na Internet (<http://europa.eu>).

O presente relatório está disponível em alemão, búlgaro, checo, croata, dinamarquês, eslovaco, esloveno, espanhol, estónio, finlandês, francês, grego, húngaro, inglês, italiano, letão, lituano, neerlandês, norueguês, polaco, português, romeno, turco e sueco. Esta tradução foi fornecida pelo Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia.

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2016

ISBN: 978-92-9168-862-3

doi:10.2810/220354

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2016

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Citação recomendada: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2016), *Relatório Europeu sobre Drogas 2016: Tendências e evoluções*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

Printed in Belgium

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO ELEMENTAR (ECF)



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Índice

5	Prefácio
9	Nota introdutória e agradecimentos
11	SÍNTESE O mercado de droga europeu continua a dar sinais de resiliência
17	CAPÍTULO 1 A oferta de drogas e o mercado
37	CAPÍTULO 2 Consumo de drogas, prevalência e tendências
53	CAPÍTULO 3 Danos causados pela droga e respostas
71	ANEXO Quadros de dados nacionais

| Prefácio

É com enorme prazer que o EMCDDA apresenta a sua 21.^a análise anual relativa ao fenómeno da droga na Europa, bem como os seus novos diretor e presidente do Conselho de Administração, ambos recentemente eleitos. À semelhança dos anos anteriores, o Relatório Europeu sobre Drogas de 2016 oferece uma perspetiva oportuna das últimas tendências e evoluções verificadas neste contexto, apresentando-as sob a forma de um pacote multimédia integrado. A singularidade deste relatório reside na sua capacidade de conceber uma panorâmica atualizada e rigorosa do consumo de drogas, dos problemas relacionados com a droga e dos mercados de droga, complementando depois essa análise situacional com informações sobre as políticas e práticas em matéria de drogas.

A análise deste ano foca, mais uma vez, a crescente complexidade com que a Europa se depara no que diz respeito ao problema das drogas, um problema em que assumem cada vez mais relevância os estimulantes, as novas substâncias psicoativas, o consumo indevido de fármacos e o consumo problemático de *cannabis*. O relatório também nos recorda que alguns problemas do passado continuam bem presentes — mesmo que se tenham alterado os desafios que agora se colocam em matéria de definição de políticas e práticas. O problema dos opiáceos na Europa continua a ser um ponto central na análise de 2016, refletindo o significativo impacto que estas drogas ainda têm nos níveis de mortalidade e morbilidade. Assistimos agora a uma relação cada vez mais complexa entre o consumo de heroína e opiáceos sintéticos, acompanhada de um preocupante aumento nas estimativas globais das mortes relacionadas com opiáceos. Os serviços de saúde europeus têm agora de dar resposta às necessidades mais complexas decorrentes do envelhecimento da coorte de consumidores de heroína, ao mesmo tempo que os decisores políticos se debatem com a difícil questão de definir a terapia de longo prazo mais adequada a este grupo. Paralelamente, novas «epidemias» de heroína registadas noutras partes do mundo recordam-nos que esta é uma área onde a vigilância é necessária e a contínua monitorização é fundamental.

O presente relatório é, basicamente, um esforço conjunto, pelo que temos de agradecer a todos aqueles cujos contributos tornaram possível a sua elaboração. Como sempre, as informações fornecidas pelos pontos focais nacionais da Reitox e pelos peritos nacionais



constituem a base da análise aqui apresentada. Agradecemos ainda os contributos recebidos dos nossos parceiros institucionais a nível europeu, sobretudo da Comissão Europeia, da Europol, do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças e da Agência Europeia de Medicamentos. Congratulamo-nos também com o facto de as redes de investigação europeias terem, este ano, fornecido informações adicionais ao nível das cidades, as quais complementam os dados nacionais em domínios como a análise de águas residuais e as emergências hospitalares relacionadas com o consumo de drogas e nos permitem compreender melhor os padrões de consumo e os danos causados pela droga em toda a Europa.

Por fim, salientamos que a publicação do presente relatório ocorre numa altura importante para o desenvolvimento das políticas de luta contra a droga, quer ao nível europeu, quer ao nível internacional. Na Europa, serão avaliados os resultados do atual plano de ação de luta contra a droga, e começaram a ser definidas as medidas a tomar com vista à implementação da Estratégia europeia de luta contra a droga nos próximos anos. Alguns países europeus têm também participado ativamente nos debates internacionais associados à Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, que se realizou em abril deste ano, em Nova Iorque. A posição da União Europeia chamou a atenção para o valor de uma abordagem equilibrada baseada em factos e ancorada num firme compromisso de respeito pelos direitos humanos. Em nosso entender, um dos motivos pelos quais a União pode falar com autoridade neste debate prende-se com o empenho que demonstra em procurar entender a natureza mutante dos problemas que atravessa e com a avaliação crítica daquilo que funciona. Verificamos com orgulho que o presente relatório e o trabalho do EMCDDA e dos seus parceiros nacionais continuam a contribuir para tal entendimento e continuamos convictos de que uma boa informação é um pré-requisito para a definição de políticas e ações adequadas nesta matéria.

Laura d'Arrigo

Presidente do Conselho de Administração do EMCDDA

Alexis Goosdeel

Diretor do EMCDDA

Nota introdutória e agradecimentos

O presente relatório baseia-se em informação fornecida ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) pelos Estados-Membros da União Europeia, pelo país candidato Turquia e pela Noruega, sob a forma de um pacote de relatórios nacionais.

O seu objetivo é descrever, de forma global e sucinta, o fenómeno da droga na Europa e as respostas que lhe são dadas. Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2014 (ou ao último ano disponível). A análise das tendências baseia-se apenas nos países que fornecem dados suficientes para descrever a evolução registada ao longo do período em causa. A significância estatística é testada ao nível 0,05, salvo indicação em contrário. Importa assinalar também que a monitorização dos padrões e tendências de um comportamento oculto e estigmatizado como o consumo de droga é difícil, tanto em termos práticos como metodológicos, o que nos levou a utilizar múltiplas fontes de dados para efetuar a análise que aqui apresentamos. Embora se observem melhorias consideráveis, tanto a nível nacional como nas análises que hoje são possíveis a nível europeu, importa reconhecer as dificuldades metodológicas existentes neste domínio. Recomenda-se, assim, uma interpretação prudente dos dados, sobretudo quando se comparam os países em relação a cada medida. Na versão em linha do presente relatório, bem como no Boletim Estatístico, poderão encontrar-se advertências e restrições relativas aos dados, bem como informações detalhadas sobre a metodologia, os condicionalismos analíticos e os comentários sobre as limitações do conjunto de informações disponíveis. Estão igualmente disponíveis informações sobre os métodos e os dados utilizados nas estimativas a nível europeu, com destaque para eventuais interpolações.

O EMCDDA agradece a colaboração prestada pelas pessoas e entidades que a seguir se mencionam, sem a qual este relatório não teria sido possível:

- os diretores e o pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços e peritos que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram dados em bruto destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do EMCDDA;
- o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia (em especial, o grupo de trabalho horizontal «Drogas») e a Comissão Europeia;
- o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e a Europol;
- o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, o Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas, o Projeto Europeu de Inquérito Escolar sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD), o Grupo Nuclear Europeu de Análise das Redes de Saneamento (*Sewage Analysis Core Group Europe – SCORE*), a Rede Europeia de Emergências ligadas à Droga (*European Drug Emergencies Network – Euro-DEN*) e o Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN);
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia, a *Missing Element Designers*, Nigel Hawtin e a *Composiciones Rali*.

Pontos focais nacionais da Reitox

A Reitox é a rede europeia de informação sobre a droga e a toxicodependência. A rede é constituída pelos pontos focais nacionais dos Estados-Membros da União Europeia, da Turquia – país candidato –, da Noruega e da Comissão Europeia. Sob a responsabilidade dos seus governos, os pontos focais são as autoridades nacionais que fornecem informações sobre droga ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA). Os contactos dos pontos focais nacionais estão disponíveis no sítio Web do EMCDDA.

Síntese

**A agenda política
em matéria de droga
da Europa deverá abarcar
um conjunto mais alargado
e complexo de questões**

O mercado de droga europeu continua a dar sinais de resiliência

De acordo com a análise aqui apresentada, o mercado de droga europeu continua resiliente e com alguns indicadores de aumento do consumo, sobretudo de *cannabis* e drogas estimulantes. Regra geral, os dados sugerem que o nível de pureza ou potência da maioria das substâncias ilícitas é elevado ou está a aumentar. A maioria dos dados recentes obtidos através de inquéritos sobre prevalência revela também um ligeiro crescimento no consumo estimado das drogas mais comuns. A complexidade do mercado de drogas também aumentou, com a disponibilização de novas substâncias aos consumidores, para além das já existentes, sinal de que os fármacos estão a assumir um papel cada vez mais visível, e com padrões de policonsumo de drogas, a regra entre os toxicodependentes. As proibições são difíceis de implementar, uma vez que é no coração da Europa, junto dos consumidores, que agora ocorre a

produção de *cannabis*, drogas sintéticas e mesmo de certos opiáceos e novas substâncias psicoativas. No seu conjunto, esta nova análise salienta a necessidade da agenda política em matéria de droga da Europa abarcar um conjunto mais alargado e complexo de questões do que tem acontecido até agora.

| Ressurgimento da MDMA

O ressurgimento da MDMA enquanto estimulante comumente consumido pelos jovens é ilustrativo de alguns dos novos desafios colocados pelo atual mercado de droga. A inovação no fornecimento de precursores, as novas técnicas de produção e o fornecimento por comércio eletrónico parecem estar a fazer renascer um mercado agora caracterizado pela diversidade dos seus produtos. Pós, cristais e comprimidos com dosagem elevada encontram-se agora disponíveis sob uma variedade de logótipos, cores e formatos, com provas de produção e encomenda e com utilização de técnicas de marketing sofisticadas e direcionadas. Esta poderá ser uma estratégia deliberadamente adotada pelos produtores para chamar a atenção para a droga em causa, após um longo período em que a fraca qualidade e a adulteração da mesma resultou num declínio do seu consumo. Aparentemente, a estratégia tem vindo a obter algum

sucesso, com indícios de que a MDMA se está a tornar cada vez mais popular, quer junto dos velhos consumidores de estimulantes, quer junto de uma nova geração de jovens consumidores. Esta conclusão revela a necessidade de apostar em medidas de prevenção e redução de danos direcionadas para um novo grupo de consumidores que, apesar de consumir produtos de elevada dosagem, desconhece os riscos associados aos mesmos.

Novos dados colocam em evidência padrões regionais de consumo e danos causados por estimulantes

O presente relatório sugere que deve ser dada maior importância à identificação e ao tratamento de padrões localizados de consumo de estimulantes e respetivos danos. Algumas conclusões recentemente obtidas a partir de análises efetuadas a águas residuais estabelecem um paralelismo entre as apreensões e os dados do inquérito, na medida em que ambos revelam diferenças regionais em termos de padrões de consumo de estimulantes na Europa. O consumo de cocaína é mais elevado nos países ocidentais e do sul da Europa, enquanto as anfetaminas são proeminentes nos países do norte e do leste europeu. A médio prazo, tanto a cocaína como as anfetaminas tiveram um aumento do grau de pureza, com os preços a permanecerem geralmente estáveis. Os problemas decorrentes do consumo de estimulantes também estão a tornar-se mais visíveis. O aumento das necessidades de tratamento ligadas ao consumo de anfetaminas em alguns países também tem vindo a suscitar alguma preocupação, sendo que quase metade dos novos consumidores administra a droga por via intravenosa. O consumo de estimulantes injetados foi ainda associado a surtos de VIH em certos grupos marginalizados. A injeção de substâncias estimulantes associada a comportamentos sexuais de elevado risco é também motivo de uma crescente preocupação. Esta situação foi reportada entre pequenos grupos de homens residentes em algumas cidades europeias e que mantêm relações homossexuais, apontando para a necessidade de uma maior cooperação e de uma resposta conjunta das entidades responsáveis pelo tratamento da toxicodependência e pela saúde sexual.

O combate ao consumo de *cannabis* continua a ser um grande desafio para as políticas europeias de luta contra a droga

Quer ao nível internacional, quer ao nível europeu, assiste-se atualmente a um considerável debate público e político sobre os custos e benefícios das diversas políticas

de combate ao consumo de *cannabis*. Os dados apresentados neste relatório contribuem para o esclarecimento deste debate, uma vez que incidem sobre algumas das questões mais complexas que devem ser consideradas. É importante que esta questão seja debatida, pois o consumo global de *cannabis* não parece estar a diminuir, dando antes sinais de estar a começar a aumentar junto de certas populações. Com efeito, dos países que apresentaram estimativas recentes (a partir de 2013), a maioria registou um aumento do consumo desta droga.

Novas estimativas revelam que a *cannabis* é responsável pela maior quota, em termos de valor, do mercado europeu de drogas ilícitas. A produção de *cannabis* transformou-se numa grande fonte de receitas para o crime organizado. A importação de *cannabis* a partir de vários países e o aumento da produção na Europa dificultam consideravelmente a aplicação da lei, pressionando ainda mais os recursos das autoridades policiais e aduaneiras. As infrações relacionadas com a *cannabis*, maioritariamente referentes a consumo ou a posse para consumo próprio, também representam cerca de três quartos de todas as infrações relacionadas com drogas.

Assistimos ainda a uma maior compreensão das implicações que o consumo de *cannabis* tem para a saúde e para a sociedade. Estas são mais evidentes entre os consumidores que consomem com mais frequência ou há mais tempo, estimando-se em cerca de 1 % os adultos europeus que consomem *cannabis* diariamente ou quase diariamente. Independentemente de se tratar de resina de *cannabis* ou de *cannabis* herbácea, os níveis de potência são os mais elevados de sempre. Este é um dado preocupante, pois implica um maior risco de os consumidores virem a sofrer de problemas de saúde agudos e crónicos. Além disso, atualmente a maioria das pessoas que iniciam pela primeira vez um tratamento da toxicodependência fá-lo devido ao consumo desta droga, apesar de estes dados terem de ser entendidos apenas como vias de referenciação e no contexto de uma mais ampla definição dos cuidados a prestar a esta população. As respostas políticas nesta área devem ter em conta que na Europa, ao contrário do que acontece noutras partes do mundo, a *cannabis* é normalmente fumada com tabaco, o que aumenta a relevância de uma ação sinérgica entre o controlo da *cannabis* e o controlo do tabaco.

A *cannabis* é responsável pela maior quota, em termos de valor, do mercado europeu de drogas ilícitas

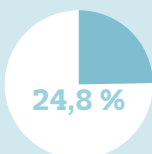
NUM RELANCE — ESTIMATIVAS DO CONSUMO DE DROGA NA UNIÃO EUROPEIA

Cannabis

Consumiram:

Último ano **22,1 milhões** Ao longo da vida **83,2 milhões**

Adultos
(15–64)



Jovens adultos
(15–34)

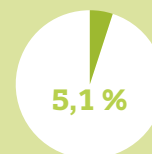
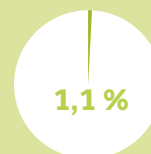
Último ano
16,6 milhões

**Cocaína**

Consumiram:

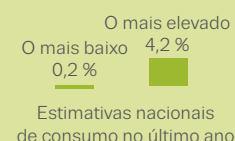
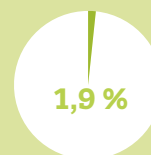
Último ano **3,6 milhões** Ao longo da vida **17,1 milhões**

Adultos
(15–64)



Jovens adultos
(15–34)

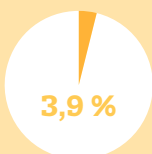
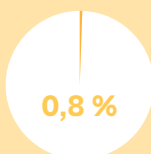
Último ano
2,4 milhões

**MDMA**

Consumiram:

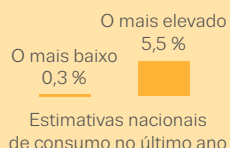
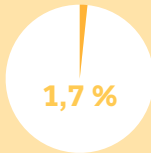
Último ano **2,5 milhões** Ao longo da vida **13,0 milhões**

Adultos
(15–64)



Jovens adultos
(15–34)

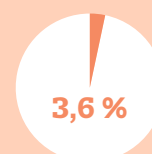
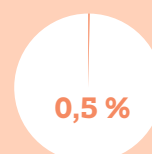
Último ano
2,1 milhões

**Anfetaminas**

Consumiram:

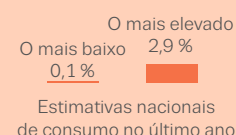
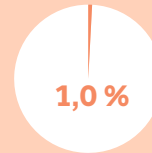
Último ano **1,6 milhões** Ao longo da vida **12,0 milhões**

Adultos
(15–64)



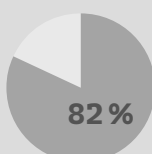
Jovens adultos
(15–34)

Último ano
1,3 milhões

**Opiáceos**

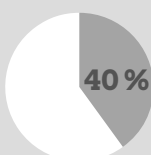
Consumidores de
opiáceos de alto risco
1,3 milhões

Overdoses fatais



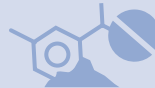
Pedidos de tratamento
da toxicodependência

Droga principal em
cerca de 40 % do total
de pedidos de
tratamento da
toxicodependência na
União Europeia



Os opiáceos estão
presentes em 82 %
das overdoses fatais

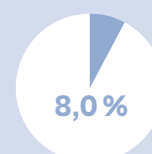
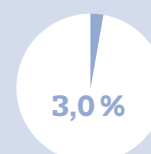
644 000
consumidores de
opiáceos receberam
tratamento de
substituição, em 2014

Novas substâncias psicoativas

Consumiram:

Último ano Ao longo da vida

Jovens adultos
(15–24)



Fonte: 2014 Flash Eurobarometer on young people and drugs

Canabinoides sintéticos responsáveis pelo maior número de apreensões de novas substâncias psicoativas

Outra questão igualmente problemática para as políticas internacional e europeia de luta contra a droga consiste em definir a melhor forma de responder ao dinamismo e à constante mutação do mercado de novas drogas. A informação disponível sobre o consumo de novas substâncias psicoativas é bastante escassa, mas as 50 000 apreensões destas drogas registadas em 2014 permitem ter uma ideia da relativa facilidade de acesso às mesmas. Os canabinoides sintéticos são responsáveis por mais de 60 % destas apreensões, e este grupo de drogas também ocupa já um lugar predominante nas 98 novas substâncias detetadas pela primeira vez em 2015 e registadas na lista de novas substâncias psicoativas do sistema de alerta precoce da UE. Vinte e cinco destas substâncias eram canabinoides sintéticos — drogas que atuam nos mesmos recetores cerebrais que o THC, um dos principais compostos ativos da *cannabis* natural. Do ponto de vista da saúde, contudo, muitos canabinoides sintéticos apresentam um grau de toxicidade bastante mais elevado, com registos de envenenamento massivo e mesmo de mortes. A ameaça colocada por estas substâncias é evidenciada num alerta emitido pelo EMCDDA, em Fevereiro de 2016, sobre o canabinoide sintético MDMB-CHMICA — uma droga associada a 13 intoxicações fatais e 23 não fatais. Este químico foi identificado em mais de 20 misturas diferentes para fumar, tendo-se registado casos de morte ou envenenamento em, pelo menos, oito países. Regra geral, os consumidores destes produtos desconheciam os químicos neles contidos.

Os efeitos adversos estão também associados ao uso de estimulantes e opiáceos não controlados registados no sistema de alerta precoce. Responder com rapidez e eficácia à venda de químicos desconhecidos, alguns dos quais se revelam altamente tóxicos, constitui um dos maiores desafios nesta matéria. Os jovens consumidores poderão estar a ser involuntariamente usados como cobaias de substâncias cujos riscos para a saúde são praticamente desconhecidos. Um exemplo desta situação é a catinona sintética alfa-PVP, que foi sujeita a uma análise de risco em Novembro de 2015. Este potente psicoestimulante foi associado a quase 200 intoxicações agudas e a mais de 100 mortes na Europa.

Os fabricantes de novas substâncias psicoativas parecem estar a orientar cada vez mais a sua ação para os setores mais crónicos e problemáticos do mercado da droga. Por exemplo, os opiáceos sintéticos não controlados, tais como os da família do fentanil, encontram-se disponíveis

no mercado. Estas drogas podem ser particularmente nocivas. Um exemplo digno de nota é o acetilfentanil, sujeito a uma análise de risco pelo EMCDDA e pela Europol em 2015. Foram ainda encontradas novas substâncias psicoativas em produtos comercializados como substitutos de medicamentos, como as benzodiazepinas — medicamentos que, indevidamente utilizados, contribuem para agravar o problema da droga em certos países.

Aumento das mortes por *overdose*: a heroína novamente em cena

A análise deste ano suscita também novas preocupações sobre o aumento de *overdoses* associadas ao consumo de heroína e outros opiáceos. Os dados relativos a *overdoses* fatais dão como principal motivo o consumo de heroína, sendo também esta a droga ilícita mais comum nos casos que dão entrada nas urgências hospitalares das cidades europeias. As substâncias responsáveis pelos casos de emergência associados ao consumo de drogas variam consideravelmente de cidade para cidade, sendo que a *cannabis*, a cocaína e outros estimulantes também surgem com alguma proeminência em certas localidades. Os dados sobre casos de intoxicação aguda não são atualmente objeto de recolha sistemática ao nível europeu. O estudo-piloto levado a cabo ao nível das cidades sugere que um controlo periódico nesta área seria valioso para ajudar a perceber e acompanhar o impacto das drogas emergentes.

Alguns países, sobretudo do norte da Europa, que há vários anos se vêem a braços com problemas associados aos opiáceos comunicaram um aumento recente de mortes relacionadas com estas substâncias. É, contudo, complicado perceber o que está na origem destas tendências. É possível que a explicação resida numa maior disponibilidade de heroína, no aumento do nível de pureza, numa coorte envelhecida e mais vulnerável e na mudança dos padrões de consumo (incluindo o uso de opiáceos sintéticos e medicamentos). As mudanças na comunicação de informações também podem ser importantes. Os dados relativos ao fornecimento, incluindo a estimativa de aumento de produção de heroína no Afeganistão, bem como o aumento das quantidades de heroína apreendidas e os níveis de pureza mais elevados apontam, todos eles, para um aumento da disponibilidade desta substância. Não existem, contudo, provas contundentes de um aumento do número de consumidores de heroína; ao invés disso, verifica-se um declínio ou estabilização do número de toxicodependentes em tratamento por consumo de heroína e os casos de *overdose* continuam a estar principalmente associados

aos antigos consumidores de opiáceos. Ainda assim, em certos países, foi observado um ligeiro aumento no número de mortes por *overdose* entre os grupos mais jovens. Esta matéria deve, por isso, suscitar atenção redobrada.

Consumo de opiáceos sintéticos: um motivo de preocupação

Os opiáceos sintéticos e os medicamentos também parecem ter um papel importante no número de mortes em certas regiões da Europa. Subsistem algumas preocupações quanto à utilização indevida de benzodiazepinas e outros medicamentos, desviados de prestadores de cuidados de saúde ou obtidos a partir de fontes ilegais, mas a relevância destas drogas para o número de mortes por *overdose* na Europa continua a ser pouco compreendida. Existem mais dados disponíveis sobre opiáceos sintéticos. Os produtos de opiáceos sintéticos, maioritariamente drogas utilizadas em tratamentos de substituição, surgem em maior número nos dados sobre mortes relacionadas com drogas em certos países, verificando-se ainda um aumento na procura de tratamento relacionado com estas substâncias. Tendo em conta os graves problemas de saúde pública na América do Norte e noutros locais, decorrentes da utilização indevida de medicamentos opiáceos, é necessário aumentar a vigilância, de modo a detetar qualquer agravamento da situação ao nível europeu. Além disso, conforme referido no relatório, os quadros regulamentares e as orientações clínicas podem contribuir positivamente para a redução dos casos de desvio de medicamentos destinados a utilizações terapêuticas adequadas.

Novas opções farmacológicas para reduzir os danos causados pela droga

Nos próximos anos, é provável que assistamos ao lançamento de novas opções farmacológicas passíveis de contribuir para reduzir alguns dos problemas relacionados com o consumo de drogas. O presente relatório coloca em destaque duas áreas em que estão a ser introduzidas novas terapias e métodos inovadores de administração. Com vista a reduzir o número de mortes por *overdose*, certos países europeus dispõem de programas comunitários que fornecem naloxona aos consumidores de opiáceos, um medicamento utilizado para reverter os efeitos de uma sobredosagem com opiáceos, bem como aos toxicodependentes que saem da prisão. Poderá estar a ser preparada uma implementação mais alargada do fornecimento de naloxona para consumo domiciliário, com

o desenvolvimento de preparações de naloxona de administração por via nasal, uma das quais foi recentemente aprovada para venda em farmácias nos Estados Unidos. Estão também a ser disponibilizados novos medicamentos que melhoram as hipóteses de tratamento de infeções pelo vírus da hepatite C entre consumidores ativos de drogas injetadas, incluindo aqueles que se encontram inscritos em instalações de tratamento da toxicodependência. As potencialidades das novas terapias de tratamento, em termos de ganhos para a saúde, são significativas, mas subsiste o desafio de reduzir os obstáculos à toma das mesmas e de assegurar recursos suficientes para dar resposta às necessidades de tratamento.

Novas ameaças e oportunidades decorrentes dos mercados de droga em linha

Um dos mais importantes desafios das políticas de luta contra a droga consiste em responder ao papel da Internet enquanto meio de comunicação e fonte emergente de fornecimento de drogas. A atenção centrou-se principalmente na ameaça que representam as redes de Internet ocultas dos mercados de droga. É ainda necessário compreender a importância crescente dos sítios web «de superfície», sobretudo no que respeita ao fornecimento de medicamentos contrafeitos e de novas substâncias psicoativas, e das aplicações eletrónicas para a troca de experiências entre pares. As plataformas em linha também fornecem oportunidades de prevenção, tratamento e redução de danos, apesar de estas oportunidades serem muitas vezes ignoradas.

O fornecimento de drogas através de fontes em linha parece estar a aumentar, apesar de os números ainda serem reduzidos, e o potencial de expansão do fornecimento de drogas em linha parece considerável. Além disso, as respostas sociais têm tido alguma dificuldade em acompanhar as rápidas mudanças verificadas nesta área, impulsionadas pela utilização crescente da Internet, pelo desenvolvimento de novas tecnologias de pagamento, pelas inovações na tecnologia de encriptação e pelas novas opções de distribuição de mercados em linha. A futura agenda política da União Europeia terá provavelmente de dar resposta a algumas questões críticas, entre as quais averiguar qual a melhor forma de combater esta nuvem negra que se avoluma no horizonte e de tirar o melhor partido das oportunidades que estas ferramentas oferecem para reduzir o problema da droga.

1

**A Europa é igualmente uma
região produtora de *cannabis*
e de drogas sintéticas**

A oferta de drogas e o mercado

No contexto mundial, a Europa é um importante mercado para as drogas, tanto produzidas a nível interno, como traficadas a partir de outras regiões do mundo. A América do Sul, a Ásia Ocidental e o Norte de África são origem de grande parte das drogas ilícitas que entram na Europa, sendo as novas substâncias psicoativas oriundas da China e da Índia. Além disso, algumas drogas e substâncias precursoras transitam para outros continentes através do continente europeu. A Europa também é uma região produtora de *cannabis* e drogas sintéticas: a primeira é sobretudo produzida para consumo local, enquanto algumas drogas sintéticas se destinam à exportação para outras partes do mundo.

Monitorização dos mercados, da oferta e da legislação em matéria de droga

A análise apresentada no presente capítulo baseia-se nos dados comunicados sobre as apreensões de droga, as apreensões e remessas intercetadas de precursores de drogas, as instalações de produção de droga desmanteladas, as infrações à legislação em matéria de droga, os preços de venda a retalho, a pureza e a potência das drogas. Em certos casos, a ausência de dados relativos às apreensões efetuadas em determinados países-chave dificulta a análise das tendências. No Boletim Estatístico, podem ser consultadas séries de dados completas e extensas notas metodológicas. Note-se que as tendências podem ser influenciadas por vários fatores, entre os quais os hábitos e preferências dos consumidores, as mudanças na produção e no tráfico, os níveis de atividade das forças de segurança e a eficácia das medidas de combate ao tráfico.

Também são aqui fornecidos dados referentes às notificações e às apreensões de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE pelos parceiros nacionais do EMCDDA e da Europol. Uma vez que estas informações provêm de relatórios de casos e não de sistemas de monitorização periódica, as estimativas das apreensões correspondem a um valor mínimo. Os dados são influenciados por fatores como a visibilidade crescente destas substâncias, a alteração do seu estatuto legal e as práticas de notificação das forças policiais. Uma descrição completa desse mecanismo encontra-se disponível no sítio do EMCDDA, sob a rubrica Action on new drugs

Para mais informações sobre leis e políticas europeias em matéria de droga, consultar o sítio web do EMCDDA.

Desde as décadas de 1970 e 1980 que existem, em muitos países europeus, grandes mercados para a *cannabis*, a heroína e as anfetaminas. Ao longo do tempo, outras substâncias vieram juntar-se-lhes, incluindo a MDMA, na década de 1990, e a cocaína, na de 2000, e o mercado europeu continua a evoluir, com especial menção para a vasta gama de novas substâncias psicoativas surgidas na última década. As alterações recentes ao mercado de drogas ilícitas, largamente resultantes da globalização e das novas tecnologias, incluem inovações ao nível dos métodos de produção de drogas e tráfico e o aparecimento de novas rotas de tráfico.

As medidas de prevenção da oferta de drogas envolvem muitos intervenientes governamentais e policiais e dependem com frequência da cooperação internacional. Ao nível da União Europeia, a coordenação dos esforços faz-se através das respetivas estratégia e planos de ação de luta contra a droga e ainda do respetivo ciclo de medidas de combate à criminalidade grave e organizada. A posição assumida por cada país também se reflete nas suas estratégias e legislação em matéria de droga, sendo os dados relativos às detenções e apreensões os indicadores que melhor comprovam os esforços para combater a oferta de droga.

Mercados da droga: estimativa do valor financeiro

Os mercados de drogas ilícitas são sistemas complexos de produção e distribuição que geram largas somas de dinheiro, a diferentes níveis. De acordo com uma estimativa conservadora, o mercado retalhista de drogas ilícitas na União Europeia valia 24,3 mil milhões de euros, em 2013 (margem provável de 21 mil milhões de euros a 31 mil milhões de euros). Com um valor retalhista estimado de 9,3 mil milhões de euros (margem provável de 8,4 a 12,9 mil milhões de euros), e responsável por 38 % do mercado total, os produtos de *cannabis* constituem a maior quota do mercado europeu de drogas ilícitas. Seguem-se a heroína, com um valor estimado de 6,8 mil milhões de euros (de 6,0 a 7,8 mil milhões de euros) (28 %), e a cocaína, com um valor estimado de 5,7 mil milhões de euros (de 4,5 a 7,0 mil milhões de euros) (24 %). As anfetaminas possuem uma quota de mercado mais pequena, estimada em 1,8 mil milhões de euros (de 1,2 a 2,5 mil milhões de euros) (8 %), seguida da MDMA, com uma quota de quase 0,7 mil milhões de euros (de 0,61 a 0,72 mil milhões de euros) (3 %). Estas estimativas

têm por base dados bastante limitados, o que levou à necessidade de assumir vários pressupostos. Desta forma, as mesmas devem ser encaradas como estimativas iniciais mínimas que deverão ser revistas no futuro, à medida que forem surgindo novas informações.

Novos métodos de fornecimento: os mercados de drogas em linha

Apesar dos mercados de drogas ilícitas sempre se terem desenvolvido em locais físicos, a última década tem assistido à emergência de novas tecnologias ligadas à Internet e que facilitaram o desenvolvimento de mercados eletrónicos. Os mercados de drogas podem operar na Internet «de superfície», normalmente com a venda de químicos precursores não controlados, de novas substâncias psicoativas ou de medicamentos falsificados ou contrafeitos. Podem ainda operar na Internet «oculta» (*deep web*), através de mercados privados ou encriptados, como o Alphabay ou o extinto Silk Road. De acordo com os registos existentes, os produtos de *cannabis* e MDMA são as drogas ilícitas que com mais frequência são oferecidas nos mercados eletrónicos privados, juntamente com uma série de medicamentos.

Um mercado privado é uma plataforma ou um mercado de vendas em linha, apoiado por tecnologias que protegem a privacidade dos seus utilizadores, no qual se vendem sobretudo bens e serviços ilícitos. Estes mercados possuem muitas características semelhantes a mercados como o eBay e a Amazon, permitindo aos utilizadores pesquisar e comparar produtos e vendedores. As transações e a localização física dos servidores são sujeitas a várias estratégias de ocultação. Nestas estratégias incluem-se os serviços de anonimização, tais como o Tor (*the Onion Router*), que esconde um endereço de IP (protocolo de Internet); criptomoeças descentralizadas e relativamente indetetáveis, tais como a *bitcoin* e a *litecoin*, utilizadas para pagamentos; e comunicações encriptadas entre os agentes que intervêm no mercado. Os sistemas de reputação também desempenham o seu papel, ao regularem os fornecedores dos mercados. Alguns desenvolvimentos recentes incluíram o reforço da segurança para prevenir burlas de fornecedores, incluindo a utilização de sofisticados sistemas de garantia, e a descentralização das plataformas de venda em resposta a medidas tomadas pelas autoridades de aplicação da lei. Atualmente, estima-se que estes mercados representem uma pequena quota do comércio de drogas ilícitas, e muitas das transações ocorrem entre consumidores. Contudo, existe potencial para uma maior expansão do comércio de drogas em linha.

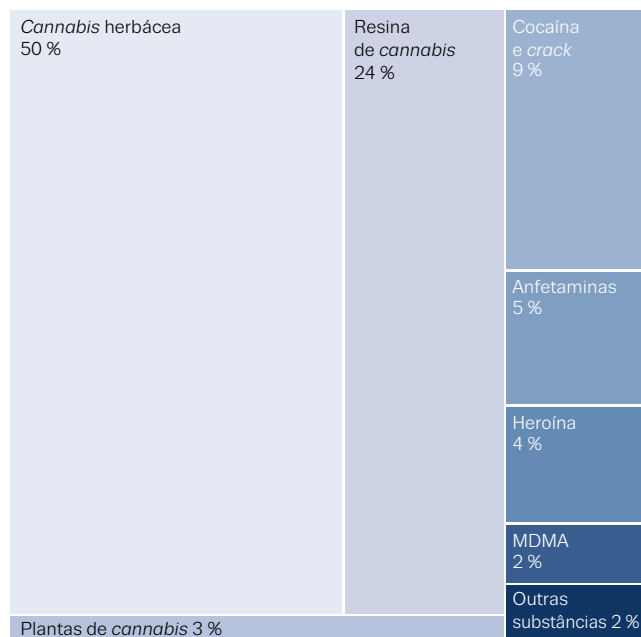
FIGURA 1.1

Apreensões de drogas: a *cannabis* no topo da lista

Todos os anos, na Europa, são notificadas mais de um milhão de apreensões de drogas ilícitas. Na maioria dos casos, trata-se de pequenas quantidades de droga apreendidas a consumidores, embora uma grande proporção do total apreendido corresponda a remessas de vários quilos confiscadas a traficantes e produtores.

A *cannabis* é a droga com maior número de apreensões, correspondendo a mais de três quartos das apreensões efetuadas na Europa (78 %) (Figura 1.1), o que reflete a prevalência relativamente elevada do seu consumo. A cocaína ocupa o segundo lugar (9 %), seguida, em menores proporções, pelas anfetaminas (5 %), pela heroína (4 %) e pela MDMA (2 %).

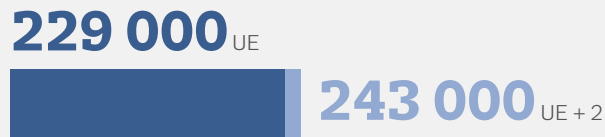
Número de apreensões de droga notificadas, distribuído por droga, 2014



CANNABIS

Resina

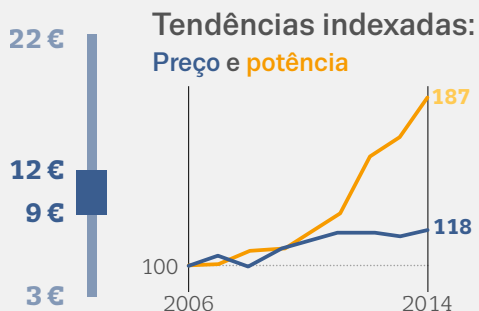
Número de apreensões



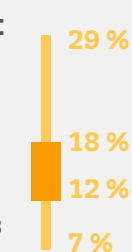
Quantidades apreendidas



Preço (EUR/g)



Potência (% THC)

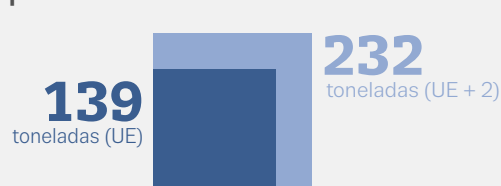


Herbácea

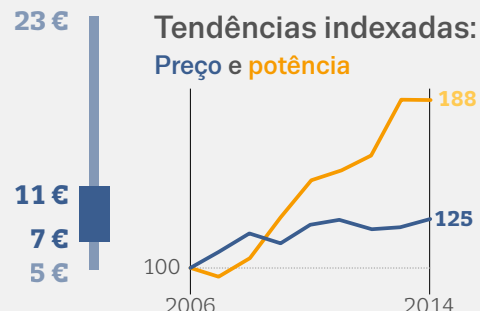
Número de apreensões



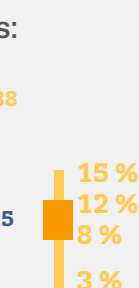
Quantidades apreendidas



Preço (EUR/g)



Potência (% THC)

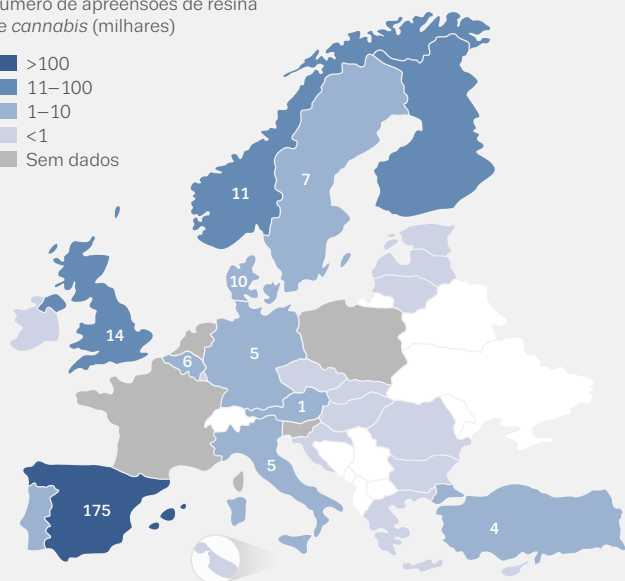


NB: UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e potência dos produtos de *cannabis*: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartilico. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

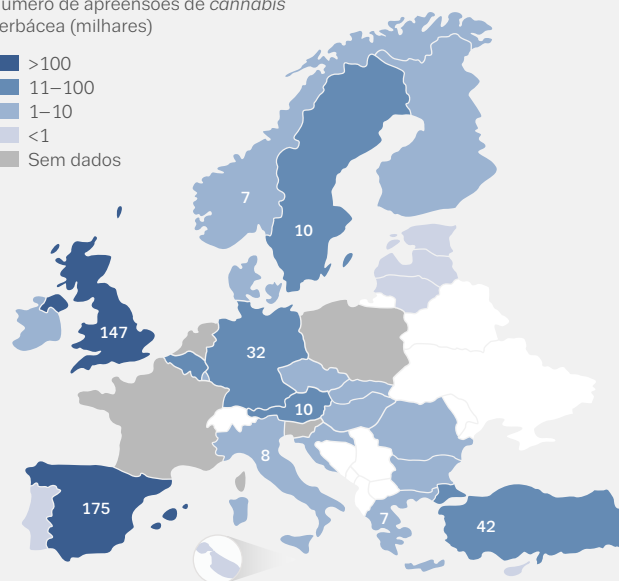
FIGURA 1.2

Apreensões de resina de *cannabis* e *cannabis* herbácea, 2014 ou ano mais recenteNúmero de apreensões de resina de *cannabis* (milhares)

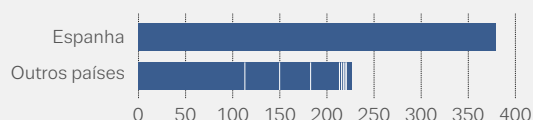
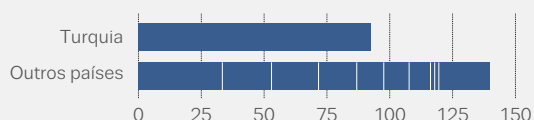
>100
11–100
1–10
<1
Sem dados

Número de apreensões de *cannabis* herbácea (milhares)

>100
11–100
1–10
<1
Sem dados



NB: Número de apreensões nos dez países com valores mais elevados.

Quantidade de resina de *cannabis* apreendida (toneladas)Quantidade de *cannabis* herbácea apreendida (toneladas)

Em 2014, apenas dois países, a Espanha e o Reino Unido, foram responsáveis por cerca de 60 % das apreensões realizadas na União Europeia, embora também tenham sido notificados números consideráveis de apreensões pela Bélgica, pela Alemanha e pela Itália. Importa igualmente referir que não existem dados recentes sobre os números de apreensões realizadas em França e nos Países Baixos (países que no passado comunicaram números elevados), nem na Finlândia e na Polónia. A ausência destes dados introduz incerteza na presente análise. Há que assinalar ainda que na Turquia são apreendidos largos volumes de drogas destinadas, quer a outros países, da Europa e do Médio Oriente, quer para consumo local.

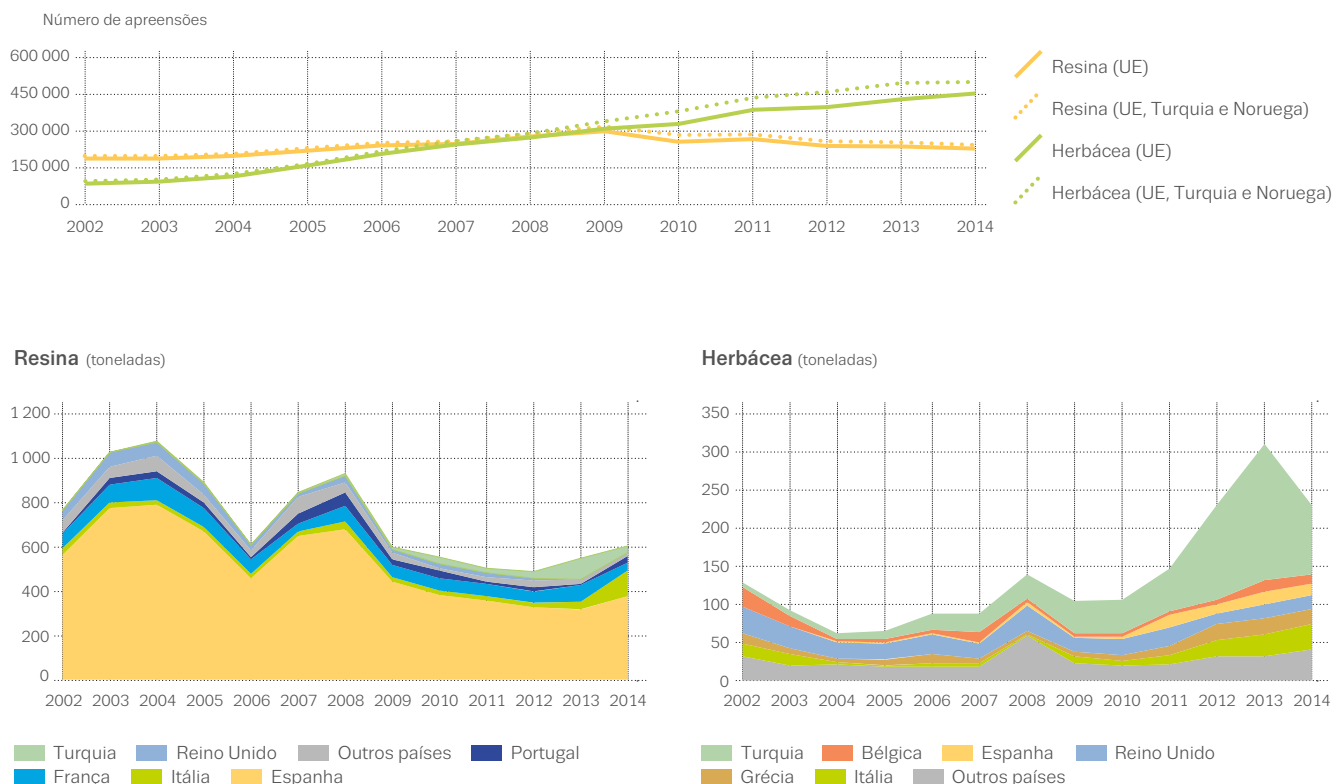
Cannabis: produtos diversificados

A *cannabis* herbácea (marijuana) e a resina de *cannabis* (haxixe) são os dois principais produtos de *cannabis* comercializados nos mercados de drogas europeus. A *cannabis* herbácea consumida na Europa é cultivada internamente ou traficada a partir de países terceiros. Aquela que é produzida na Europa é sobretudo cultivada dentro de portas. Muita da resina de *cannabis* é importada de Marrocos, por via marítima ou aérea.

Em 2014, foram notificadas 682 000 apreensões de *cannabis* na União Europeia (443 000 de *cannabis* herbácea e 229 000 de resina de *cannabis*). Foram notificadas mais 33 000 apreensões de plantas de *cannabis*. Contudo, a quantidade de resina de *cannabis* apreendida na União Europeia é ainda muito superior à da *cannabis* herbácea (574 toneladas contra 139 toneladas). Esta diferença é, em parte, explicada pelo facto da resina de *cannabis* ser traficada em grandes quantidades e através de longas distâncias, tendo inclusive de atravessar fronteiras, o que a torna mais vulnerável às medidas de combate ao tráfico de droga. No que se refere à análise da quantidade de *cannabis* apreendida, um pequeno número de países assume uma posição desproporcionadamente importante, devido ao facto de estarem situados em importantes rotas de tráfico desta droga. A Espanha, nomeadamente, sendo um importante ponto de entrada da *cannabis* produzida em Marrocos, notificou cerca de dois terços da quantidade total de *cannabis* apreendida na Europa em 2014 (Figura 1.2). Recentemente, a Turquia tem comunicado maiores quantidades apreendidas de *cannabis* herbácea do que qualquer outro país europeu.

Apreensões de outros produtos de *cannabis* foram também comunicadas na União Europeia, incluindo cerca de 200 apreensões de óleo de *cannabis*.

FIGURA 1.3

Tendências relativas ao número de apreensões de *cannabis* e quantidades de *cannabis* apreendidas: resina e herbácea

Na Europa, desde 2009, o número de apreensões de *cannabis* herbácea tem ultrapassado o da resina de *cannabis* e, desde então, a diferença não tem cessado de aumentar (Figura 1.3). Ao mesmo tempo, a quantidade de *cannabis* herbácea apreendida continuou a aumentar na União Europeia. Dados mais recentes revelam que as apreensões de resina aumentaram na União Europeia, verificando-se igualmente uma queda abrupta da quantidade de *cannabis* herbácea apreendida na Turquia.

O número de apreensões de plantas de *cannabis* pode ser considerado um indicador da produção desta droga num determinado país. Embora os dados relativos às apreensões de *cannabis* tenham de ser considerados com prudência, devido a problemas de ordem metodológica, o número de apreensões de plantas de *cannabis* mais do que duplicou, passando de 1,5 milhões, em 2002, para 3,4 milhões, em 2014.

A análise das tendências indexadas entre os países que comunicam dados revela sistematicamente grandes aumentos na potência (teor de THC - tetrahydrocannabinol) da *cannabis* herbácea e da resina de *cannabis*, entre 2006 e 2014. Entre os fatores deste aumento da potência podem estar a introdução de técnicas de produção intensiva na Europa e, mais recentemente, a introdução de plantas de elevada potência em Marrocos.

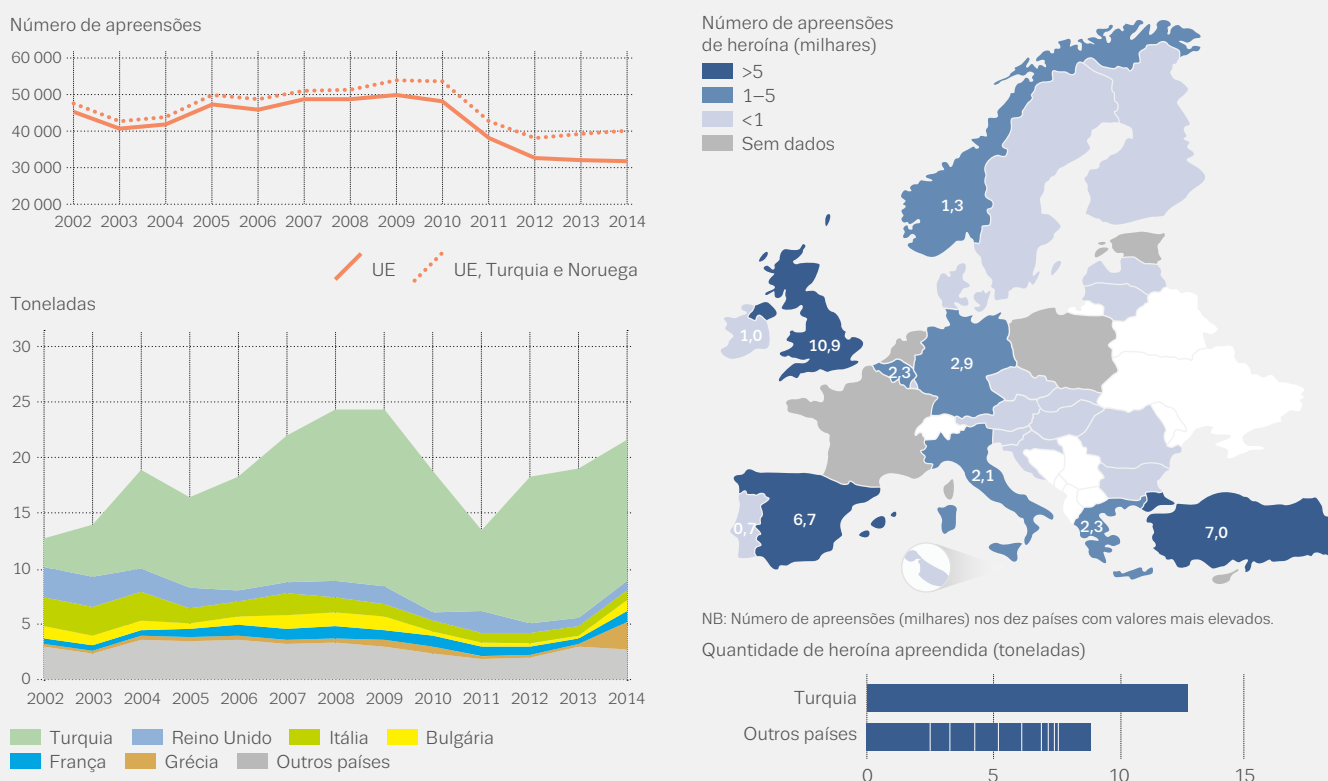
Opiáceos: uma mudança no mercado?

A heroína é o opiáceo mais comum no mercado da droga europeu. A heroína importada tem sido normalmente disponibilizada sob duas formas, no mercado de drogas europeu: a mais comum destas formas é a heroína castanha (a forma química de base), proveniente essencialmente do Afeganistão. Muito menos comum é a heroína branca (uma forma de sal), tradicionalmente originária do Sudeste Asiático, mas que agora também pode ser produzida no Afeganistão ou noutros países vizinhos. Outros opiáceos apreendidos nos países europeus em 2014 incluem o ópio e medicamentos como a morfina, a metadona, a buprenorfina, o tramadol e o fentanil. Alguns opiáceos medicinais podem ter sido desviados de fornecimentos da indústria farmacêutica, enquanto outros foram fabricados especificamente para o mercado ilícito.

O Afeganistão continua a ser o maior produtor ilegal de ópio, a nível mundial, estimando-se que a maior parte da heroína encontrada na Europa seja produzida nesse país ou nos seus países vizinhos, Irão e Paquistão. A produção de opiáceos na Europa tem estado limitada a produtos artesanais obtidos a partir da papoila e produzidos em certos países de leste. Contudo, a descoberta de dois laboratórios de conversão de morfina em heroína, em

FIGURA 1.4

Número de apreensões de heroína e quantidades apreendidas: tendências 2014 ou ano mais recente



Espanha e na República Checa, em 2013/2014, aponta para a possibilidade de a heroína também estar a ser atualmente fabricada na Europa.

A heroína é introduzida na Europa através de quatro rotas de tráfico. As duas mais importantes são a «rota dos Balcãs» e a «rota meridional». Uma destas rotas atravessa a Turquia até aos países balcânicos (Bulgária, Roménia ou Grécia) e prossegue para a Europa Central, Meridional e Ocidental. Recentemente, foi descoberto um desvio da «rota dos Balcãs» envolvendo a Síria e o Iraque. A rota meridional parece ter adquirido importância nos últimos anos. As remessas de heroína provenientes do Irão e do Paquistão entram igualmente na Europa por via aérea ou marítima, quer diretamente, quer depois de transitarem por países da África Ocidental, Austral e Oriental. Outras rotas atualmente menos importantes incluem a «rota do norte» e uma nova rota de heroína que parece estar a desenvolver-se a partir do Cáucaso Meridional e através do Mar Negro.

Após uma década de relativa estabilidade, os mercados existentes numa série de países europeus registaram uma escassa disponibilidade de heroína no período de 2010/11. Este facto é consubstanciado pelos dados relativos às apreensões de heroína, que sofreram um declínio de cerca de 50 000 apreensões, em 2009, para 32 000, em 2014. A quantidade de heroína apreendida na

União revela um declínio prolongado, passando de 10 toneladas, em 2002, para 5 toneladas, em 2012, antes de aumentar significativamente para 8,9 toneladas, em 2014. Esta inversão das tendências deve-se a um aumento das apreensões de grandes volumes (acima dos 100 kg), com vários países a registar apreensões recorde de heroína em 2013 e 2014. Os dados mais recentes da Grécia e, em menor escala, da Bulgária revelaram um aumento das quantidades de heroína apreendida. Desde 2013, a Turquia apreendeu muito mais heroína do que qualquer outro país europeu, totalizando cerca de 13 toneladas em 2014 (Figura 1.4).

Entre os países que comunicam dados sistematicamente, as tendências indexadas sugerem que a pureza da heroína na Europa aumentou em 2014. Este facto, juntamente com o aumento das quantidades apreendidas e outros acontecimentos, indicia que existe potencial para uma maior oferta desta droga.

O mercado europeu de drogas estimulantes: a divisão geográfica

O mercado de drogas europeu disponibiliza uma série de estimulantes ilícitos, verificando-se diferenças regionais ao nível das apreensões mais comuns (Figura 1.5). Estas espelham claramente a localização das grandes

instalações de produção, dos portos de entrada e das rotas de tráfico. A cocaína, por exemplo, é o estimulante apreendido com mais frequência em muitos países ocidentais e meridionais, refletindo os pontos de entrada desta droga na Europa. As apreensões de anfetaminas predominam na Europa do norte e central, com as metanfetaminas a ocupar o primeiro lugar das apreensões mais comuns de drogas estimulantes na República Checa, Eslováquia, Letónia e Lituânia. A MDMA é a droga estimulante mais apreendida na Roménia e na Turquia.

Cocaína: a estabilização do mercado

Na Europa, a cocaína encontra-se disponível sob duas formas, das quais a mais comum é a cocaína em pó (um sal hidrocloreto, HCl) e a menos comum é a cocaína-crack, uma forma dessa droga que pode ser fumada (base livre). A cocaína é produzida a partir das folhas de coca. É quase exclusivamente fabricada na Bolívia, na Colômbia e no Peru, sendo transportada para a Europa por via aérea e marítima. São vários os métodos utilizados para transportar cocaína para a Europa. Neles se incluem o transporte aéreo de correio e carga em voos comerciais, as encomendas postais rápidas e o transporte em aeronaves privadas. As rotas marítimas permitem traficar grandes remessas de cocaína, graças à utilização de iates privados e de contentores de transporte marítimo. Juntos, a Espanha, a Bélgica, os Países Baixos (com base nos dados de 2012), a França e a Itália representam 84 % das estimadas 61,6 toneladas apreendidas em 2014 (Figura 1.6).

Em 2014, foram comunicadas cerca de 78 000 apreensões de cocaína, na União europeia. A situação

FIGURA 1.5

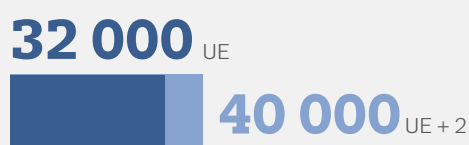
Estimulante mais apreendido na Europa, 2014 ou dados mais recentes



tem-se mantido relativamente estável desde 2010, embora tanto o número de apreensões como os volumes apreendidos apresentem níveis consideravelmente inferiores aos dos anos de pico (Figura 1.7). Embora a Espanha continue a ser o país que apreende mais cocaína, há indícios de que as rotas de tráfico com destino à Europa se estão a diversificar, tendo sido recentemente notificadas apreensões de droga em portos do Mediterrâneo Oriental, do Báltico e do Mar Negro. Em termos globais, as tendências indexadas sugerem uma estabilização dos níveis de pureza da cocaína, contrariando o aumento verificado nos últimos anos.

HEROÍNA

Número de apreensões



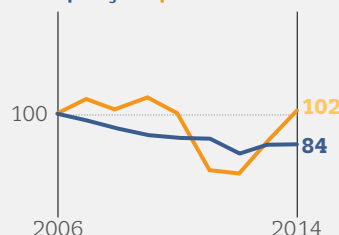
Quantidades apreendidas



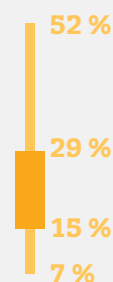
Preço (EUR/g)



Tendências indexadas: preço e pureza



Pureza (%)



NB: UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e pureza da «heroína castanha»: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

Químicos precursores: maior utilização de substâncias não controladas

Os químicos precursores são essenciais para o fabrico de estimulantes sintéticos e outras drogas. A sua disponibilidade tem um grande impacto no mercado, tal como os métodos de produção utilizados em laboratórios ilícitos. Uma vez que muitos deles têm utilizações legítimas, a legislação da União incide sobre a inventariação de alguns desses químicos, e o comércio dos mesmos é rigorosamente controlado. Os produtores de drogas sintéticas procuram minimizar o impacto das fiscalizações, utilizando químicos não controlados para produzir precursores. Esta abordagem, contudo, pode também aumentar o risco de deteção, uma vez que existe uma maior necessidade de químicos e são produzidos mais resíduos.

Os dados fornecidos pelos Estados-Membros da UE sobre as apreensões e remessas intercetadas de precursores de drogas confirmam que continuam a ser utilizadas substâncias controladas e não controladas na produção de drogas ilícitas na União Europeia, em especial de anfetaminas e MDMA (Quadro 1.1). Em 2014, as apreensões do pré-precursor APAAN (alfa-fenilacetato de acetonitrila) de BMK passaram de 48 802 kg, em 2013, para 6 062 kg. Esta acentuada redução resulta provavelmente do controlo desta substância efetuada ao abrigo da legislação da UE, em dezembro de 2013. Contudo, a disponibilidade continuada de MDMA no mercado, associada à diminuição das apreensões de safrole, a substância precursora de MDMA, de 13 837 litros, em 2013, para zero litros, em 2014, sugere que estão a ser utilizados precursores alternativos. As apreensões de pré-precursores de MDMA não controlados, nomeadamente glicidatos de PMK, aumentaram em 2014.

Anfetamina e metanfetamina

A anfetamina e a metanfetamina são estimulantes sintéticos com uma relação muito estreita entre si, conhecidos sob a designação genérica de anfetaminas, sendo difícil diferenciá-las em algumas séries de dados. Das duas, a anfetamina sempre foi mais comum na Europa, mas nos últimos anos tem havido um aumento das notificações da oferta de metanfetamina no mercado.

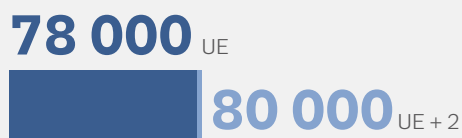
Ambas as drogas são fabricadas na Europa para consumo interno. Algumas anfetaminas e metanfetaminas são também produzidas para exportação, sobretudo para o Médio Oriente, onde existe um mercado para comprimidos de «captagon» (os quais contêm anfetaminas), para o Extremo Oriente e para a Oceânia. A Europa também é uma plataforma para o tráfico de metanfetamina da África Ocidental e do Irão para o Médio Oriente. A produção de anfetamina decorre sobretudo na Bélgica, nos Países Baixos, na Polónia, na Alemanha e, em menor escala, nos Estados bálticos. Ultimamente, tem-se assistido a uma deslocalização da última fase de produção, com vários países a notificarem a conversão de óleo de base de anfetamina em sulfato de anfetamina nos seus territórios.

Muita da metanfetamina disponibilizada na Europa é produzida na República Checa e nos países contíguos. Os Países Baixos e a Lituânia, contudo, também revelam alguma capacidade de produção, enquanto a Bulgária registou um aumento no número de laboratórios desmantelados.

De acordo com os registos existentes, na Lituânia e na Bulgária produz-se metanfetamina com BMK (benzilmetilcetona), enquanto na República Checa e nos

COCAÍNA

Número de apreensões



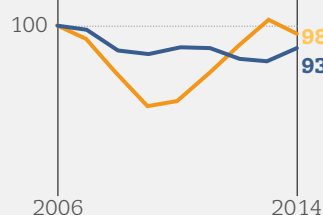
Quantidades apreendidas



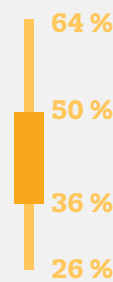
Preço (EUR/g)



Tendências indexadas: Preço e pureza



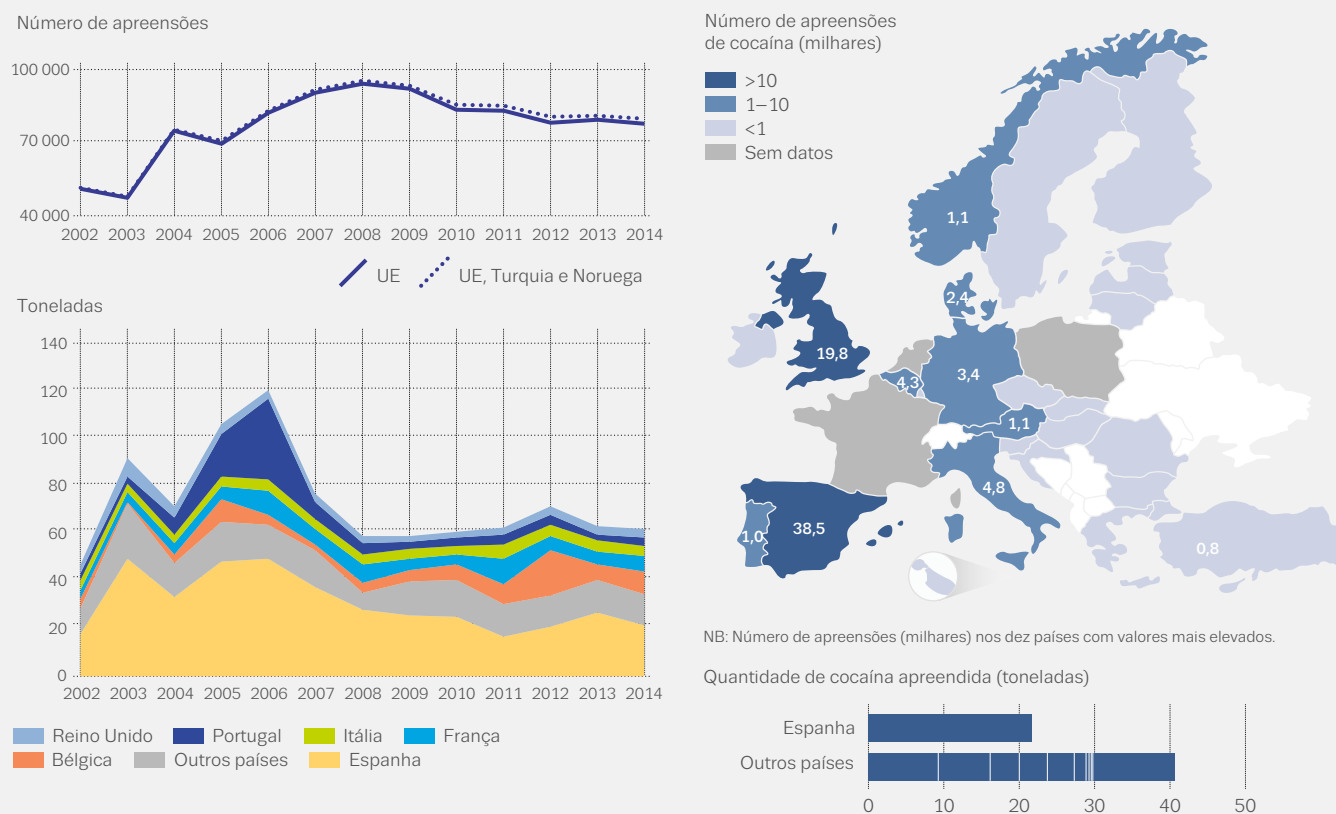
Pureza (%)



NB: UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e pureza da cocaína: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartilico. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 1.6

Número de apreensões de cocaína e quantidades apreendidas: tendências 2014 ou ano mais recente



QUADRO 1.1

Resumo das apreensões e das remessas intercetadas de precursores utilizados na produção de determinadas drogas sintéticas na Europa, 2014

Precursor/pré-precursor	Apreensões		Remessas intercetadas ⁽¹⁾		TOTAIS	
	Casos	Quantidade	Casos	Quantidade	Casos	Quantidade
MDMA ou substâncias conexas						
PMK (litros)	1	5	0	0	1	5
Safrole (litros)	0	0	2	1 050	2	1 050
Piperonal (kg)	3	5	4	2 835	7	2 840
Derivados glicídicos de PMK (kg)	6	5 575	1	1 250	7	6 825
Anfetamina e metanfetamina						
BMK (litros)	14	2 353	0	0	14	2 353
PAA, ácido fenilacético (kg)	1	100	2	190	3	290
Efedrina, granel (kg)	19	31	1	500	20	531
Pseudoefedrina, granel (kg)	8	12	0	0	8	12
APAAN (kg)	18	6 062	1	5 000	19	11 062

⁽¹⁾ Designa-se por remessa intercetada uma remessa recusada, suspensa ou voluntariamente retirada pelo exportador por suspeita de desvio para fins ilícitos.

países contíguos se utiliza a efedrina e a pseudoefedrina. Tradicionalmente, na República Checa, a metanfetamina era sobretudo produzida pelos consumidores, em instalações de pequena dimensão, para consumo próprio ou local, como evidenciado pelo elevado número de instalações de produção detetadas neste país (em 2013, foram desmanteladas 261, de um total de 294 instalações no continente europeu). Contudo, recentemente, os volumes de produção têm vindo a aumentar e têm sido utilizados novos pré-precusores, com registos de grupos de criminalidade organizada a produzirem esta droga para os mercados interno e externo.

Em 2014, os Estados-Membros notificaram 36 000 apreensões de anfetamina, num total de 7,1 toneladas. Em termos gerais, a quantidade de anfetamina

apreendida na União Europeia tem vindo a aumentar desde 2002 (Figura 1.7). As apreensões de metanfetamina são em número muito inferior, correspondendo a cerca de um quinto de todas as apreensões de anfetaminas em 2014, com 7600 apreensões notificadas na União Europeia, num total de 0,5 toneladas (Figura 1.8). Tanto o número como a quantidade de metanfetamina apreendida revelam uma tendência de crescimento desde 2002.

Normalmente, as amostras de metanfetamina apresentam uma pureza média superior à das amostras de anfetamina e, apesar de as tendências indexadas sugerirem que a pureza da anfetamina aumentou recentemente, a pureza média desta droga continua a ser relativamente baixa.

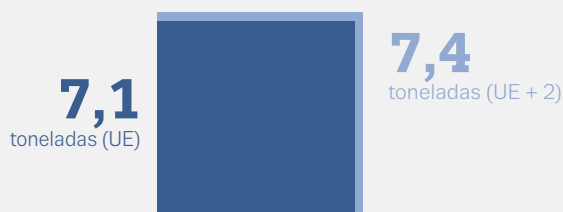
ANFETAMINAS

Anfetamina

Número de apreensões



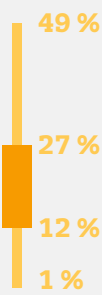
Quantidades apreendidas



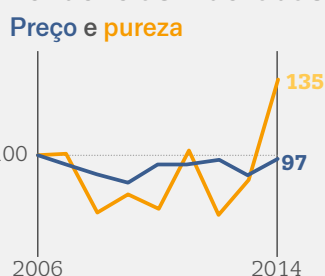
Preço (EUR/g)



Pureza (%)



Tendências indexadas:



Metanfetamina

Número de apreensões



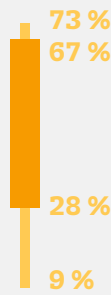
Quantidades apreendidas



Preço (EUR/g)



Pureza (%)

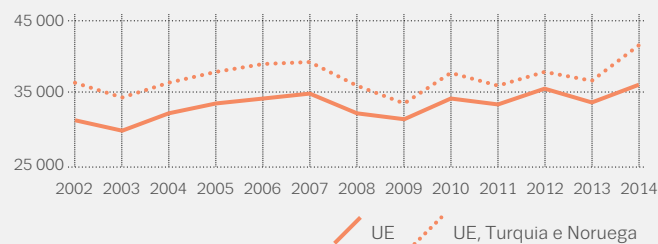


NB: UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e pureza das anfetaminas: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador. Não estão disponíveis tendências indexadas para a metanfetamina.

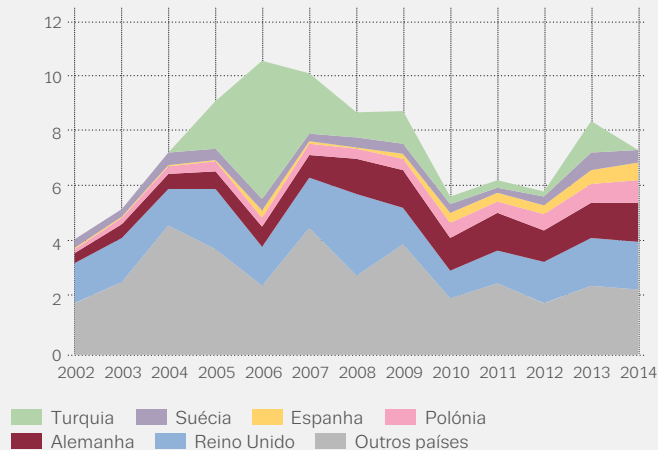
FIGURA 1.7

Número de apreensões de anfetamina e quantidades apreendidas: tendências 2014 ou ano mais recente

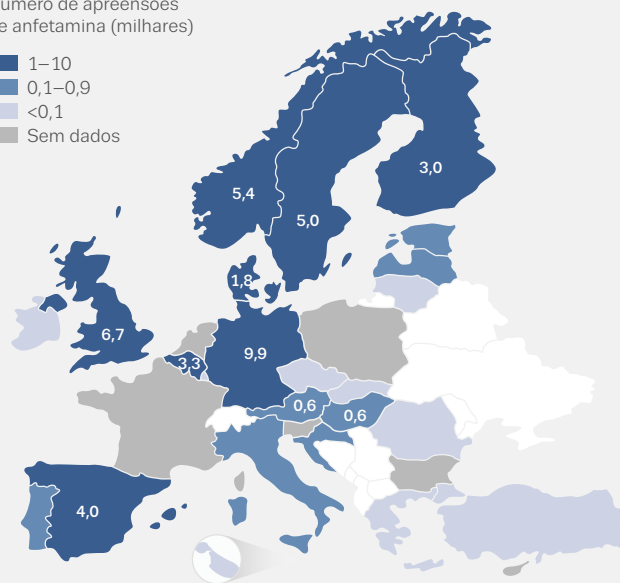
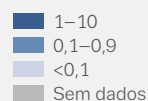
Número de apreensões



Toneladas



Número de apreensões de anfetamina (milhares)



NB: Número de apreensões (milhares) nos dez países com valores mais elevados.

Quantidade de anfetamina apreendida (toneladas)

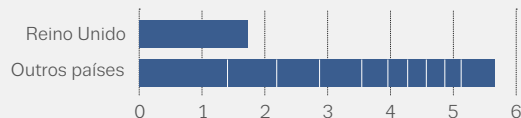
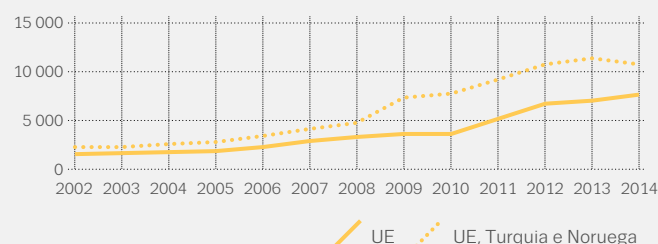


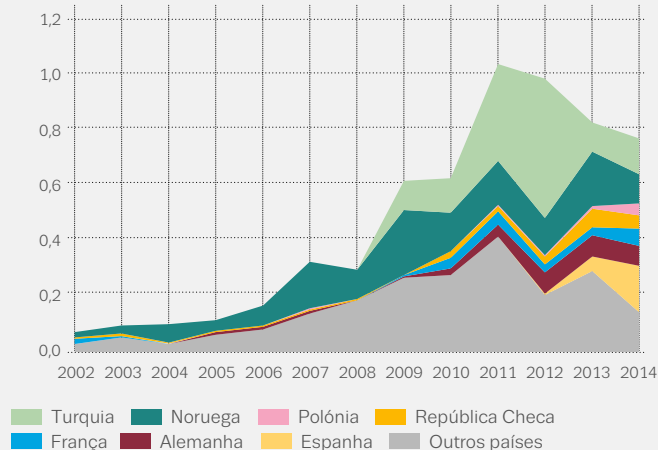
FIGURA 1.8

Número de apreensões de metanfetamina e quantidades apreendidas: tendências 2014 ou ano mais recente

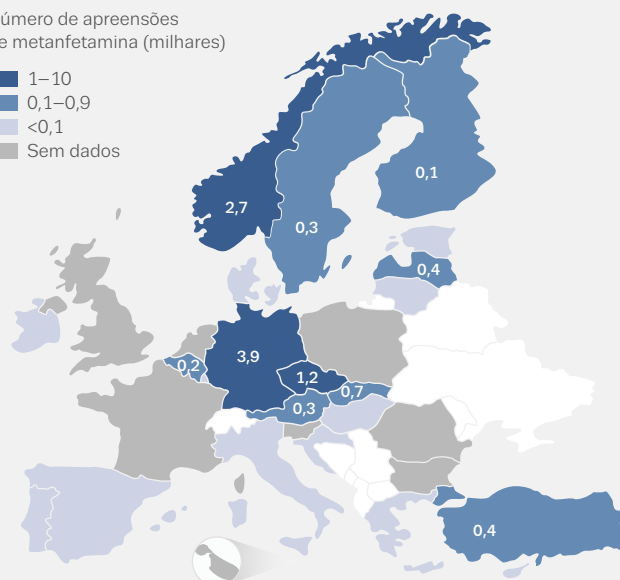
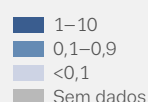
Número de apreensões



Toneladas

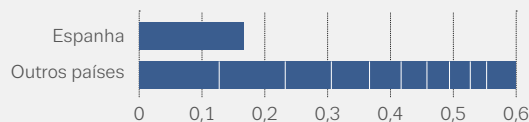


Número de apreensões de metanfetamina (milhares)



NB: Número de apreensões (milhares) nos dez países com valores mais elevados.

Quantidade de metanfetamina apreendida (toneladas)



MDMA: aumento da presença em produtos de elevada dosagem

A substância sintética MDMA

(3,4-metilenodioximetanfetamina) está quimicamente relacionada com as anfetaminas, mas difere destas quanto aos efeitos. Em termos históricos, os comprimidos de *ecstasy* têm sido o principal produto de MDMA presente no mercado, apesar de conterem, com frequência, várias substâncias semelhantes à MDMA e produtos químicos não relacionados com esta. Após um período em que os relatórios sugeriam que a maioria dos comprimidos vendidos como *ecstasy* na Europa não continham MDMA, ou apenas a continham em doses reduzidas, alguns dados recentes indicam que essa situação mudou. As notificações sugerem um aumento da oferta, tanto de comprimidos de MDMA de dosagem elevada, como sob a forma de pó ou de cristais.

A produção de MDMA na Europa parece concentrar-se em redor dos Países Baixos, região que, historicamente, mais instalações de produção desta droga tem notificado. Após os indícios de redução da produção de MDMA, no final da última década, têm sido observados sinais de ressurgimento, ilustrados pelas notícias do recente desmantelamento de grandes instalações de produção nos Países Baixos e na Bélgica.

É difícil avaliar as tendências mais recentes das apreensões de MDMA, devido à ausência de dados referentes a alguns países passíveis de contribuir largamente para o número total. Relativamente ao ano de 2014, não existem dados disponíveis relativos aos Países Baixos, e a Finlândia, a França, a Polónia e a Eslovénia não comunicaram o número de apreensões. Os Países Baixos comunicaram a apreensão de 2,4 milhões de comprimidos de MDMA em 2012 e, presumindo que os números relativos a 2014 serão semelhantes, poderá estimar-se que nesse ano foram apreendidos 6,1 milhões de comprimidos de MDMA na União Europeia, ou seja, mais do dobro do valor registado em 2009. Além disso, em 2014 foram apreendidas 0,2 toneladas de MDMA em pó. A Turquia também regista apreensões de grandes quantidades de MDMA, chegando aos 3,6 milhões de comprimidos de MDMA, em 2014 (Figura 1.9).

Entre os países que apresentam relatórios sistemáticos, as tendências indexadas indicam igualmente que o teor de MDMA aumentou desde 2010, tendo a disponibilidade de produtos com doses elevadas de MDMA levado a Europol e o EMCDDA a emitirem alertas conjuntos, em 2014.

Apreensões de LSD, GHB, cetamina e mefedrona

Na União Europeia, verificam-se ainda apreensões de outras drogas ilícitas, entre as quais 1 700 de LSD, em 2014, representando 156 000 doses. As autoridades belgas apreenderam 3 kg desta droga, a maior quantidade alguma vez apreendida no país. No que diz respeito às restantes drogas, a falta de dados não nos permite tecer comparações entre países ou efetuar uma análise de tendências. Em 2014, 18 países comunicaram apreensões de GHB ou GBL. As 1243 apreensões resultaram em 176 kg e 544 litros da droga, sendo a Bélgica (40 %) e a Noruega (34 %) responsáveis por mais de um terço destas apreensões. Onze países notificaram 793 apreensões de cetamina, totalizando 246 kg de droga. Mais de metade destas apreensões decorreram no Reino Unido. As 1645 apreensões de mefedrona notificadas por 10 países totalizaram 203 kg de droga. Quase toda a mefedrona apreendida foi notificada pelo Reino Unido (101 kg) e por Chipre (99 kg).

Novas substâncias psicoativas: a diversidade dos mercados

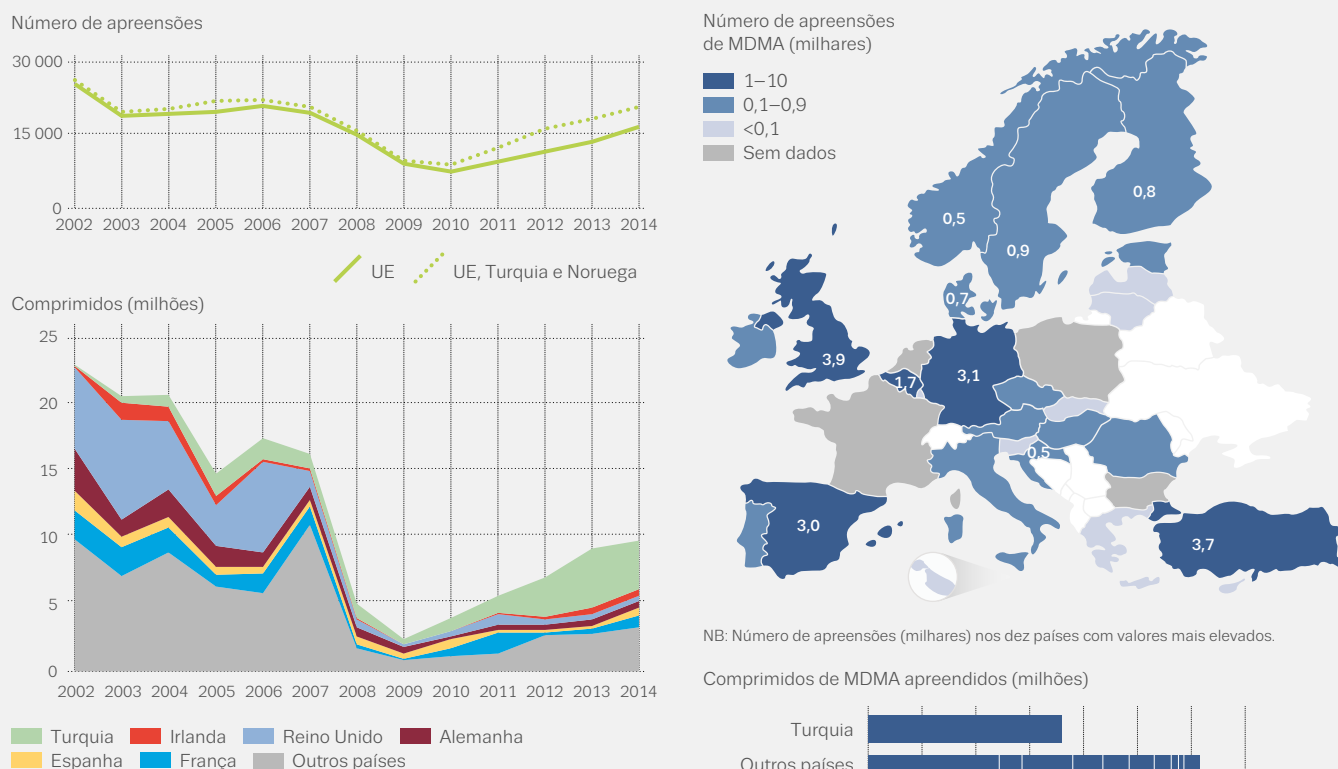
O EMCDDA é responsável pela monitorização de um vasto conjunto de novas substâncias psicoativas. Estas incluem os canabinoides sintéticos, as catinonas sintéticas, as fenetilaminas, os opiáceos, as triptaminas, as benzodiazepinas, as arilalquilaminas e uma série de outras substâncias. Em 2015, foram detetadas 98 novas substâncias, elevando para mais de 560 o número de novas substâncias monitorizadas, das quais 380 (70 %) foram detetadas nos últimos 5 anos (Figura 1.10).

Desde 2008, foram detetados mais que 160 canabinoides sintéticos numa série de diferentes produtos, incluindo 24 novos canabinoides comunicados em 2015. Os canabinoides sintéticos são vendidos como substitutos «legais» da *cannabis* e podem ser publicitados como «mistura exótica de incenso» e «não destinado a consumo humano», de forma a contornar as leis de defesa do consumidor e dos medicamentos. Este é o maior grupo de novas drogas monitorizado pelo EMCDDA, refletindo quer a grande procura de *cannabis* na Europa, quer a capacidade dos produtores para colocarem novos canabinoides no mercado quando os produtos existentes são sujeitos a medidas de fiscalização.

As catinonas sintéticas são o segundo maior grupo de substâncias monitorizadas pelo EMCDDA. Estas foram detetadas pela primeira vez na Europa em 2004 e, desde então, foram identificadas 103 novas catinonas, 26 das quais em 2015. As catinonas sintéticas são normalmente

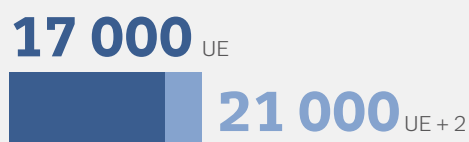
FIGURA 1.9

Número de apreensões de MDMA e quantidades apreendidas: tendências 2014 ou ano mais recente

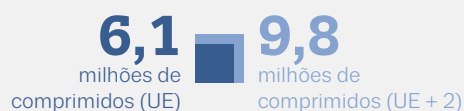


MDMA

Número de apreensões

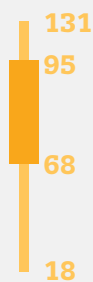


Quantidades apreendidas

Preço
(EUR/comprimido)

Tendências indexadas:

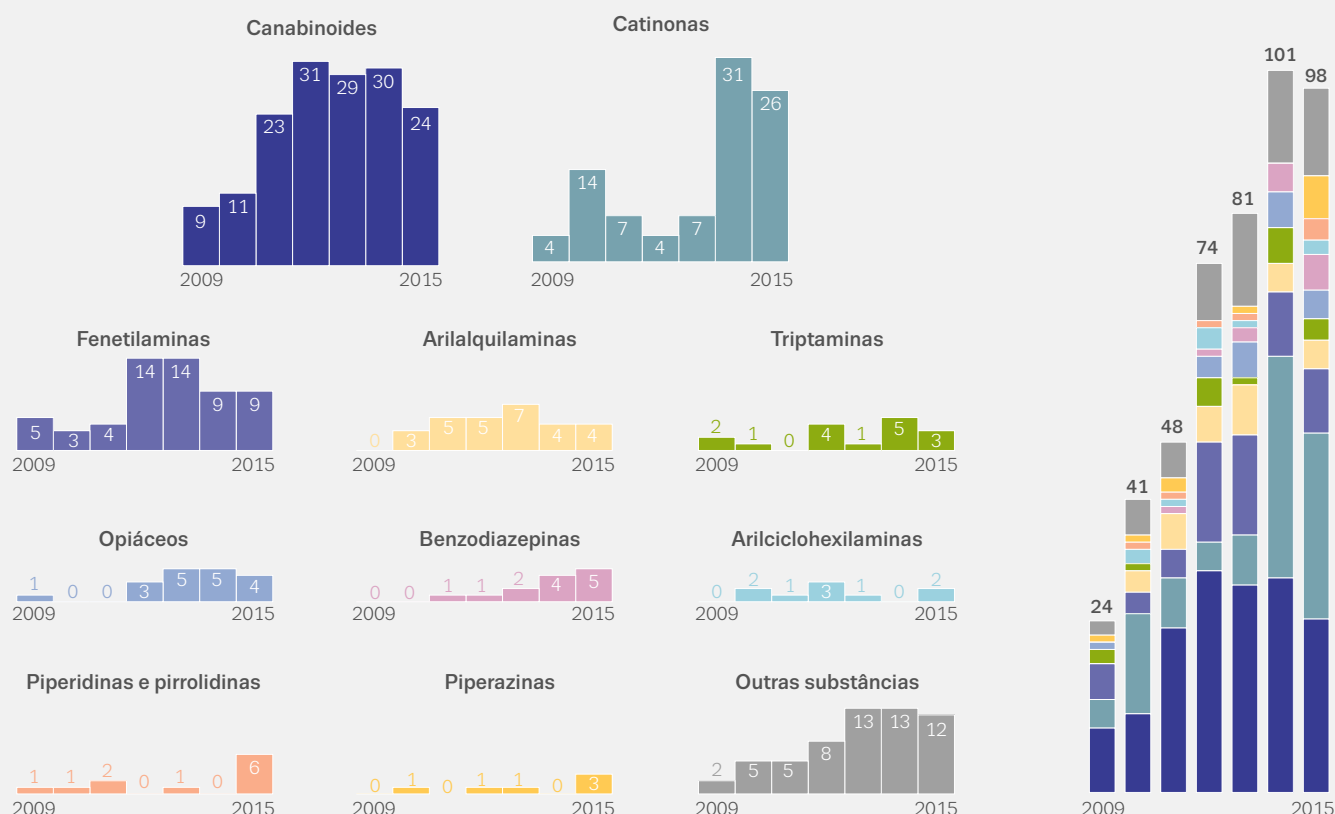
Preço e pureza

Pureza
(MDMA mg/comprimido)

NB: UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, à Turquia e à Noruega. Preço e pureza das MDMA: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 1.10

Número e principais grupos de novas substâncias psicoativas notificadas pela primeira vez ao mecanismo de alerta rápido da UE, 2009–2015



vendidas como substitutos «legais» de estimulantes como a anfetamina, a MDMA e a cocaína.

O EMCDDA monitoriza atualmente 14 novas benzodiazepinas não sujeitas a fiscalização. Estas são por vezes utilizadas por falsificadores para falsificar medicamentos vendidos na Europa. Alguns exemplos incluem as falsificações de comprimidos alprazolam, intercetadas em 2015 e que continham flubromazolam, e as falsificações de comprimidos diazepam, que continham fenazepam. Estes medicamentos contrafeitos ocupam agora um lugar importante no mercado de drogas ilícitas de alguns países europeus.

Aumento das apreensões de novas substâncias psicoativas

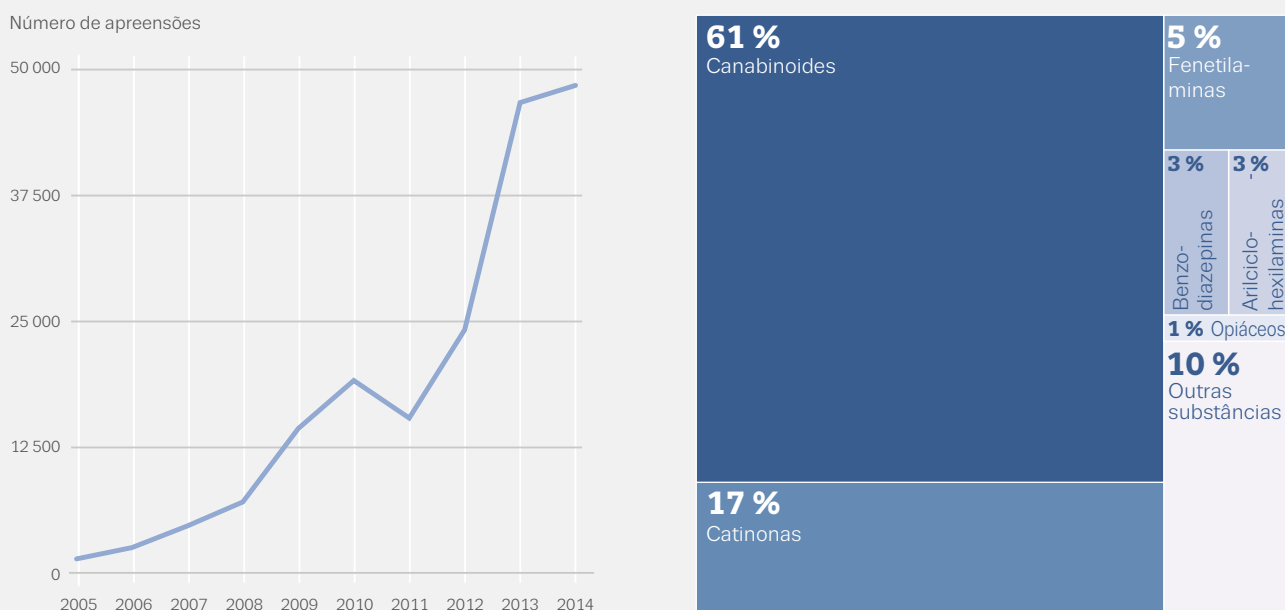
Os dados relativos às apreensões notificados ao sistema de alerta precoce da União apontam para um crescimento continuado do mercado de novas drogas. Em 2014, em toda a Europa foram efetuadas quase 50 000 apreensões de novas substâncias, com um peso aproximado de 4 toneladas (Figura 1.11). Os canabinoides sintéticos foram responsáveis pela maioria delas, com quase 30 000 apreensões, que representaram mais de 1,3 toneladas

(Figura 1.12). As catinonas sintéticas foram o segundo maior grupo, com mais de 8 000 apreensões que totalizaram mais de 1 tonelada. Em conjunto, os canabinoides sintéticos e as catinonas representaram, em 2014, mais de 80 % do número total de apreensões e mais de 60 % da quantidade apreendida. Noutros grupos incluem-se as benzodiazepinas não controladas e potentes analgésicos narcóticos, tais como as fentanils, que podem ser vendidas como heroína.

As apreensões de novas substâncias psicoativas em 2014 foram sobretudo constituídas por canabinoides sintéticos, que representaram mais de 60 % do número total de apreensões e quase 50 % das quantidades apreendidas (Figura 1.11). Estas drogas foram apreendidas sobretudo sob a forma de pó, muitas vezes transportadas a granel; as restantes apreensões incidiram normalmente sobre matéria vegetal pulverizada com a substância em questão. Os pós são utilizados no fabrico de produtos vendidos como «drogas legais», representando as apreensões milhões de doses. Os cinco principais canabinoides apreendidos sob a forma de pó, em 2014, foram o AM-2201 (70 kg), o MDMB-CHMICA (40 kg), o AB-FUBINACA (35 kg), o MAM-2201 (27 kg) e o XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

FIGURA 1.11

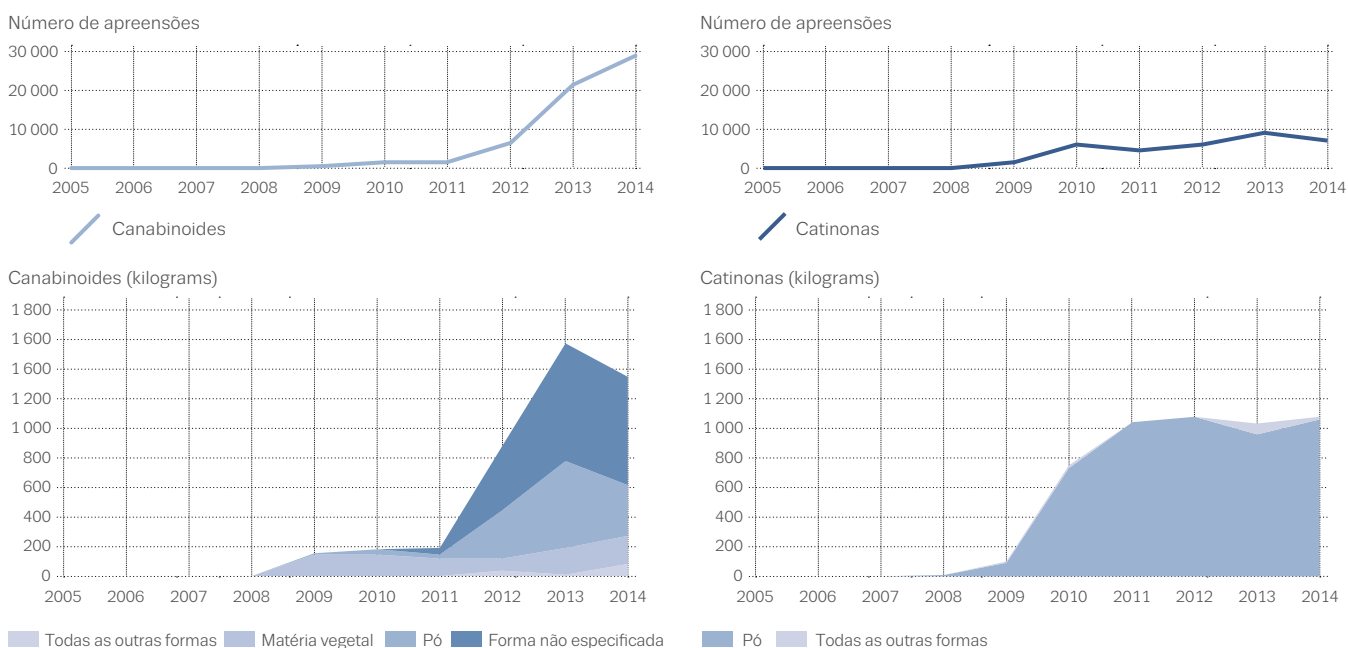
Número de apreensões de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE: por categoria em 2014 e tendências



NB: Dados referentes aos Estados-Membros da UE, à Turquia e à Noruega.

FIGURA 1.12

Apreensões de canabinoides sintéticos e catinonas notificadas ao sistema de alerta precoce da UE: tendências do número de apreensões e quantidades apreendidas



NB: Dados relativos à UE, à Turquia e à Noruega.

Em 2014, as catinonas sintéticas representaram mais de 15 % de todas as apreensões de novas substâncias psicoativas e quase 30 % da quantidade total apreendida (Figura 1.11). As cinco principais catinonas apreendidas incluíram a mefedrona (222 kg) e respetivos isómeros 3-MMC (388 kg) e a 2-MMC (55 kg), bem como a pentedrona (136 kg) e a alfa-PVP (135 kg).

Mercados de droga: a resposta política

A natureza global da oferta e do tráfico de drogas ilícitas dificulta a implementação de medidas de combate. Os decisores políticos devem definir estratégias e medidas legais de luta contra a droga, adotando ainda abordagens em matéria de aplicação de leis e regulamentos, com vista à redução da oferta. As iniciativas europeias de redução da oferta são coordenadas por uma série de instituições da União. Neste processo, são utilizados vários instrumentos de planeamento estratégico: a Estratégia da UE de Luta contra a Droga de 2013–20 e o seu atual plano de ação para 2013–16, o ciclo de políticas da UE sobre criminalidade internacional grave e organizada e as estratégias de segurança da UE. A multiplicidade das áreas políticas abrangidas por estas estratégias torna evidente a dimensão dos desafios que se colocam à aplicação da lei e a crescente sofisticação dos grupos de criminalidade organizada envolvidos no tráfico de droga. As políticas de segurança, marítimas, de migração e desenvolvimento são apenas alguns exemplos das áreas abrangidas. Através destas, são implementadas ações de reforço das atividades policiais baseadas na recolha de informações, da vigilância e do transporte marítimo, da deteção e implementação de ações orientadas para os fluxos financeiros ilícitos, do controlo de fronteiras, da movimentação de químicos industriais e de medidas alternativas de desenvolvimento. A União Europeia coopera ainda com uma série de parceiros internacionais com vista a implementar estas políticas de redução da oferta.

Ao nível nacional, os Estados-Membros são chamados a lidar com um conjunto igualmente complexo de dinâmicas do mercado de drogas, sendo que a maioria deles possui estratégias nacionais de segurança e policiamento que incluem ações de redução da oferta. Além disso, todos os países, à exceção de dois, possuem estratégias nacionais em matéria de droga que refletem as suas políticas nesta matéria e englobam iniciativas de redução da oferta mas também da procura. As exceções são a Áustria, que implementa estratégias regionais em matéria de droga, e a Dinamarca, que possui uma política nacional em matéria de droga expressa numa série de documentos

estratégicos e ações legislativas e práticas. As estratégias em matéria de drogas são definidas em documentos normalmente vigentes por um determinado período de tempo e que habitualmente definem objetivos e prioridades, além de ações específicas e das partes responsáveis pela sua implementação. Nos últimos anos, as políticas em matéria de drogas têm-se tornado cada vez mais complexas. Esta situação é particularmente visível no facto de quase um terço das estratégias nacionais dos Estados-Membros da UE possuir um âmbito alargado que inclui, não só as drogas ilícitas, mas também as drogas lícitas e, em certos casos, os comportamentos aditivos (Figura 1.13).

**Os países possuem
estratégias nacionais em
matéria de droga que
refletem as suas políticas
nesta matéria**

FIGURA 1.13

Estratégias e planos de ação nacionais em matéria de droga: disponibilidade e âmbito

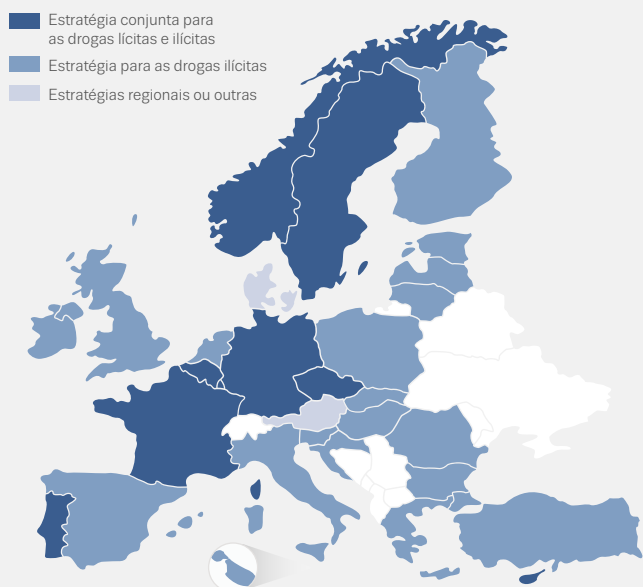
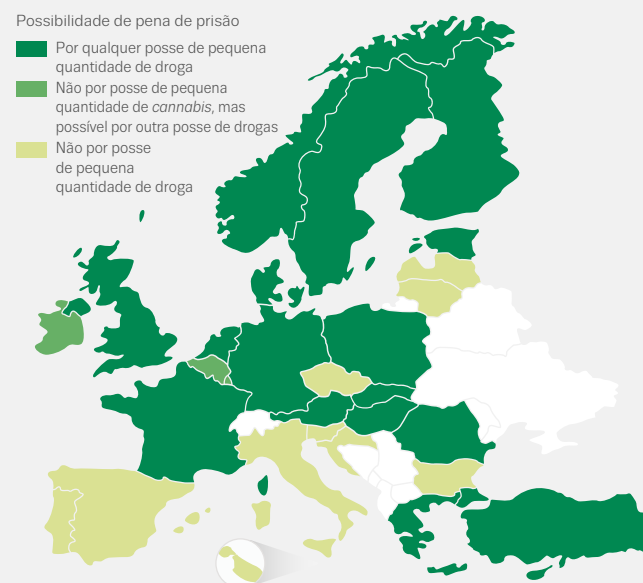


FIGURA 1.14

Sanções legais: possibilidade de prisão por posse de drogas para consumo pessoal (contraordenações)



Mecanismos legais de resposta à oferta e posse de droga

Os Estados-Membros adotam medidas para impedir a oferta de drogas ilícitas ao abrigo de três Convenções das Nações Unidas, que estabelecem um quadro internacional para o controlo da produção, do tráfico e da posse de mais de 240 substâncias psicoativas. Todos os países são obrigados a tratar o tráfico de droga como crime, mas a moldura penal varia de país para país. Em certos países, a oferta de drogas pode estar sujeita a uma ampla e única moldura penal, enquanto outros fazem corresponder a pena à dimensão da oferta, a qual consubstancia a gravidade da infração.

O mesmo se exige em relação à posse de droga para consumo próprio, mas «sob reserva dos princípios constitucionais e dos conceitos fundamentais dos respetivos sistemas jurídicos». Esta cláusula não tem sido interpretada da mesma forma pelos países europeus e por países terceiros, facto que se reflete nas diferentes abordagens jurídicas neste domínio. Por volta do ano 2000, a Europa começou a revelar uma tendência para reduzir a aplicação de penas de prisão ou outras formas de privação da liberdade nos casos de infrações menores relacionadas com o consumo próprio de drogas. Alguns países foram mesmo mais longe, enquadrando numa moldura não penal a posse de drogas para consumo próprio e prevendo normalmente a aplicação de uma coima (Figura 1.14).

Infrações à legislação em matéria de droga: um crescimento continuado

A aplicação da legislação tendente a restringir a oferta e o consumo de droga é monitorizada através dos dados relativos às infrações notificadas. A União Europeia comunicou cerca de 1,6 milhões de infrações (a maioria delas relacionadas com *cannabis*; 57 %) em 2014, envolvendo cerca de 1 milhão de infratores. A notificação de infrações registou um aumento de quase um terço (34 %), entre 2006 e 2014.

Na maioria dos países europeus, a maior parte das infrações legais relacionadas com drogas tiveram a ver com a sua posse ou consumo. Estima-se que, em termos globais, na Europa, mais de 1 milhão destas infrações tenham sido notificadas em 2014, representando um aumento de 24 % face a 2006. Nas infrações relacionadas com posse de droga, mais de três quartos envolvem a *cannabis*. As infrações por posse de *cannabis*, anfetaminas e MDMA continuaram a sua tendência para aumentar, em 2014 (Figura 1.15).

Em termos globais, as notificações de infrações relacionadas com a oferta de droga aumentaram 10 % desde 2006, tendo atingido uma estimativa de mais de 214 000 casos em 2014. Também neste tipo de infrações, a *cannabis* voltou a ocupar o primeiro lugar. No entanto, a cocaína, a heroína e as anfetaminas estiveram envolvidas numa percentagem de infrações relativas à oferta superior à da posse para consumo próprio. As tendências de

redução do número de infrações por oferta de heroína e cocaína registaram uma inversão em 2014, verificando-se ainda um aumento significativo das infrações por oferta de MDMA (Figura 1.15).

Prevenção do desvio de medicamentos de substituição

O desvio de medicamentos substitutos de opiáceos da sua utilização pretendida no tratamento da toxicod dependência para utilizações não medicinais e venda nos mercados de drogas ilícitas suscita alguma preocupação. Por «desvio» entende-se, neste contexto, a partilha, a venda, a troca ou a oferta a terceiros de medicamentos sujeitos a receita médica. Tal poderá ocorrer voluntariamente (oferta intencional a outra pessoa) ou involuntariamente (oferta inadvertida decorrente da perda ou furto de doses).

Ao nível nacional, são implementadas várias estratégias para prevenir o desvio de medicamentos de substituição. As mesmas incluem a ministração de formação a pessoal clínico e pacientes, a implementação de estratégias para assegurar o cumprimento das instruções de tratamento através de receita adequada e vigilância das doses, a disponibilização de fórmulas medicinais destinadas a reduzir a má utilização das mesmas, a utilização de caixas

eletrónicas de medicamentos e a implementação de medidas de controlo, tais como testes de toxicidade, contagem de comprimidos e monitorização não anunciada a pacientes. Em termos de sistema, a regulação pode ocorrer através dos registos das transações farmacêuticas e da adoção de medidas disciplinares para combater a prescrição indevida de receitas.

Um estudo europeu recente sugere que muitas destas intervenções têm o potencial de reduzir a ocorrência de desvios, apesar de raramente serem fornecidas informações sobre possíveis consequências indesejadas decorrentes da implementação das mesmas. Atualmente, o desafio consiste em garantir um bom acesso do paciente aos medicamentos de substituição e, simultaneamente, estabelecer respostas adequadas de prevenção e regulação que minimizem o desvio destes medicamentos para o mercado negro.

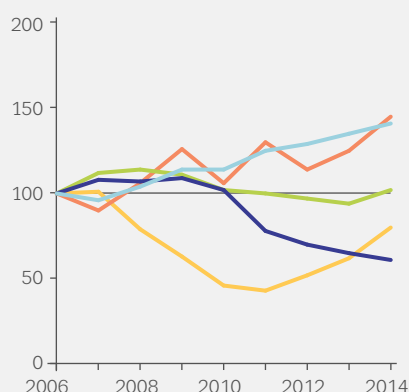
**São implementadas
várias estratégias para
prevenir o desvio de
medicamentos substitutos**

FIGURA 1.15

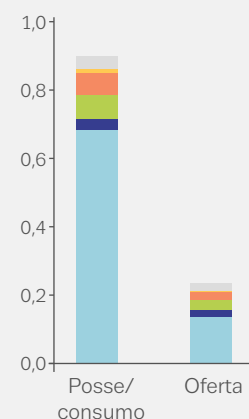
Infrações à legislação europeia relativa ao consumo ou posse para consumo ou oferta de droga: tendências indexadas e infrações notificadas em 2014

Posse/consumo

Tendências indexadas

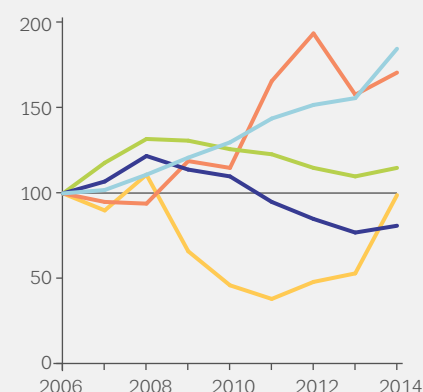


Número de infrações
(milhões)



Oferta

Tendências indexadas



Heroína MDMA Cocaína Cannabis Anfetaminas Outras substâncias

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspetivas sobre drogas.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspetivas sobre drogas.

Internet and drug markets, Insights.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspetivas sobre drogas.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Opioid trafficking routes, Perspetivas sobre drogas.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Relatórios técnicos.

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspetivas sobre drogas.

Drug policy profiles – Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles – Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspetivas sobre drogas.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspetivas sobre drogas.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspetivas sobre drogas.

Synthetic drug production in Europe, Perspetivas sobre drogas.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspetivas sobre drogas.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Drug policy profiles: Portugal

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Relatórios das reuniões Trendspotter.

Responding to new psychoactive substances, Drogas em destaque.

Publicações conjuntas do EMCDDA e da Europol

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α -PVP), Joint Reports.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Todas as publicações se encontram disponíveis em www.emcdda.europa.eu/publications

2

**O consumo de drogas na Europa
engloba atualmente um maior
leque de substâncias**

Consumo de drogas, prevalência e tendências

O consumo de drogas na Europa engloba atualmente um maior leque de substâncias do que no passado. Entre os consumidores de drogas, o policonsumo é comum e os padrões individuais de consumo estendem-se do experimental ao habitual e à dependência. Para todas as drogas, o consumo é normalmente mais elevado entre o sexo masculino, diferença que é frequentemente mais marcada nos padrões de consumo mais intensivo ou mais regular. A prevalência do consumo de *cannabis* é cerca de cinco vezes superior à do consumo de outras substâncias. Apesar de o consumo de heroína e de outros opiáceos continuar a ser relativamente raro, estas substâncias continuam a ser as mais comumente associadas às formas mais nocivas de consumo, incluindo ao consumo de drogas injetáveis.

Monitorização do consumo de drogas

O EMCDDA recolhe e gere bases de dados relativas ao consumo de drogas e aos padrões de consumo na Europa.

Os dados provenientes dos inquéritos realizados à população em geral fornecem uma perspetiva da prevalência do consumo recreativo de drogas. Os resultados destes inquéritos podem ser complementados pela análise dos resíduos de droga presentes nas águas residuais das cidades europeias.

Os estudos que apresentam estimativas relativas ao consumo de drogas de alto risco podem ajudar a identificar a extensão dos problemas mais enraizados do consumo de drogas, enquanto os dados sobre toxicodependentes que iniciam tratamento especializado, quando considerados juntamente com outros indicadores, podem fornecer informações sobre a natureza e as tendências do consumo de drogas de alto risco.

Um em cada quatro europeus já experimentou drogas ilícitas

Estima-se que mais de 88 milhões de adultos, ou seja, um pouco mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos de idade da União Europeia, já terão experimentado drogas ilícitas em algum momento das suas vidas. O consumo de drogas verifica-se com mais frequência no sexo masculino (54,3 milhões) do que no feminino (34,8 milhões). A *cannabis* é a droga mais consumida

(51,5 milhões de homens e 32,4 milhões de mulheres), seguida da cocaína, que apresenta estimativas de consumo ao longo da vida muito inferiores (11,9 milhões de homens e 5,3 milhões de mulheres), da MDMA (9,1 milhões de homens e 3,9 milhões de mulheres) e das anfetaminas (8,3 milhões de homens e 3,8 milhões de mulheres). Os níveis de consumo de *cannabis* ao longo da vida variam consideravelmente entre países, de cerca de quatro em cada dez adultos em França e um terço dos adultos na Dinamarca e em Itália, para menos de um em cada dez adultos na Bulgária, em Malta, na Hungria, Roménia e na Turquia.

Os valores do último ano referentes ao consumo de drogas permitem avaliar o consumo recente de drogas e revelam que o consumo atinge principalmente a população mais jovem (15–34). Estima-se que 17,8 milhões de jovens adultos tenham consumido drogas no último ano, estando o sexo masculino representado em dobro, face ao sexo feminino.

Consumo de *cannabis*: diferenças ao nível dos países

A *cannabis* é a droga ilícita mais suscetível de ser experimentada em todas as faixas etárias. É geralmente fumada e, na Europa, normalmente misturada com tabaco. Os padrões de consumo de *cannabis* vão do ocasional ao regular e à dependência.

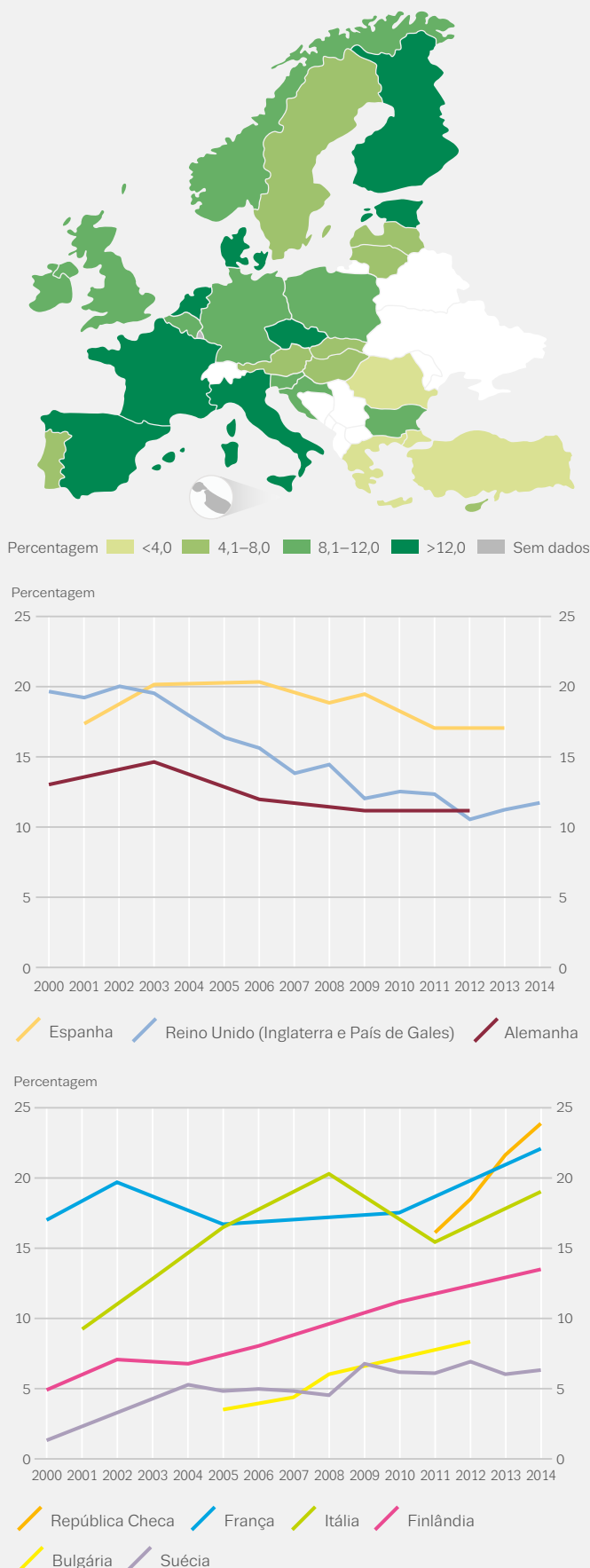
Estima-se que 16,6 milhões de jovens europeus (15–34 anos), ou seja, 13,3 % desta faixa etária, 9,6 milhões dos quais com idades compreendidas entre 15 e 24 anos (16,4 %), consumiram *cannabis* no último ano. Entre os jovens que consumiram *cannabis* no último ano, verificou-se uma proporção de dois consumidores do sexo masculino para cada um do sexo feminino.

Os resultados do inquérito mais recente revelam que, no último ano, os países continuaram a apresentar percursos diferentes no consumo de *cannabis* (Figura 2.1). Dos países que produziram inquéritos desde 2013, oito comunicaram estimativas mais elevadas, quatro estabilizaram e um registou estimativas mais baixas do que no inquérito comparável anterior.

Apenas um número restrito de países possui dados suficientes extraídos de inquéritos para proceder a uma análise estatística das tendências, a médio e a longo prazo, do consumo de *cannabis* entre jovens adultos (15–34), no último ano. Os inquéritos relativos a países de prevalência relativamente elevada, tais como a Alemanha, a Espanha e o Reino Unido, revelam uma prevalência

FIGURA 2.1

Prevalência do consumo de *cannabis* no último ano entre jovens adultos (15–34 anos): dados mais recentes (em cima) e tendências com significância estatística (ao centro e em baixo)



estável ou em queda de *cannabis* ao longo da última década, enquanto França revela um aumento da mesma a partir de 2010. Entre os países que possuem taxas de consumo de *cannabis* mais baixas, a Finlândia tem registado aumentos consistentes da prevalência a longo prazo, passando de uma prevalência reduzida para a média europeia, enquanto a Suécia continua com níveis inferiores, revelando um ligeiro aumento ao longo da última década. Entre os países com menos dados comparáveis, a Bulgária continuou a registar um aumento das tendências até 2012, e um inquérito anual levado a cabo na República Checa revelou aumentos de 2011 a 2014.

De acordo com o Projeto Europeu de Inquérito Escolar sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD), publicado em 2011, a *cannabis* é responsável pela maioria do consumo de drogas ilícitas entre a população escolar dos 15 aos 16 anos. Os dados mais recentes sobre a população escolar, neste caso na faixa dos 15 anos de idade, são extraídos do estudo de Comportamento e Saúde em Jovens em Idade Escolar (*Health Behaviour in School-aged Children - HBSC*). No estudo HBSC de 2013/14, os níveis de consumo de *cannabis* ao longo da vida registavam níveis de 5 % entre as raparigas e de 7 % entre rapazes, na Suécia, e de 26 % entre raparigas e de 30 % entre rapazes, em França.

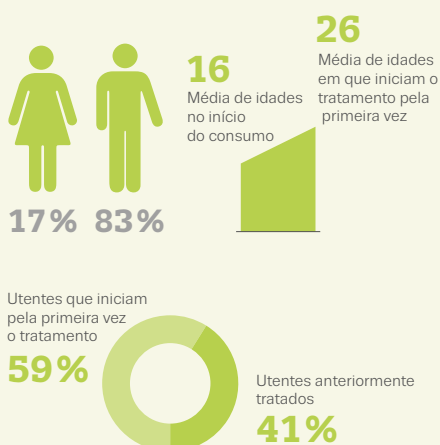
Tratamento dos consumidores de *cannabis*: procura crescente

Com base nos inquéritos realizados à população em geral, estima-se que cerca de 1 % dos adultos europeus são consumidores diários ou quase diários de *cannabis*, ou seja, consumiram esta droga em 20 dias ou mais do último mês. Cerca de 60 % dessas pessoas têm idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos e mais de três quartos são do sexo masculino.

Quando associados a outros indicadores, os dados relativos aos utentes que iniciam tratamento por problemas relacionados com a *cannabis* podem ajudar a perceber a natureza e a escala do consumo de alto risco de *cannabis* na Europa. Em termos gerais, o número de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez devido a problemas com a *cannabis* aumentou de 45 000, em 2006, para 69 000, em 2014. Neste grupo, o número daqueles que comunicaram um consumo diário da substância aumentou de 46 %, em 2006, para 54 %, em

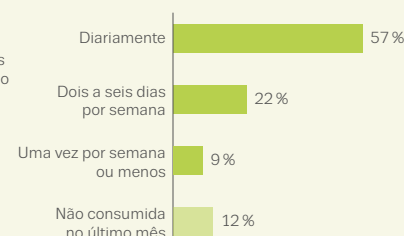
CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE INICIAM TRATAMENTO

Características

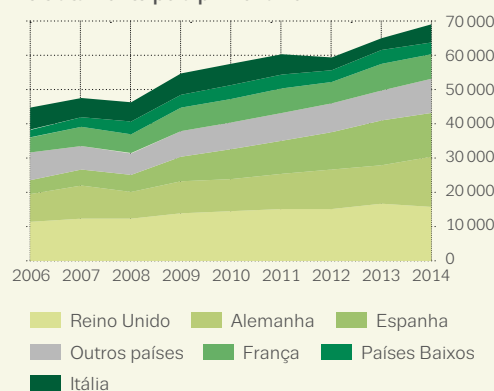


Frequência do consumo no último mês

Consumo médio de **5,4** dias por semana



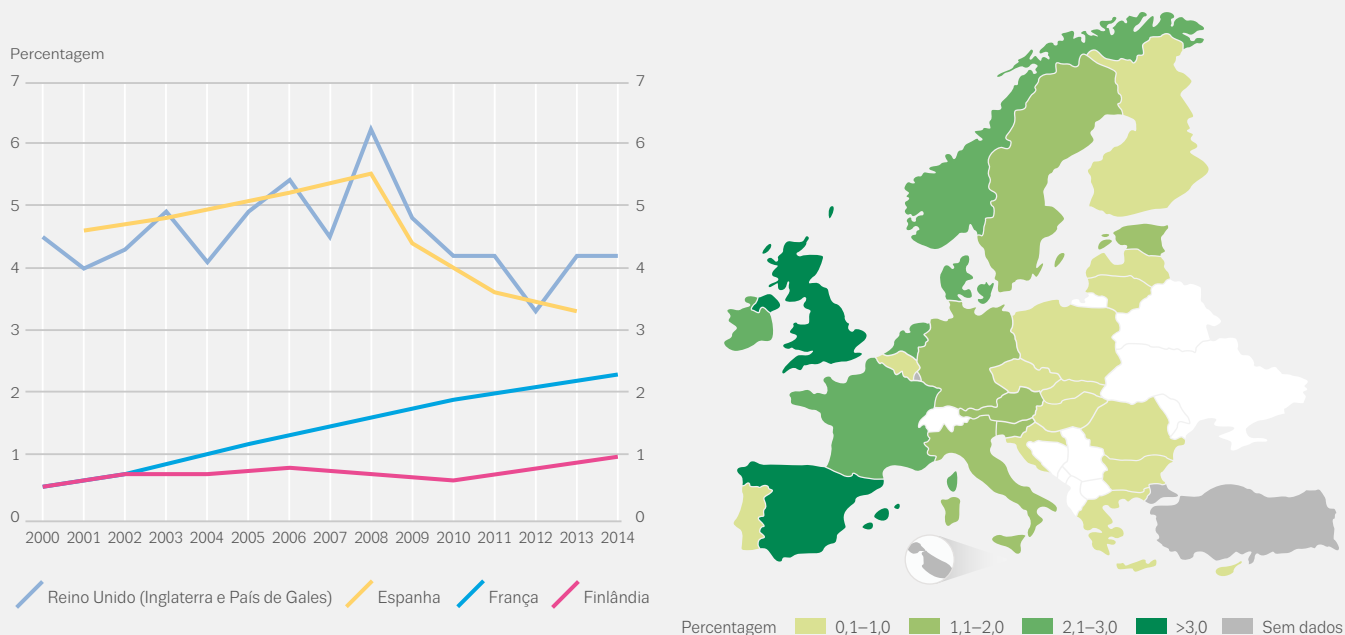
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



NB: As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de *cannabis* como droga principal. Devido a alterações do fluxo de dados ao nível nacional, os dados de 2014 referentes a Itália não são diretamente comparáveis com os dos anos anteriores.

FIGURA 2.2

Prevalência do consumo de cocaína no último ano entre jovens adultos (15–34): tendências com significância estatística e dados mais recentes



2014. As causas para o aumento do número de utentes que iniciam tratamento não são evidentes, mas podem estar ligadas a alterações na prevalência do consumo e do consumo intensivo de *cannabis* e a outros fatores, tais como a oferta de produtos mais nocivos e mais potentes, uma maior disponibilidade de tratamentos relacionados com a *cannabis* e mudanças nas práticas de referência para tratamento.

A cocaína é o estimulante ilícito mais consumido na Europa

Cocaína: uma prevalência em mudança

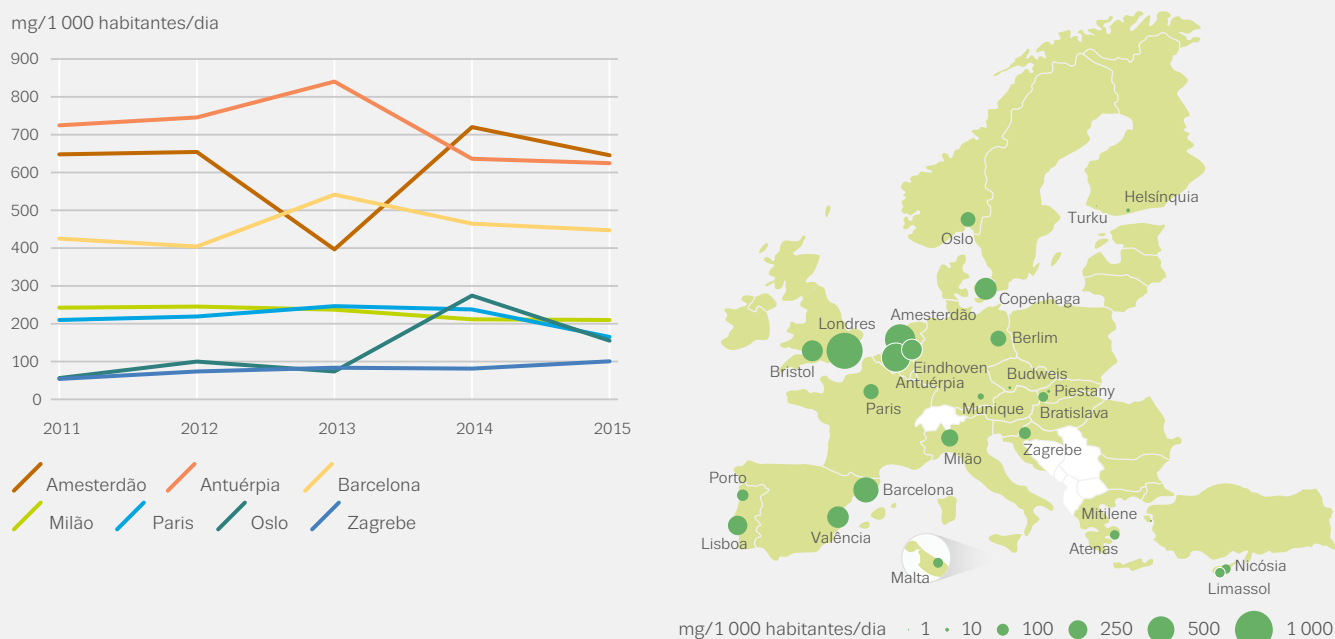
A cocaína é o estimulante ilícito mais consumido na Europa, apesar de o seu consumo ser mais visível no sul e no ocidente da Europa. A cocaína em pó (hidroclorato de cocaína) é principalmente inalada ou aspirada (por via nasal), embora às vezes também seja injetada, enquanto a cocaína-crack (base de cocaína) é normalmente fumada.

Estima-se que cerca de 2,4 milhões de jovens europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (1,9 % desta faixa etária) terão consumido cocaína no último ano. Muitos consumidores de cocaína consomem esta droga em contexto recreativo, ocorrendo os picos de consumo em fins de semana e feriados. Em traços gerais, podem distinguir-se duas categorias de consumidores regulares: os mais bem integrados socialmente, que frequentemente inalam cocaína em pó, e os marginalizados, que consomem cocaína injetável ou fumam cocaína-crack, por vezes associada a opiáceos.

Apenas a Espanha, os Países Baixos e o Reino Unido comunicaram uma prevalência de 3 % ou mais do consumo de cocaína entre jovens, no último ano. As reduções do consumo de cocaína comunicadas nos anos anteriores não se verificaram nos inquéritos mais recentes. Dos países que realizaram inquéritos desde 2013, seis comunicaram estimativas mais elevadas, dois estabilizaram e quatro registaram estimativas mais baixas do que no inquérito comparável anterior.

FIGURA 2.3

Resíduos de cocaína nas águas residuais de determinadas cidades europeias: tendências e dados mais recentes



NB: Quantidades médias diárias de benzoylecgonina em miligramas por 1000 habitantes. Mapa: A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, em 2015.

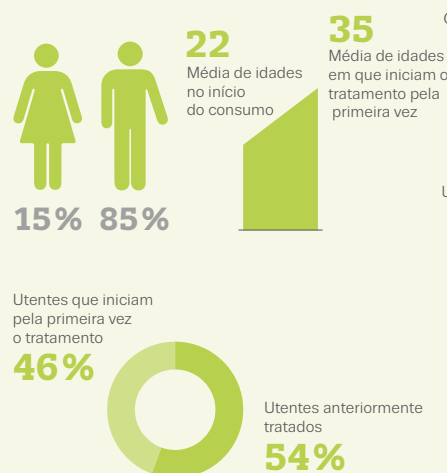
Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Apenas um número restrito de países possui dados suficientes extraídos de inquéritos para proceder a uma análise estatística das tendências a longo prazo do consumo de cocaína entre jovens, no último ano. A Espanha e o Reino Unido comunicaram tendências para

um aumento da prevalência até 2008, seguido de um período de estabilidade ou declínio. As comunicações do Reino Unido sugerem que este declínio ocorre apenas nas camadas jovens (16–24), mantendo-se a tendência para a estabilidade ou para o aumento nas faixas etárias

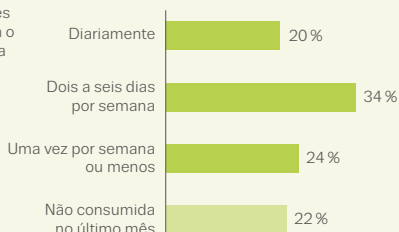
CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAM TRATAMENTO

Características

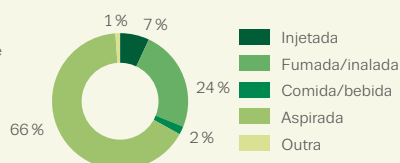


Frequência do consumo no último mês

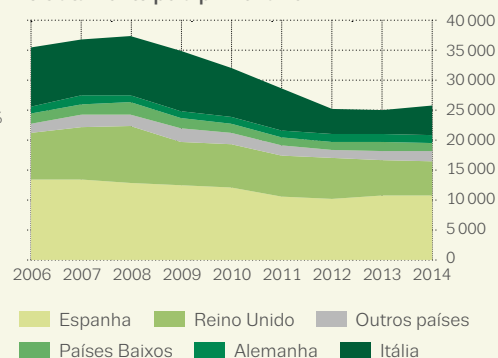
Consumo médio de 3,6 dias por semana



Via de administração



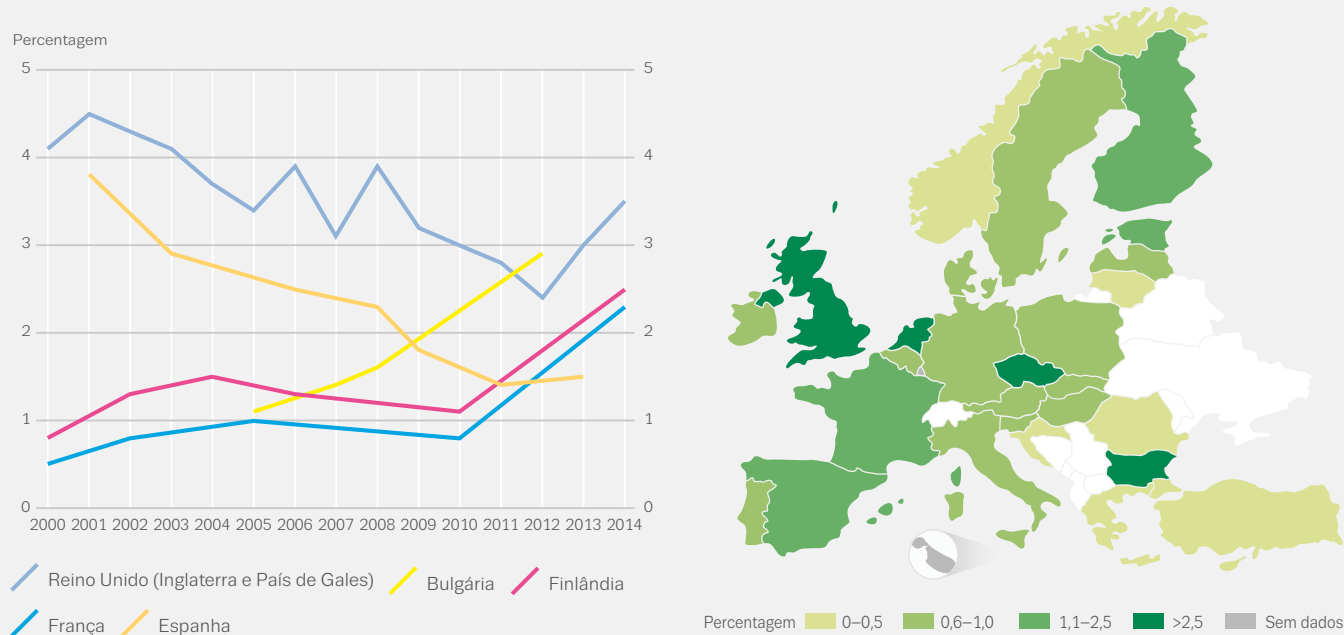
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



NB: As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de cocaína/cocaína-crack como droga principal. Devido a alterações do fluxo de dados ao nível nacional, os dados de 2014 referentes a Itália não são diretamente comparáveis com os dos anos anteriores.

FIGURA 2.4

Prevalência do consumo de MDMA no último ano entre jovens adultos (15–34): tendências com significância estatística e dados mais recentes



superiores. França tem registado uma tendência crescente, com um aumento superior a 2 %, em 2014. Na Finlândia, apesar de se ter verificado um aumento da prevalência, os níveis globais de consumo permaneceram baixos, atingindo 1 % pela primeira vez, em 2014.

As análises à presença de cocaína nas águas residuais de várias cidades que foram objeto de um estudo complementam os resultados extraídos dos inquéritos à população. Os resultados do estudo são apresentados em quantidades padronizadas (peso) de resíduos de droga por cada 1 000 habitantes, por dia. Na análise de 2015, o peso mais elevado de benzoilecgonina, a forma metabolizada da cocaína, foi detetado em cidades da Bélgica, Espanha, Países Baixos e Reino Unido (Figura 2.3). Os padrões gerais detetados em 2015 são semelhantes aos dos anos anteriores, com a maioria das cidades a revelar tendências de descida ou estabilização, entre 2011 e 2015.

Tratamento do consumo de cocaína: procura estável

A prevalência de padrões particularmente problemáticos de consumo de cocaína na Europa é difícil de aferir, uma vez que apenas cinco países possuem estimativas recentes e que foram utilizadas definições e metodologias diferentes. Em 2012, relativamente à população adulta, a

Alemanha estimou em 0,20 % a «dependência da cocaína». Em 2014, Itália estimou em 0,64 % os que «necessitavam de tratamento devido ao consumo de cocaína» e Espanha estimou o «consumo de heroína de alto risco» em 0,29 %. Relativamente a 2011/2012, o Reino Unido estimou em 0,48 % o consumo de cocaína-crack entre a população adulta de Inglaterra, sendo a maior parte desses consumidores igualmente consumidores de opiáceos. Com base nas notificações do último ano, estima-se em 0,62 % o consumo de alto risco de cocaína em Portugal.

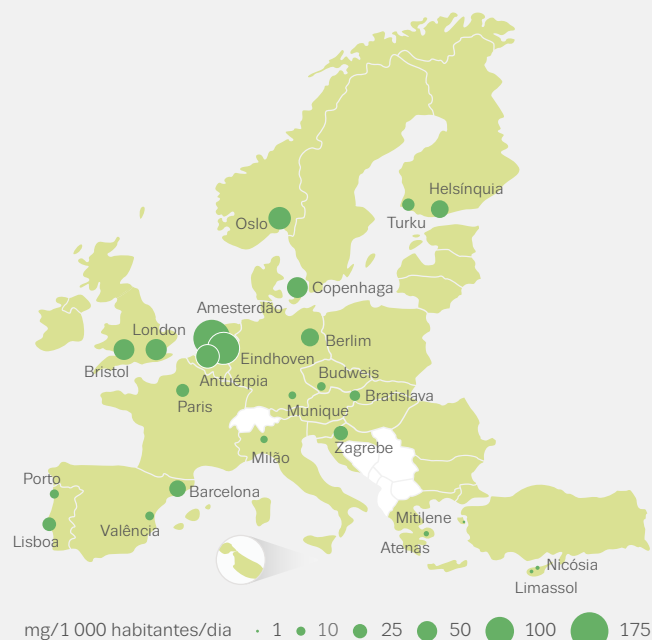
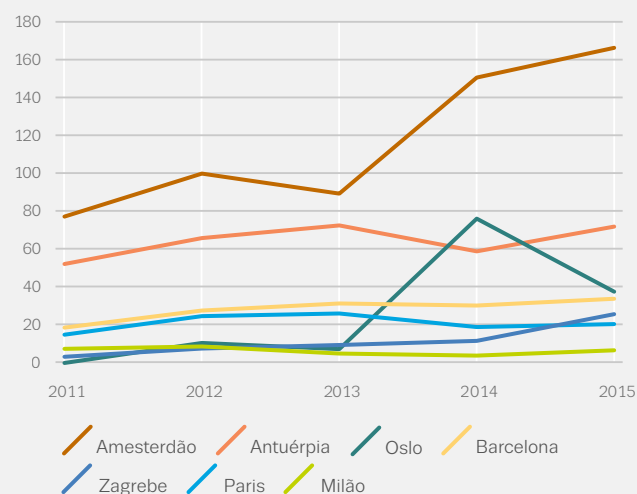
Espanha, Itália e Reino Unido são responsáveis por cerca de 74 % das novas admissões em unidades de tratamento relacionados com o consumo de cocaína na Europa. Em termos gerais, a cocaína foi referida como droga principal por 60 000 utentes que iniciaram um tratamento especializado em 2014 e por 27 000 utentes que o fizeram pela primeira vez. Após um período de declínio, o número total de consumidores de cocaína que iniciaram um tratamento pela primeira vez estabilizou a partir de 2012.

Em 2014, 5 500 utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Europa indicaram a cocaína-crack como droga principal, mais de metade dos quais no Reino Unido (3 000) e a maioria dos restantes em Espanha, França e Países Baixos (2 000).

FIGURA 2.5

Resíduos de MDMA nas águas residuais de determinadas cidades europeias: tendências e dados mais recentes

mg/1 000 habitantes/dia



NB: Quantidades médias diárias de MDMA em miligramas por 1000 habitantes. Mapa: A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, em 2015.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

MDMA: tendências em mutação e aumento do consumo

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) é normalmente consumida sob a forma de comprimidos de *ecstasy*, mas encontra-se também cada vez mais disponível sob a forma de cristais e de pó; os comprimidos são normalmente engolidos, mas na forma de pó a droga é também inalada.

Nos últimos anos, as fontes de monitorização referentes a vários países assinalaram novos desenvolvimentos no âmbito do mercado europeu de MDMA, incluindo comunicações de aumento do consumo.

Tradicionalmente, a recolha de dados da maioria dos inquéritos europeus refere-se ao consumo de *ecstasy* e não de MDMA, apesar desta situação estar agora a mudar. Estima-se que 2,1 milhões de jovens (15–34 anos) tenham consumido MDMA/*ecstasy* no último ano (1,7 % deste grupo etário), variando as estimativas nacionais entre 0,3 % e 5,5 %. Entre os jovens que consumiram MDMA no último ano, verificou-se uma proporção de 2,4 consumidores do sexo masculino para cada um do sexo feminino.

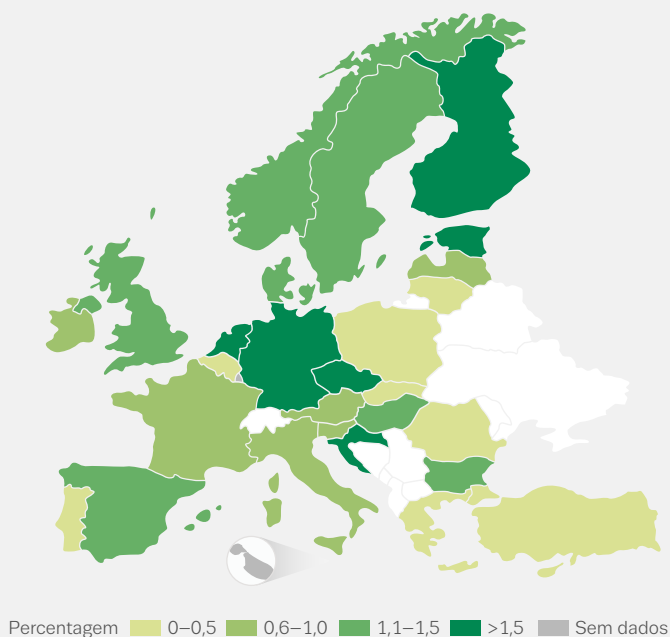
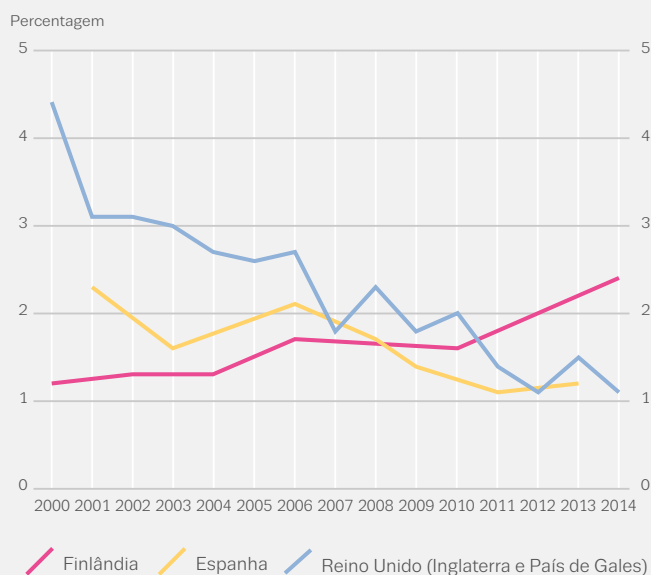
Desde inícios a meados da década de 2000, muitos países registaram um declínio dos respetivos picos de prevalência de MDMA. Esta situação parece estar agora a mudar. Os

resultados dos países que produziram inquéritos desde 2013 apontam para um aumento geral da prevalência na Europa, com nove desses países a comunicar estimativas mais elevadas e três a registar estimativas mais baixas do que no inquérito comparável anterior. Nos casos em que existem dados que permitem uma análise mais rigorosa das tendências do consumo de MDMA no último ano entre jovens, são observados aumentos em determinados países desde 2010. A Bulgária, a Finlândia e a França continuam a registar uma tendência crescente ao longo deste período, enquanto no Reino Unido, a pausa verificada nas tendências de redução do período de 2011/2012 está a ser seguida de aumentos com significância estatística (Figura 2.4). Embora não sejam diretamente comparáveis com os inquéritos anteriores, os Países Baixos notificaram uma prevalência de 5,5 %, em 2014.

A MDMA é frequentemente consumida com outras substâncias

FIGURA 2.6

Prevalência do consumo de anfetaminas no último ano entre jovens adultos (15–34): tendências com significância estatística e dados mais recentes



Uma análise feita em 2015 às águas residuais de várias cidades revelou um pico da presença de MDMA em cidades belgas e dinamarquesas (Figura 2.5). Nas águas residuais da maioria das cidades, registaram-se concentrações de MDMA mais elevadas em 2015 do que em 2011, com aumentos acentuados em algumas cidades, possivelmente resultantes de um maior grau de pureza da MDMA ou de uma maior oferta e consumo desta droga.

A MDMA é frequentemente consumida com outras substâncias, incluindo álcool. De um modo geral, os inquéritos a jovens que frequentam regularmente espaços de diversão noturnos indicam maiores níveis de consumo de droga, comparativamente à população em geral. Este é especialmente o caso da MDMA, que sempre tem estado associada à vida noturna e sobretudo à música eletrónica. Os dados atuais sugerem que, nos países que registam níveis de prevalência elevados, o consumo de MDMA já não se limita a meios restritos ou subculturais; também não se limita a discotecas e festas, mas abarca antes um leque mais alargado de jovens que se divertem em qualquer cenário noturno, tais como bares e festas privadas.

O consumo de MDMA raramente é comunicado como motivo para a procura de tratamento especializado. Em 2014, o consumo de MDMA na Europa foi comunicado por menos de 1 % (quase 800 casos) de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez.

Consumo de anfetaminas: tendências nacionais divergentes

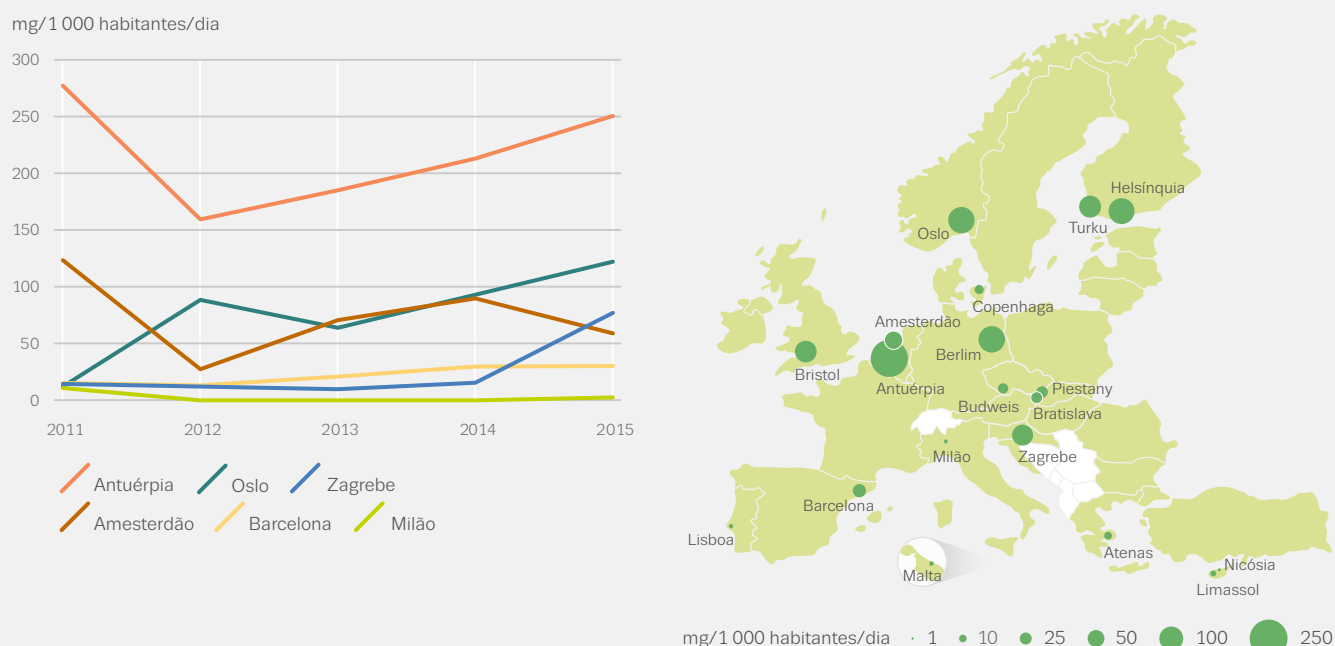
Tanto a anfetamina como a metanfetamina, dois estimulantes muito próximos, são consumidas na Europa, embora o consumo de anfetamina seja de longe o mais comum. Tradicionalmente, o consumo de metanfetaminas tem-se limitado à República Checa e, mais recentemente, à Eslováquia, havendo, no entanto, sinais de aumento em outros países. Em algumas séries de dados não é possível distinguir entre as duas substâncias, empregando-se então o termo genérico de anfetaminas.

Ambas as drogas podem ser consumidas por via oral ou nasal, sendo, no entanto, também comum o seu consumo por via injetável por consumidores de alto risco, em alguns países. As metanfetaminas podem igualmente ser fumadas, mas esta via de administração não é normalmente notificada na Europa.

Estima-se que 1,3 milhões (1,0 %) de jovens (15–34 anos) tenham consumido anfetaminas no último ano, variando as estimativas nacionais mais recentes entre 0,1 % e 2,9 %. Os dados disponíveis sugerem que, a partir do ano 2000, aproximadamente, as tendências de consumo se mantiveram relativamente estáveis na maioria dos países europeus. Dos países que produziram inquéritos desde 2013, sete comunicaram estimativas mais elevadas, um tinha estabilizado e quatro registaram estimativas mais baixas do que no inquérito comparável anterior. Embora

FIGURA 2.7

Resíduos de anfetaminas nas águas residuais de determinadas cidades europeias: tendências e dados mais recentes



NB: Quantidades médias diárias de anfetamina em miligramas por 1000 habitantes. Mapa: A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, em 2015.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

não sejam diretamente comparáveis com os inquéritos anteriores, os Países Baixos notificaram uma prevalência de 2,9 % entre os jovens.

Nos poucos países que permitem analisar tendências de longo prazo com significância estatística, tanto a Espanha como o Reino Unido revelam uma diminuição da prevalência desde 2000 (Figura 2.6). Em contrapartida, a Finlândia, que revelou um crescimento estável dos níveis de prevalência ao longo do mesmo período, notifica agora um dos mais elevados níveis da Europa.

Uma análise feita em 2015 às águas residuais de várias cidades europeias revelou uma presença significativa de anfetaminas. As quantidades de anfetamina variam consideravelmente, com os níveis mais elevados registados em cidades do norte da Europa (Figura 2.7). Nas cidades do sul da Europa, foram detetados níveis de anfetamina muito inferiores. As quantidades mais elevadas de metanfetamina foram detetadas em cidades da República Checa, da Eslováquia e da Noruega. Em termos gerais, os dados de 2011 a 2015 revelaram tendências relativamente estáveis para ambas as drogas.

Tratamento dos consumidores de anfetamina: procura crescente

Os problemas relacionados com o consumo de longo prazo ou crónico de anfetamina injetável têm afetado particularmente os países do norte da Europa. Em contrapartida, os problemas de consumo de longo prazo de metanfetamina têm sido mais visíveis na República Checa e na Eslováquia. Encontram-se disponíveis estimativas recentes sobre o consumo de alto risco de metanfetamina na República Checa e no Chipre. Na República Checa, em 2014, o consumo de alto risco de metanfetamina entre adultos (15–64) foi estimado em cerca de 0,51 %, com um aumento acentuado do consumo, sobretudo injetado, verificado entre 2007 e 2014 (de cerca de 20 000 consumidores para mais de 36 000). As estimativas relativas ao Chipre são de 0,02 %, ou seja, 127 consumidores, em 2014. No que respeita à Noruega, em 2013, o consumo de alto risco de anfetamina e metanfetamina foi estimado em 0,33 %, ou seja, 11 200 adultos. Os consumidores de anfetaminas constituem provavelmente a maioria dos 2 177 (0,17 %) consumidores estimados de alto risco de estimulantes comunicados pela Letónia, um número que revela uma redução dos 6 540 (0,46 %) consumidores registados em 2010.

A injeção de metanfetamina associada ao consumo de outros estimulantes e GHB (gama-hidroxibutirato)

continua a ser notificada numa série de países, entre pequenos grupos de homens que mantêm relações homossexuais. Estas práticas «slamming», como são comumente denominadas, suscitam preocupação devido à combinação dos riscos do consumo de droga com os dos comportamentos sexuais.

Aproximadamente 32 000 utentes que iniciaram um tratamento especializado da toxicodependência na Europa, em 2014, referiram as anfetaminas como droga principal, 13 000 dos quais iniciavam pela primeira vez um tratamento. Os consumidores de anfetamina como droga principal constituem uma proporção considerável das pessoas que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Bulgária, na Alemanha, na Letónia, na Hungria, na Polónia e na Finlândia. Os utentes que iniciaram tratamento e que referem a metanfetamina como droga principal concentram-se na República Checa e na Eslováquia, que em conjunto respondem por 95 % dos 8 700 utentes consumidores de metanfetamina na Europa. Em termos globais, a Europa assistiu a um aumento de 50 % do número de utentes que iniciaram pela primeira vez um tratamento por consumo principal de anfetaminas desde 2006, um valor largamente devido aos aumentos verificados na Alemanha e, em menor escala, na República Checa.

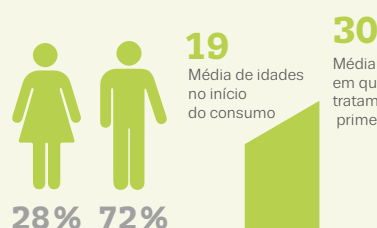
Consumo de cetamina, GHB e alucinogénios

Outras substâncias com propriedades alucinogénicas, anestésicas, dissociativas e depressoras são consumidas na Europa, nomeadamente o LSD (dietilamida do ácido lisérgico), cogumelos alucinogénicos, cetamina e GHB (gama-hidroxibutirato).

Nas duas últimas décadas, tem sido referido o consumo recreativo de cetamina e de GHB (incluindo o seu precursor GBL, gama-butirolactona), entre alguns subgrupos de consumidores de droga na Europa. Quando existem, as estimativas nacionais da prevalência do consumo de GHB e de cetamina, tanto entre a população adulta como entre a população escolar, permanecem baixas. Nos seus inquéritos mais recentes, os Países Baixos e a Noruega comunicaram, respetivamente, uma prevalência do consumo de GHB no último ano, entre adultos, de 0,4 % (15–64) e de 0,1 % (16–64); a Roménia comunicou uma prevalência de 0,5 % entre os jovens (15–34). Alguns países, incluindo os Países Baixos, a Noruega e o Reino Unido, comunicaram níveis mais elevados de consumo de GHB e de problemas associados ao mesmo entre determinados grupos sociais, quer ao nível das cidades, quer ao nível local. No último ano, os níveis de prevalência do consumo de cetamina entre jovens (15–34) foram estimados em 0,3 % na Dinamarca e em Espanha, registando o Reino Unido um consumo de cetamina de

CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAM TRATAMENTO

Características



Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento

43%

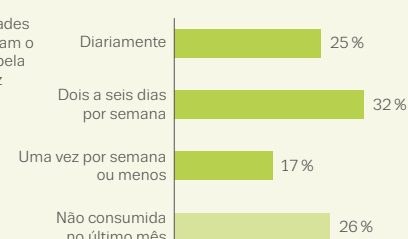


Utentes anteriormente tratados

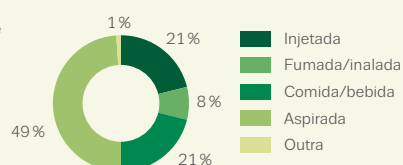
57%

Frequência do consumo no último mês

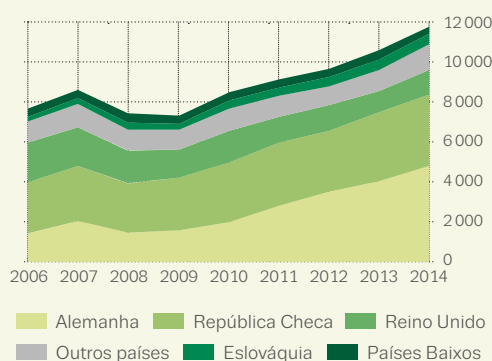
Consumo médio de 3,9 dias por semana



Via de administração



Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



NB: Os países abrangidos variam consoante o indicador. As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de anfetaminas como droga principal.

1,6 % entre jovens dos 16 aos 24 anos de idade, uma tendência que se tem mantido estável desde 2008.

Os níveis de prevalência globais do consumo de LSD e cogumelos alucinogénicos na Europa têm-se mantido, de um modo geral, baixos e estáveis desde há alguns anos. No que diz respeito aos jovens (15–34), no último ano, os inquéritos nacionais permitem estimar uma prevalência de menos de 1 % para ambas as substâncias, à exceção da Finlândia, que revela uma prevalência de 1,3 % para o LSD. Relativamente aos cogumelos alucinogénicos, verificam-se também exceções no Reino Unido (1 %), nos Países Baixos (1,3 %), na Finlândia (1,9 %) e na República Checa (2,3 %).

Consumo de novas drogas

O Flash Eurobarometer on young people and drugs de 2014, um inquérito telefónico a 13 128 jovens entre os 15 e os 24 anos, realizado nos 28 Estados-Membros da UE, fornece algumas informações úteis sobre o consumo de novas substâncias. Embora se trate principalmente de um inquérito relativo às atitudes, o Eurobarómetro incluiu uma pergunta sobre o consumo de substâncias que imitam os efeitos de drogas ilícitas. Atualmente, os dados assim obtidos constituem a única fonte de informação sobre este tema ao nível da União Europeia, embora por razões metodológicas os resultados devam ser interpretados com cautela. No total, 8 % dos inquiridos referiram ter consumido estas substâncias alguma vez ao longo da vida, 3 % dos quais no último ano, o que representa um aumento relativamente aos 5 % que referiram tê-las consumido alguma vez ao longo da vida num inquérito semelhante realizado em 2011. Das pessoas que mencionaram esse consumo durante o último ano, 68 % afirmaram ter recebido a substância de um amigo.

Apesar de ser cada vez maior o número de países que incluem novas substâncias psicoativas nos seus inquéritos à população, as diferenças nos métodos e perguntas utilizados têm limitado a comparabilidade dos resultados entre países. Onze países europeus comunicam, desde 2011, estimativas nacionais relativas ao consumo de novas substâncias psicoativas (à exceção da cetamina e do GHB). Relativamente à faixa etária abrangida pelo inquérito Eurobarómetro Flash (jovens dos 15 aos 24 anos de idade), a prevalência do consumo destas substâncias no último ano varia entre 0,0 %, na Polónia, e 9,7 %, na Irlanda. Estão disponíveis dados de inquéritos sobre a prevalência do consumo de mefedrona no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales). No inquérito mais recente (2014/2015), o consumo desta droga no último ano, entre os jovens com idades compreendidas entre 16 e 24 anos,

foi estimado em 1,9 %; este número foi igual ao do ano anterior, mas representou um decréscimo em relação aos 4,4 % de 2010/2011, antes da introdução de medidas de controlo. Em 2014, um inquérito levado a cabo na Finlândia estimou em 0,2 % o consumo de catinonas sintéticas entre jovens dos 15 aos 24 anos de idade no último ano, enquanto em França, uma estimativa de 4 % dos jovens dos 18 aos 34 anos comunicaram já ter fumado canabinoides sintéticos.

Consumidores de heroína: estabilização na procura de tratamento

O opiáceo ilícito mais consumido na Europa é a heroína, a qual pode ser fumada, inalada ou injetada. Vários outros opiáceos sintéticos, como a metadona, a buprenorfina e o fentanil são também indevidamente consumidos.

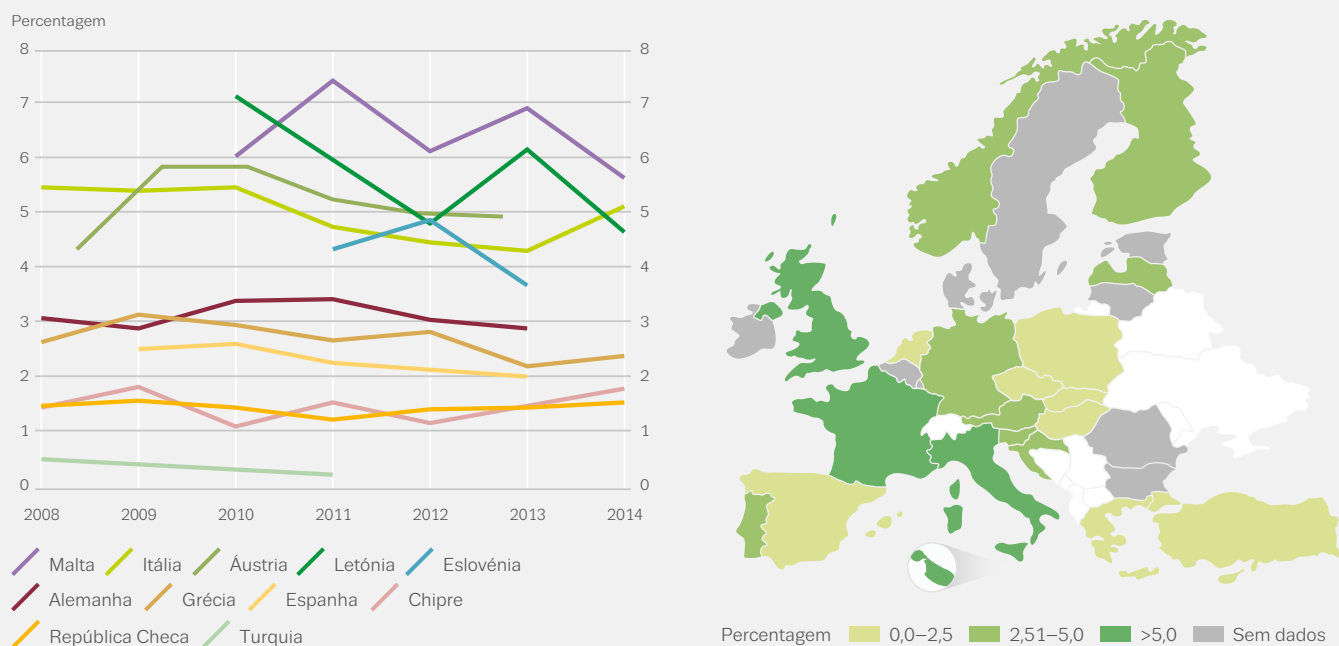
Estima-se que a prevalência média do consumo de opiáceos de alto risco, entre a população jovem e adulta (15–64 anos), seja de 0,4 %, o equivalente a 1,3 milhões de consumidores de opiáceos de alto risco na Europa, em 2014. A nível nacional, as estimativas da prevalência do consumo de opiáceos de alto risco variam entre menos de um e cerca de oito casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos (Figura 2.8). Cerca de 75 % dos consumidores estimados de opiáceos de alto risco na União Europeia encontram-se no Reino Unido, França, Itália, Alemanha e Espanha. Dos 11 países com estimativas recorrentes de consumo de opiáceos de alto risco entre 2008 e 2014, Espanha e Turquia revelam um decréscimo significativo das mesmas, a par de uma estabilização das tendências nos restantes países (Figura 2.8).

A Europa conheceu diversas vagas de dependência da heroína, a primeira das quais afetou muitos países da Europa Ocidental a partir de meados da década de 1970 e a segunda a Europa Central e Oriental de meados a finais da década de 1990. Subsequentemente, assistiu-se, em determinados países, a uma disseminação a partir dos centros urbanos para as zonas mais rurais e para pequenas cidades. Desde 2010/2011, os indicadores referentes a muitos países europeus registaram um declínio ao nível do recrutamento de novos consumidores de heroína e a existência de uma coorte envelhecida de consumidores de opiáceos de alto risco, muitos dos quais a receber tratamento de substituição. Os dados mais recentes sugerem uma estabilização da tendência de redução do número de novos utentes que iniciam tratamento.

Dos 185 000 utentes que referiram os opiáceos como droga principal e que iniciaram um tratamento especializado na Europa, 34 000 faziam-no pela primeira

FIGURA 2.8

Estimativas nacionais da prevalência de consumo de opiáceos de alto risco no último ano: tendências específicas e dados mais recentes



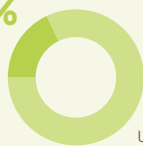
CONSUMIDORES DE HEROÍNA EM TRATAMENTO

Características



Utentes que iniciam
pela primeira vez
o tratamento

18%



Utentes anteriormente
tratados

82%

36

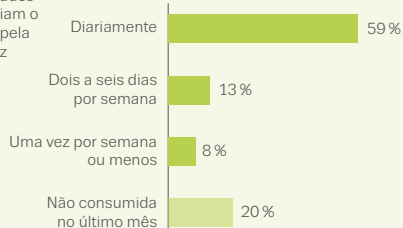
Média de idades
em que iniciam o
tratamento pela
primeira vez

22

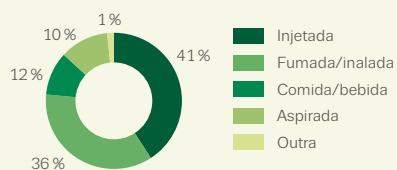
Média de idades
no início
do consumo

Frequência do consumo no último mês

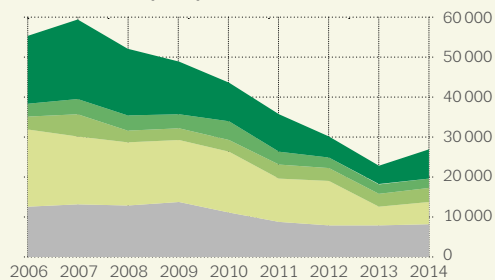
Consumo médio de 5,8 dias por semana



Via de administração



Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez

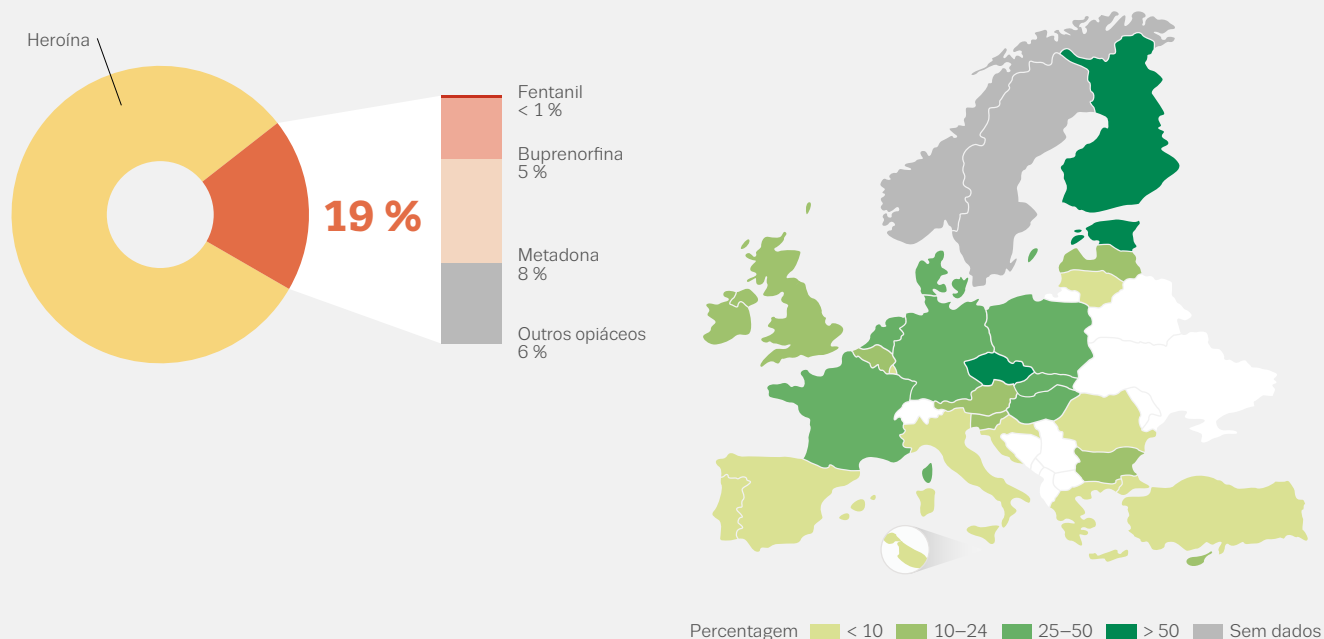


Outros países Reino Unido
Alemanha Espanha Itália

NB: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de heroína como droga principal. Devido a alterações do fluxo de dados ao nível nacional, os dados de 2014 referentes a Itália não são diretamente comparáveis com os dos anos anteriores.

FIGURA 2.9

Consumidores que iniciam tratamento referindo opiáceos como droga principal: por tipo de opiáceo e percentagem que refere outros opiáceos que não a heroína



vez. O número de novos consumidores de heroína passou para menos de metade, de um pico de 59 000, em 2007, quando representavam 36 % da totalidade dos novos utentes, para 23 000, em 2013 (16 % dos novos utentes). A tendência parece ter estabilizado. Nos dados mais recentes, 17 países comunicaram a estabilização ou a redução do número de novos consumidores de heroína, enquanto 9 comunicaram um aumento do mesmo.

Opiáceos sintéticos: uma preocupação crescente

Apesar de a heroína continuar a ser o opiáceo mais consumido, o consumo indevido de opiáceos sintéticos tem aumentado. Em 2014, 18 países europeus (mais 8 do que em 2013) comunicaram que mais de 10 % dos consumidores de opiáceos que iniciaram tratamento especializado apresentavam problemas relacionados com outros opiáceos que não a heroína (Figura 2.9). Entre os opiáceos referidos pelos utentes que iniciaram um tratamento, incluía-se a metadona, a buprenorfina, o fentanil, a codeína, o tramadol e a oxicodona. Em alguns países, os opiáceos que não a heroína já constituem a forma mais comum de consumo de opiáceos entre utentes que iniciam tratamento. Na Estónia, por exemplo, a maioria dos utentes que iniciam tratamento devido ao consumo de opiáceos consome fentanil, enquanto na Finlândia e na República Checa a maioria dos utentes consumidores de opiáceos tem a buprenorfina como droga principal.

O consumo indevido de opiáceos sintéticos tem aumentado

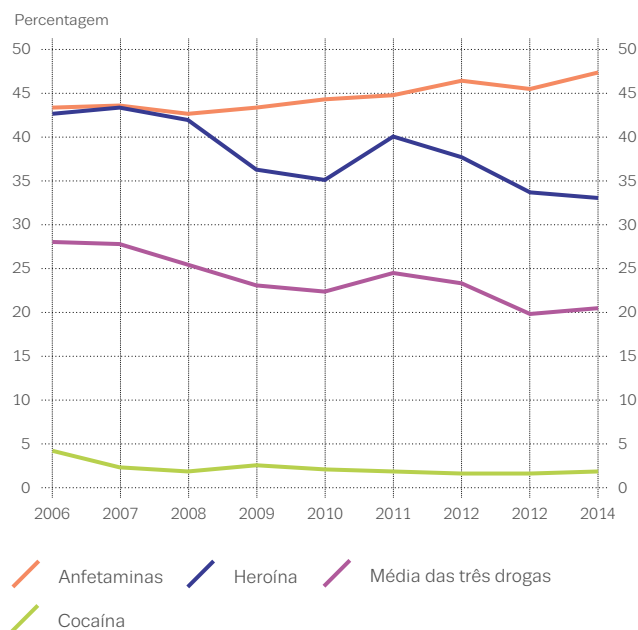
FIGURA 2.10

Consumo de droga injetável: a heroína em declínio

O consumo de droga injetável está normalmente associado aos opiáceos, embora a injeção de estimulantes como as anfetaminas ou a cocaína constitua um problema grave em alguns países. A injeção de catinonas sintéticas, embora não seja um fenómeno disseminado, continua a ser assinalada entre algumas populações específicas, incluindo consumidores de opiáceos injetáveis, utentes de serviços de tratamento da toxicodependência em alguns países e pequenos grupos de homens que têm relações sexuais com outros homens. Dezasseis países possuem estimativas recentes da prevalência do consumo de droga injetável, que variam de menos de um a mais de nove casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos.

Em 2014, dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez por consumo de heroína como droga principal, 33 % indicam a via injetável como principal via de administração: um decréscimo face aos 43 % registados em 2006 (Figura 2.10). Neste grupo, os níveis de consumo injetado variam de país para país, de 11 % em Espanha para mais de 90 % na Letónia e na Roménia. Dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez por consumo de anfetaminas como droga principal, 47 % indicam a via injetável como principal via de administração, um pequeno aumento face a 2006. Mais de 70 % deste grupo pertence à República Checa e são consumidores de metanfetamina. Considerando o conjunto das três principais drogas injetáveis, entre os utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento da toxicodependência na Europa, a injeção como principal via de administração diminuiu de 28 %, em 2006, para 20 %, em 2014.

Utentes que iniciam tratamento pela primeira vez que referem a injeção como principal via de administração da droga de consumo principal



O consumo de droga injetável está normalmente associado aos opiáceos

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Perspetivas sobre drogas.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of cathinones, Perspetivas sobre drogas.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspetivas sobre drogas.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspetivas sobre drogas.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Documento temático.

Fentanyl in Europe. Estudo Trendspotter do EMCDDA.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Documento temático.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Tema específico.

Trends in injecting drug use in Europe, Tema específico.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Tema específico.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monografias.

Publicações conjuntas do EMCDDA e do ESPAD

2012

Resumo Relatório ESPAD 2011.

Todas as publicações se encontram disponíveis em www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Sabe-se que o consumo
de drogas ilícitas contribui
para o peso da doença**

Danos causados pela droga e respostas

Sabe-se que o consumo de drogas ilícitas contribui para o peso global da doença. Os problemas de saúde crónicos e agudos estão associados ao consumo de drogas ilícitas, influenciados ainda por vários fatores como a via de administração, a vulnerabilidade individual e o contexto social em que as drogas são consumidas. Nos problemas crónicos, incluem-se a dependência e as doenças infecciosas relacionadas com as drogas. Por outro lado, as *overdoses* são o problema mais visível dos casos agudos, que por vezes dependem da droga que foi consumida. Apesar de relativamente raro, o consumo de opiáceos continua a ser responsável pela maioria dos casos de morbilidade e mortalidade associados ao consumo de drogas. O consumo de drogas injetáveis constitui também um exponenciador dos riscos. Em comparação, apesar de os problemas de saúde associados ao consumo de *cannabis* serem claramente menores, a prevalência elevada do consumo desta droga pode ter implicações na saúde pública. Devido ao número de substâncias incluídas no

grupo das novas substâncias psicoativas e à falta de informações sobre as mesmas, é difícil analisar os danos resultantes do consumo das mesmas.

Monitorização dos danos causados pela droga e respostas

As doenças infecciosas e a mortalidade e morbilidade relacionadas com o consumo de drogas são os principais danos controlados de forma sistemática pelo EMCDDA. Estes são complementados pelos dados mais limitados sobre tratamentos hospitalares de casos agudos relacionados com o consumo de drogas e pelos dados do sistema de alerta precoce, que monitoriza os danos associados às novas substâncias psicoativas. Para mais informações, consultar os Principais Indicadores Epidemiológicos, o Boletim Estatístico e o Sistema de Alerta Precoce.

As informações sobre as respostas sanitárias e sociais aos problemas relacionados com o consumo de drogas e respetivos danos são fornecidas ao EMCDDA pelos pontos focais nacionais da Reitox e pelos peritos nacionais. As avaliações periciais fornecem informações suplementares sobre a disponibilidade de intervenções, sempre que não se encontrem disponíveis séries de dados oficiais. O presente capítulo tem igualmente em conta análises dos dados científicos disponíveis sobre a eficácia das intervenções de saúde pública. Para mais informações, consultar as seguintes rubricas no sítio Web do EMCDDA: Health and social responses profiles e Best practice portal.

A prevenção da toxicodependência e as iniciativas de intervenção precoce visam prevenir o consumo de drogas e os problemas que lhe estão associados. Em contrapartida, o tratamento da toxicodependência constitui a primeira resposta de combate à dependência, incluindo iniciativas de natureza psicossocial e farmacológica. Algumas intervenções estratégicas, tais como os tratamentos de substituição de opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas, foram parcialmente desenvolvidas para combater o consumo de opiáceos injetáveis e problemas conexos, especialmente a disseminação de doenças infecciosas e mortes por *overdose*.

Danos causados pela *cannabis*: novos dados de investigação

Apesar da investigação associar frequentemente o consumo de drogas a vários tipos de danos, é mais difícil demonstrar o nexo de causalidade entre os mesmos. Por ser a droga com maior prevalência ao nível europeu, os danos associados à *cannabis* podem ter impacto a nível populacional. Um estudo internacional recente (OMS) analisou os factos em torno dos danos causados pela *cannabis*. Concluiu que, apesar da dificuldade de estabelecer uma relação de causalidade entre o consumo de *cannabis* e as consequências sanitárias e sociais, as observações permitiam fazer algumas associações de fatores. No que respeita aos efeitos adversos associados ao consumo crónico de *cannabis*, os consumidores regulares e de longo prazo estavam sujeitos ao dobro do risco de apresentarem sintomas e doenças psicóticas, bem como a um risco mais elevado de desenvolverem problemas respiratórios, além de virem a sofrer da síndrome de dependência. Verificou-se ainda que o consumo regular de *cannabis* durante a adolescência aumentava o risco de diagnóstico de esquizofrenia, parecendo também causar alguma deficiência do foro intelectual, se continuado pela vida adulta. Ainda assim, é possível que as doenças somáticas e mentais preexistentes, bem como outros fatores, contribuam para este quadro, e este é um tópico que merece mais investigação.

Prevenção: programas baseados na família

O consumo de *cannabis* pelos jovens, muitas vezes associado ao consumo de álcool e tabaco, é um dos enfoques das estratégias de prevenção adotadas na Europa. A prevenção do consumo de drogas e problemas relacionados com drogas entre os jovens engloba uma série de estratégias. As estratégias ambientais e universais

são direcionadas para a população em geral, as de prevenção seletiva para os grupos vulneráveis, que podem correr um maior risco de vir a ter problemas relacionados com o consumo de droga, e as de prevenção específica para as pessoas em risco.

Muitas ações de prevenção do consumo de drogas são desenvolvidas nas escolas, as quais possuem comprovadamente uma base favorável a certas abordagens. De igual modo, as intervenções direcionadas para as famílias foram positivamente avaliadas na prevenção de uma série de problemas comportamentais, incluindo o consumo de drogas.

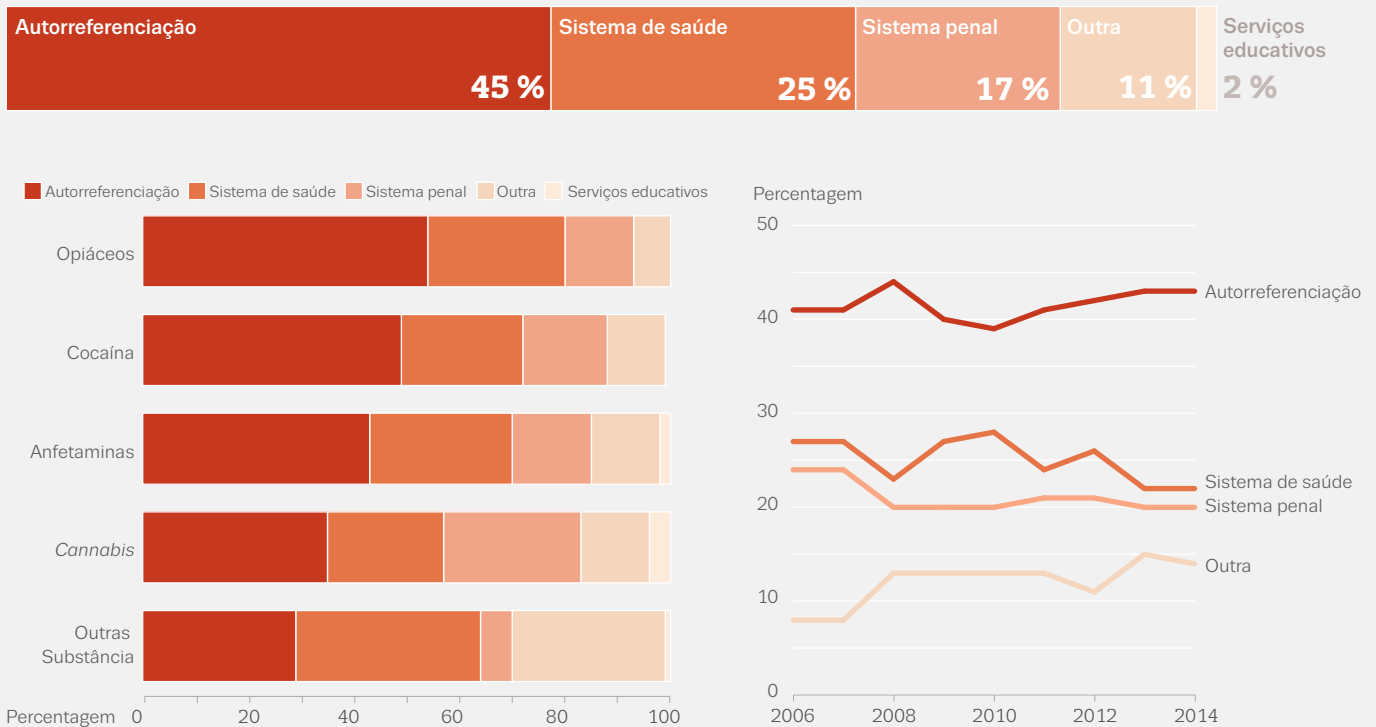
Regra geral, os programas de prevenção direcionados para as famílias ajudam os pais a apoiar os seus filhos na concretização de objetivos de desenvolvimento específicos para a sua idade (incluindo controlo de impulsos, competências sociais e gratificação diferida), os quais estão associados à redução do risco de consumo de substâncias e de outros problemas comportamentais. As ações universais de prevenção familiar estão orientadas para todas as famílias em geral, com intervenções focadas nas diversas fases do desenvolvimento infantil. Em contrapartida, os programas seletivos estão direcionados para as famílias marginalizadas e vulneráveis, incluindo para aquelas em que os pais são consumidores de substâncias. Apesar da maioria dos países implementar ações de prevenção destinadas a famílias vulneráveis, as avaliações periciais realizadas a partir de 2013 indicam que a sua cobertura é frequentemente limitada.

Pouco se sabe sobre os conteúdos de muitas destas intervenções familiares. Uma exceção é o *Strengthening Families Programme*, que oferece formação em aptidões parentais e foi agora implementado em 13 países europeus. Este programa de renome internacional procura

**Muitas ações de prevenção
do consumo de drogas são
desenvolvidas nas escolas**

FIGURA 3.1

Fonte de referência dos utentes que iniciam tratamento especializado contra a toxicodependência na Europa, em 2014



NB: O «sistema penal» inclui tribunais, polícia e serviços de reinserção; o «sistema de saúde» inclui clínicos gerais, outros centros de tratamento da toxicodependência e serviços de saúde, médicos e sociais; a «autorreferenciação» inclui o próprio utente, a família e os amigos. No gráfico de tendências, os casos de referência através dos serviços educativos são incluídos como «outros»

também eliminar obstáculos à participação de pais vulneráveis, disponibilizando-lhes transporte e serviços de guarda de crianças.

Foram ainda desenvolvidas outras iniciativas com limitação temporal e que exigem a utilização de menos recursos. Por exemplo, o programa EFFEKT, que consiste nalgumas sessões de curta duração, demonstrou que a vigilância e a definição de regras pelos pais ajudou a reduzir o consumo de álcool e a melhorar o controlo de impulsos entre os jovens, nos Países Baixos e na Suécia.

Tratamento especializado: vias de referênciação

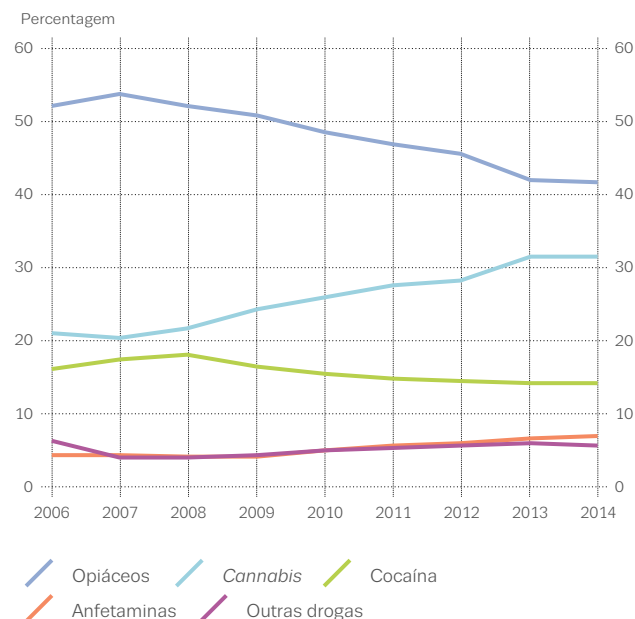
No que respeita ao número relativamente pequeno mas significativo de indivíduos que tiveram problemas relacionados com o consumo de drogas, incluindo dependência, o tratamento da toxicodependência é a intervenção mais importante. A facilidade de acesso a serviços de tratamento adequados é um dos principais objetivos políticos.

Os dados relativos a fontes de referênciação fornecem informações sobre os vários percursos de tratamento da toxicodependência. Em 2014, 45 % dos utentes que iniciaram tratamento especializado contra a toxicodependência na Europa fizeram-no de forma espontânea ou por indicação de um familiar, embora estes dados apresentem variações consoante a droga (Figura 3.1) e o país. Em termos gerais, um quarto dos indivíduos que iniciaram tratamento foi referenciado pelos serviços de saúde e 17 % pelo sistema judicial. De entre os utentes em tratamento, os consumidores de *cannabis* foram aqueles que foram referenciados em maior número pelo sistema penal. Este foi o caso de cerca de três quartos (74 %) dos consumidores de *cannabis* em tratamento na Hungria. As tendências globais relativas às fontes de referênciação permaneceram substancialmente estáveis entre 2006 e 2014.

Alguns países dispõem de mecanismos que têm por objetivo afastar os toxicodependentes do sistema penal e integrá-los em programas de tratamento. Tais mecanismos podem envolver uma ordem judicial de tratamento ou uma pena suspensa condicionada ao tratamento, mas alguns países preveem uma intervenção mais precoce.

FIGURA 3.2

Tendências na percentagem de utentes que iniciam tratamento especializado da toxicodependência, por droga principal



Tratamento da toxicodependência: maioritariamente em regime ambulatorio

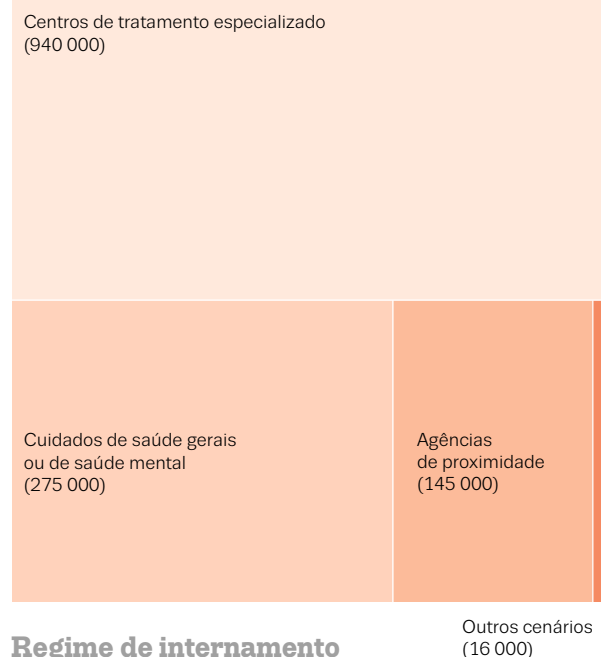
Estima-se que 1,2 milhões de pessoas tenham recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na União Europeia, em 2014 (1,5 milhões, incluindo a Noruega e a Turquia). Os consumidores de opiáceos representam o maior grupo em tratamento especializado na Europa e beneficiam da maior parte dos recursos de tratamento disponíveis, sobretudo sob a forma de tratamentos de substituição. Por ordem de importância, os consumidores de *cannabis* e cocaína são o segundo e o terceiro grupos a ingressar nestes serviços (Figura 3.2), sendo as intervenções psicossociais o principal mecanismo de tratamento destes utentes. As diferenças entre países podem, contudo, ser bastante significativas, com os consumidores de opiáceos a representar até 88 % dos utentes que iniciam tratamento em alguns países e menos de 10 % noutros.

Na Europa, o tratamento da toxicodependência é predominantemente realizado em regime ambulatorio, sendo os centros de dia especializados os maiores prestadores de cuidados aos consumidores de drogas (Figura 3.3). Os centros de saúde são os segundos maiores prestadores de cuidados de saúde. Esta categoria inclui os médicos de clínica geral, que desempenham um importante papel na prescrição dos tratamentos de substituição de opiáceos em alguns países de grande

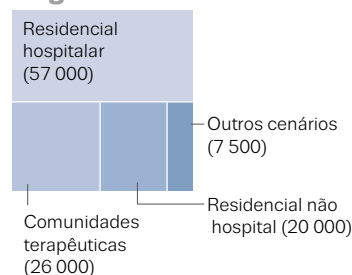
FIGURA 3.3

Número de consumidores de drogas que recebem tratamento na Europa, em 2014, por tipo de cenário de intervenção

Regime ambulatorio



Regime de internamento



Estabelecimentos prisionais

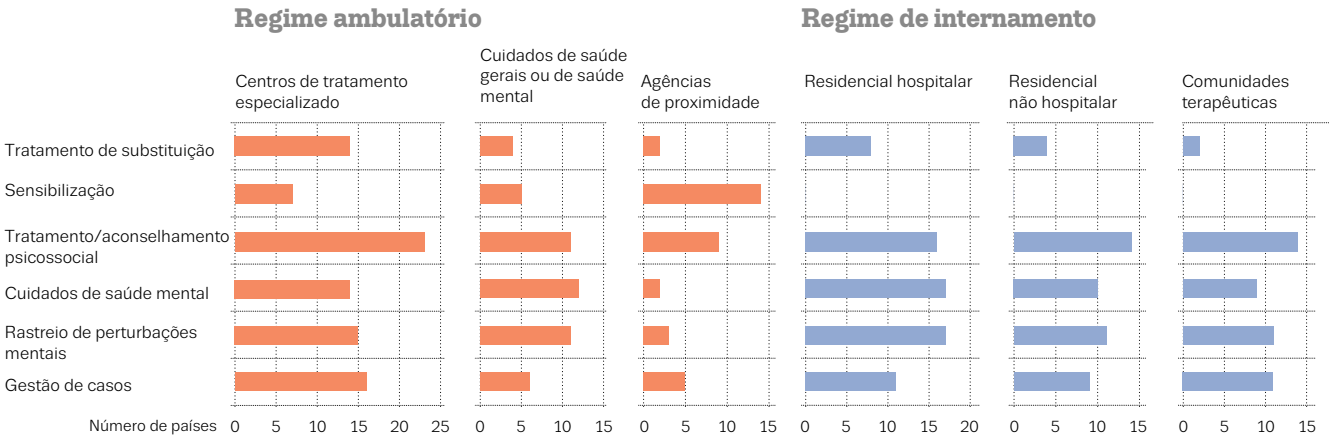
(32 000)

dimensão, como a Alemanha e a França. Noutros países, como por exemplo na Eslovénia e na Finlândia, os centros de cuidados mentais podem também desempenhar um papel importante na prestação de cuidados em regime ambulatorio.

Uma proporção mais pequena dos tratamentos da toxicodependência é igualmente realizada em regime de internamento, nomeadamente em centros residenciais em serviços hospitalares (por exemplo, hospitais psiquiátricos), comunidades terapêuticas e centros residenciais de tratamento especializado. A importância relativa do tratamento em regime de internamento ou em regime ambulatorio nos sistemas de tratamento nacionais varia muito de país para país. Um parecer especializado pode fornecer uma perspetiva da disponibilidade de determinadas intervenções em diferentes cenários de tratamento na Europa (Figura 3.4).

FIGURA 3.4

Perspectiva da disponibilidade elevada (>75 %) de determinadas intervenções, por tipo de cenário (avaliações periciais)



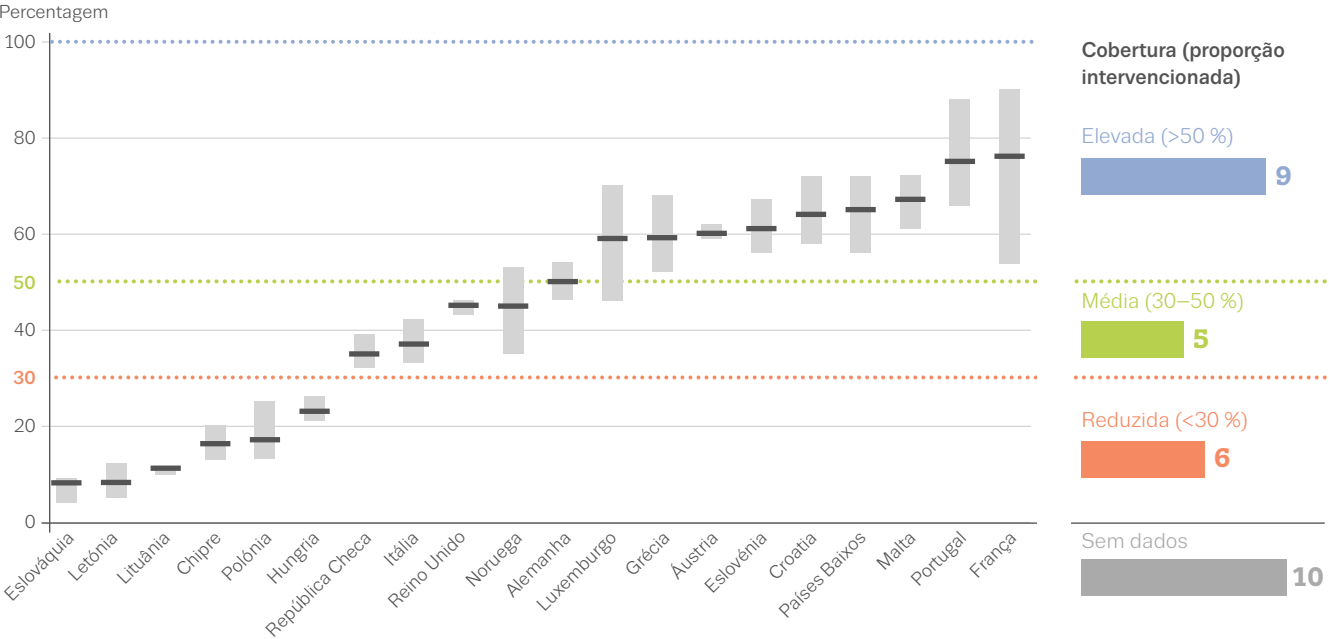
Cada vez existem mais intervenções de prevenção e tratamento da toxicodependência fornecidas em linha. As intervenções efetuadas via Internet têm o potencial de alargar o alcance e a cobertura geográfica dos programas de tratamento, de modo a abranger toxicodependentes que, de outra forma, poderiam não ter acesso a serviços especializados.

Tratamentos de substituição do consumo de opiáceos

O tratamento de substituição, normalmente combinado com intervenções psicossociais, é o tratamento mais comum para a dependência de opiáceos. A eficácia desta abordagem é corroborada pelos dados disponíveis, que apresentam resultados positivos no tocante à permanência no tratamento, ao consumo ilícito de opiáceos e aos comportamentos de risco notificados, bem

FIGURA 3.5

Percentagem de consumidores de alto risco de opiáceos que recebem tratamento de substituição (estimativa)

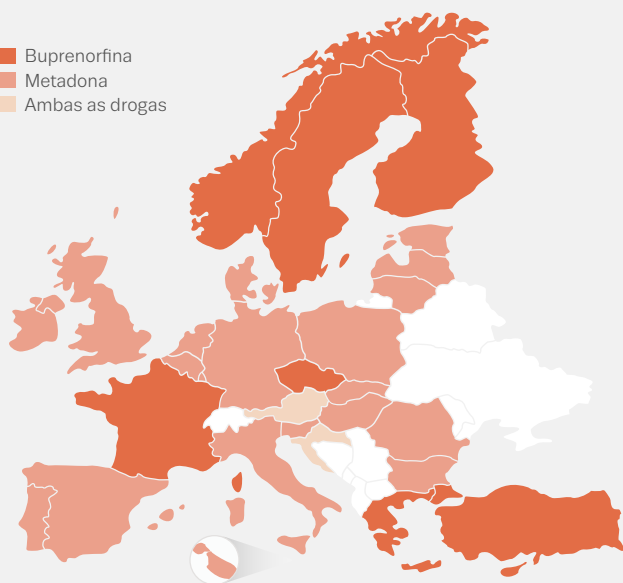


NB: Dados apresentados como estimativas pontuais e intervalos de incerteza.

FIGURA 3.6

Principal opiáceo de substituição receitado

■ Buprenorfina
■ Metadona
■ Ambas as drogas



A metadona é o medicamento de substituição dos opiáceos mais receitado

como aos danos e à mortalidade relacionados com a droga.

Estima-se que 644 000 consumidores de opiáceos tenham recebido tratamento de substituição na União Europeia (680 000 se incluirmos a Noruega e a Turquia), em 2014, e os números registaram um decréscimo aproximado de 50 000 desde 2010. As estimativas relativas aos consumidores de opiáceos sugerem que, em termos globais, cerca de 50 % recebeu tratamento de substituição. Contudo, por motivos metodológicos, esta estimativa deve ser considerada com cautela e verificam-se diferenças nacionais consideráveis (Figura 3.5).

A metadona é o medicamento de substituição dos opiáceos mais receitado, sendo administrado a 61 % dos utentes de tratamentos de substituição. Mais 37 % dos utentes são tratados com medicamentos à base de buprenorfina, que é a principal substância de substituição utilizada em sete países (Figura 3.6). Outras substâncias, tais como a morfina ou a diacetilmorfina (heroína) de libertação lenta, são mais raramente receitadas e a sua administração limita-se a cerca de 2 % dos utentes em tratamentos de substituição na Europa.

Embora menos comuns dos que os tratamentos de substituição, em toda a Europa estão disponíveis opções de tratamento alternativo para os consumidores de opiáceos. Nos nove países para os quais existem dados disponíveis, entre 2 % e 30 % de todos os consumidores de opiáceos em tratamento foram objeto de intervenções que não envolveram a substituição dos opiáceos (Figura 3.7).



FIGURA 3.7

Adaptar os tratamentos às necessidades dos utentes

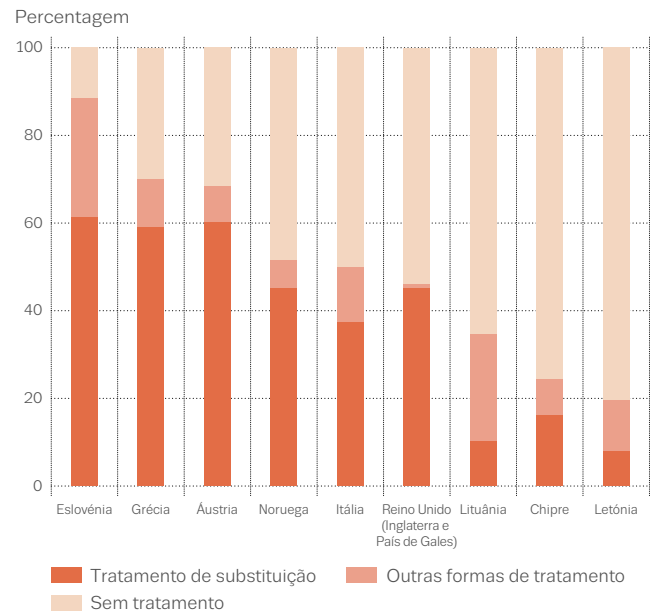
Os utentes com acesso aos serviços de tratamento na Europa têm necessidades diferentes e muitas vezes requerem intervenções que têm de dar resposta a uma série complexa de problemas. Garantir a cooperação entre serviços de combate à toxicodependência e outros prestadores de serviços sociais e de saúde é, portanto, um elemento fundamental das intervenções a efetuar nesta área.

Uma vez que a maioria dos utentes de tratamentos contra a toxicodependência é consumidora de mais do que uma substância psicoativa, e que alguns apresentam problemas com múltiplas substâncias, é importante dispor de planos de avaliação dos serviços de combate e tratamento da toxicodependência que lidam com o policonsumo de drogas. Nestes casos, há que considerar que a identificação de algumas das combinações de substâncias pode ser especialmente importante devido ao risco elevado que as mesmas acarretam, incluindo um risco acrescido de *overdose*. Um exemplo é o consumo de opiáceos em combinação com benzodiazepinas. As análises revelam que três quartos dos utentes que iniciam tratamentos por problemas relacionados com o consumo de drogas são oficialmente registados como consumidores de múltiplas substâncias. Além disso, os utentes que consomem principalmente opiáceos, cocaína e anfetamina referem a *cannabis* e o álcool como drogas secundárias. Muitos consumidores que têm os opiáceos como droga principal referem também o consumo de cocaína como droga secundária.

A comorbilidade entre o consumo de substâncias e as perturbações do foro mental refere-se à ocorrência simultânea das duas condições clínicas num mesmo indivíduo. Existe ainda uma associação entre as perturbações mentais e as perturbações devidas ao consumo de drogas. Consequentemente, a comorbilidade constitui um desafio para os serviços de saúde associados quer ao consumo de drogas, quer ao foro mental. Num estudo recente, as comorbilidades psiquiátricas identificadas com maior frequência entre os consumidores de substâncias ilícitas foram as depressões graves, as perturbações de ansiedade (sobretudo pânico e perturbações pós-traumáticas) e as perturbações de personalidade (sobretudo transtornos antisociais e de personalidade limítrofe). Apesar da importância desta questão, é difícil definir a extensão do problema, uma vez que os dados são limitados e heterogêneos.

Alguns dados sugerem que as mulheres em tratamento da toxicodependência podem ter necessidades mais

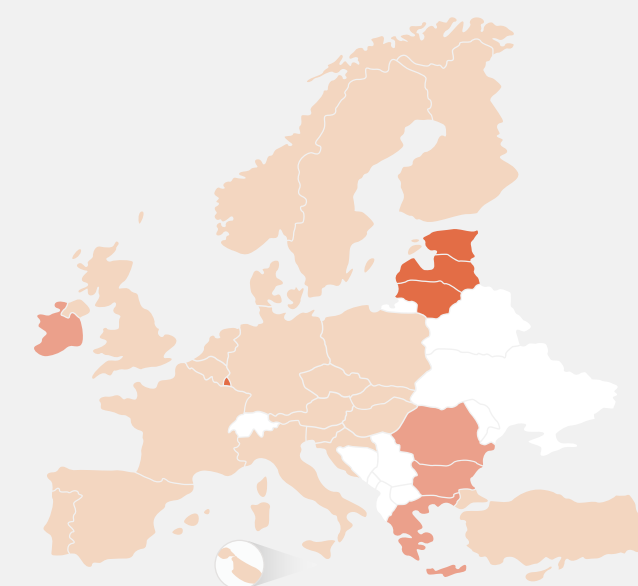
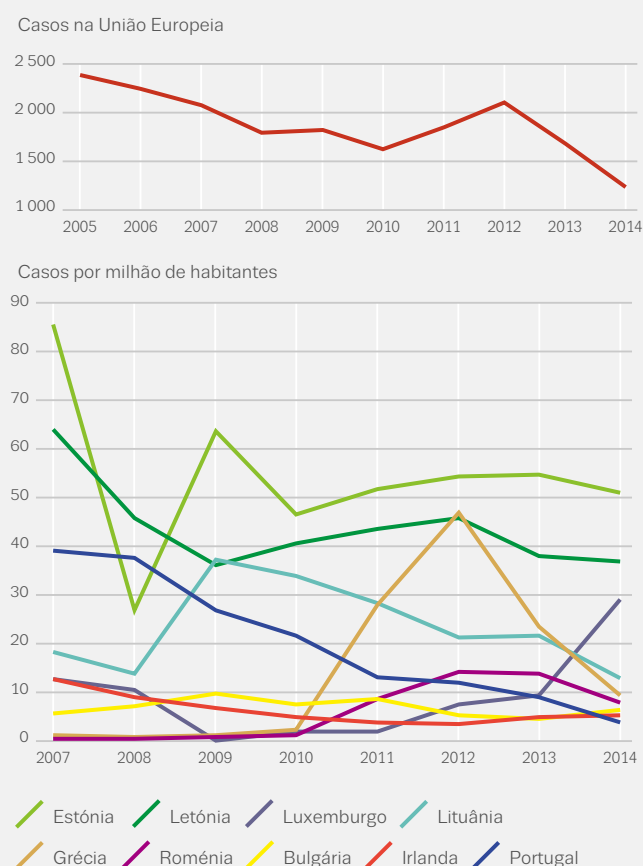
Percentagem de consumidores de alto risco de opiáceos que recebem tratamento da toxicodependência (estimativa)



complexas, sobretudo no que respeita à comorbilidade e à guarda de crianças, e necessitam de serviços mais direcionados e sensíveis às questões de género. Apesar de as mulheres representarem apenas 20 % da totalidade dos utentes que iniciam tratamento especializado (rácio de homens e mulheres de 4:1), esta diferença varia de país para país, de 5 % para 34 %, e é menos evidente entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez. São vários os motivos que contribuem para que as mulheres ingressem em menor número em tratamentos de toxicodependência. Neles, podem incluir-se diferenças de género na prevalência do consumo problemático e a probabilidade de comunicação de consumos problemáticos, bem como problemas de acesso e adequação dos serviços.

As mulheres em tratamento da toxicodependência podem ter necessidades mais complexas

FIGURA 3.8

Diagnóstico de novos casos de VIH relacionados com o consumo de drogas: tendências globais e específicas e dados mais recentes

Casos por milhão de habitantes <5,1 5,1–10,0 >10,0

NB: Dados de 2014 (fonte: ECDC).

Surto de VIH: consumidores de estimulantes injetáveis

Os consumidores de drogas e principalmente os que as injetam correm o risco de contrair doenças infetocontagiosas através da partilha de equipamentos de consumo de droga e de relações sexuais desprotegidas. O consumo de drogas injetáveis continua a desempenhar um papel central na transmissão de doenças infecciosas por via sanguínea, nomeadamente do vírus da hepatite C (VHC) e, em alguns países, do vírus da imunodeficiência humana (VIH). Entre todos os casos de VIH notificados na Europa em que a via de transmissão é conhecida, a percentagem atribuível à injeção de droga mantém-se baixa e estável (inferior a 8 % ao longo da última década). No entanto, a Lituânia (32 %), a Letónia (31 %), a Estónia (28 %) e a Roménia (25 %) comunicaram taxas mais elevadas.

Os dados mais recentes revelam que o número de novos diagnósticos de VIH entre consumidores de drogas injetáveis na União Europeia continua a diminuir. Em 2014, a taxa média de novos casos de VIH atribuíveis ao consumo de drogas injetáveis era de 2,4 por milhão de habitantes, o que representa menos de metade da taxa

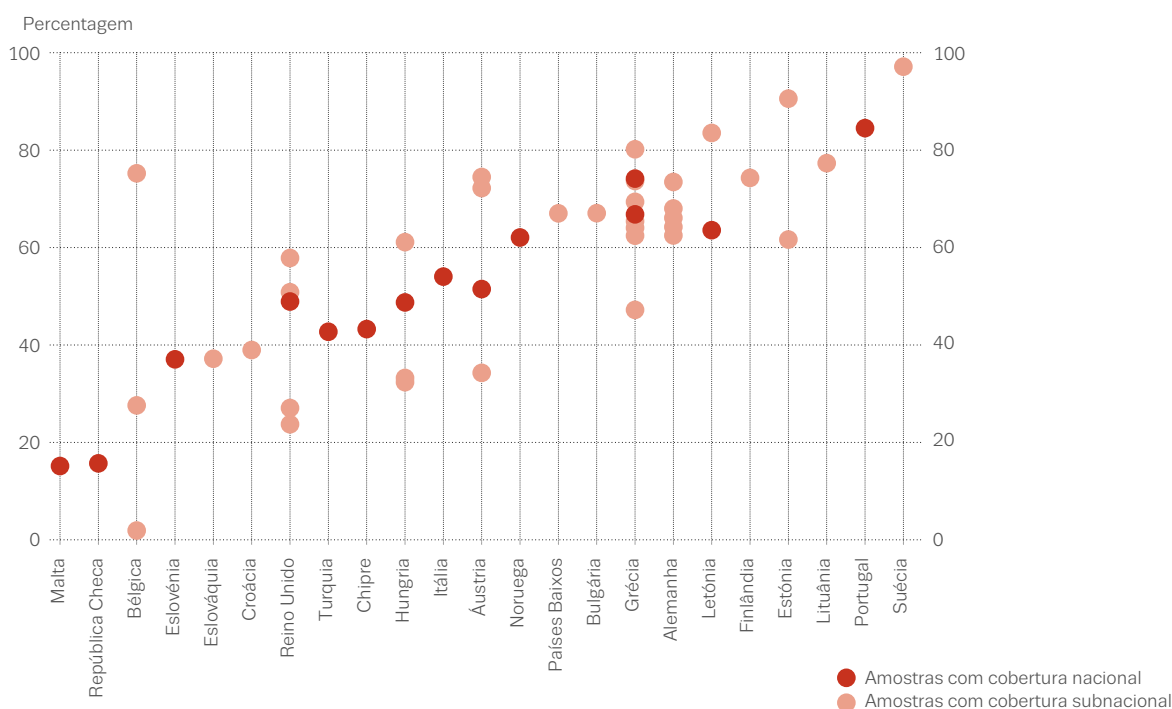
referente a 2005 (5,6 por milhão). Alguns países comunicaram, contudo, taxas mais elevadas, sobretudo a Estónia e a Letónia. Na Grécia e na Roménia, países que sofreram surtos locais, as taxas de comunicação de novos diagnósticos registaram uma diminuição desde 2012 (Figura 3.8).

Em 2014, foram comunicados 1 236 diagnósticos de VIH relacionados com drogas injetáveis na União Europeia, o menor número comunicado em mais de uma década. Ainda assim, em 2015, foram comunicados, na Irlanda, no Reino Unido (Escócia) e no Luxemburgo, surtos localizados de novas infeções de VIH entre consumidores de drogas injetáveis. As mudanças nos padrões de consumo de drogas, com um aumento significativo do consumo de estimulantes injetáveis, e os elevados níveis de marginalização têm sido fatores comuns numa série de surtos recentes de VIH.

Em 2014, 15 % dos novos casos de SIDA na Europa tiveram origem no consumo de drogas injetáveis, com as 590 notificações representando pouco mais de um quarto do número comunicado há uma década. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar que a infeção pelo VIH evolua para SIDA. Esta situação é particularmente

FIGURA 3.9

Prevalência de anticorpos de VHC entre consumidores de drogas injetáveis, 2013/14



relevante para os consumidores de drogas injetáveis, que são o grupo de transmissão que mais recorre aos serviços de saúde numa fase tardia da infeção (61 %). Além disso, em certos países como a Grécia, a Letónia e a Roménia, onde o número de diagnósticos de SIDA permanece elevado, é possível que os testes ao VIH e as respostas de tratamento necessitem de ser reforçados.

Danos decorrentes do consumo de drogas injetáveis: principais doenças

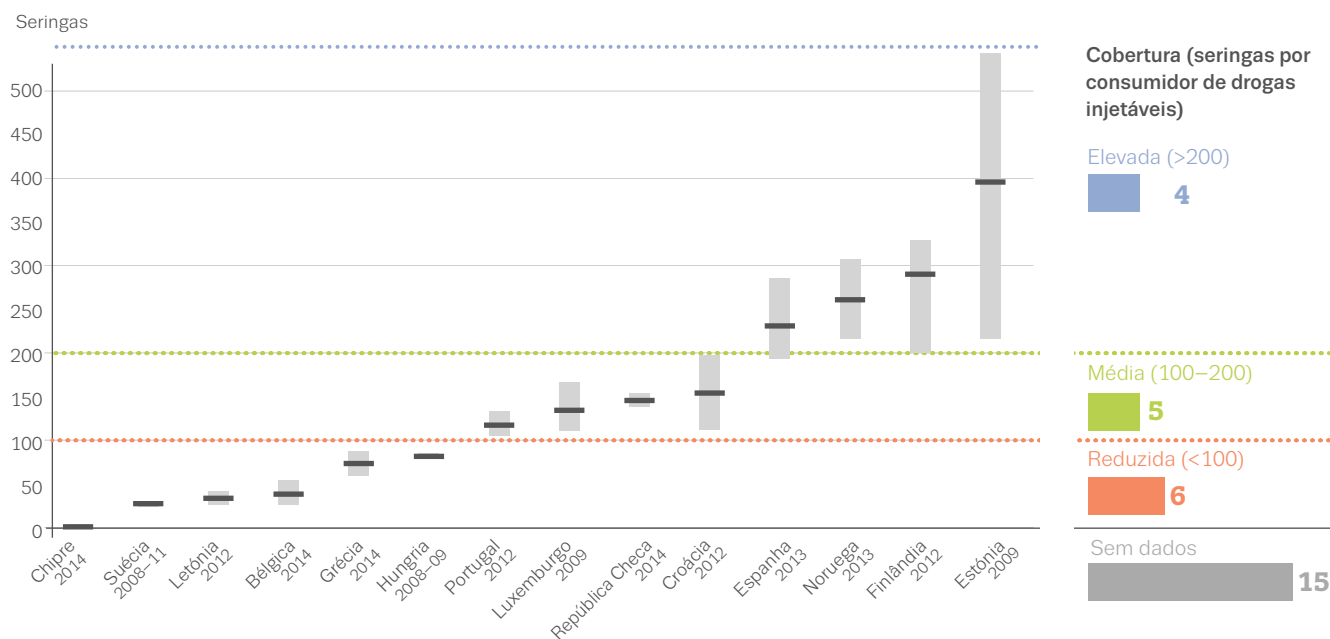
A hepatite viral e, em especial, a infeção causada pelo vírus da hepatite C (VHC) têm uma elevada prevalência entre os consumidores de drogas injetáveis de toda a Europa. Este facto pode ter consequências importantes a longo prazo, na medida em que a infeção pelo VHC, frequentemente agravada pelo consumo excessivo de álcool, parece ser responsável pelo aumento do número de doenças hepáticas, incluindo cirrose e cancro do fígado, no grupo envelhecido de consumidores de alto risco.

A prevalência de anticorpos do VHC, indicadores de infeções presentes ou passadas, nas amostras nacionais de consumidores de drogas injetáveis analisadas em 2013–2014 variava entre 15 % e 84 %, tendo 6 dos 13 países que notificaram dados nacionais apresentado taxas de prevalência superiores a 50 % (Figura 3.9). Entre os



FIGURA 3.10

Número de seringas distribuídas através de programas especializados por consumidor de droga injetável (estimativa)



NB: Dados apresentados como estimativas pontuais e intervalos de incerteza.

países que apresentaram as respetivas tendências nacionais para o período de 2006–2014, cinco deles registaram uma tendência para um aumento da prevalência de anticorpos de VHC em consumidores de drogas injetáveis, enquanto Malta e Noruega registaram um decréscimo da mesma.

A injeção de drogas é um fator de risco para outras doenças infecciosas, incluindo hepatite B, tétano e botulismo. Casos restritos e esporádicos de botulismo das feridas entre consumidores de drogas injetáveis foram comunicados na Europa, incluindo na Noruega e no Reino Unido, entre 2013 e 2015. As infeções bacterianas locais devidas à injeção de drogas são também comuns, tendo sido comunicado um grande surto de infeções dos tecidos moles na Escócia, em 2015.

Doenças infecciosas: medidas de prevenção

As principais medidas adotadas para reduzir as doenças infecciosas relacionadas com drogas entre consumidores de drogas injetáveis incluem a oferta de tratamentos de substituição de opiáceos, de material de injeção, de testes e de tratamentos da hepatite C e do VIH com antirretrovirais.

Os tratamentos de substituição reduzem significativamente o risco de infeção entre os consumidores de opiáceos injetáveis, com algumas das

análises a indicar um aumento dos níveis de proteção quando a cobertura alargada do tratamento se combina com uma vasta oferta de seringas.

Os dados revelam que os programas de oferta de agulhas e seringas podem contribuir para reduzir os comportamentos de risco em matéria de injeções, podendo assim reduzir também a transmissão do VIH entre consumidores de drogas injetáveis. Quase todos os países fornecem gratuitamente material de injeção esterilizado em centros especializados. Contudo, a distribuição geográfica dos centros de fornecimento de seringas e as estimativas referentes ao número de seringas oferecidas variam consideravelmente de país para país (Figura 3.10). Vinte e três países forneceram informações sobre a disponibilização de seringas através de programas específicos, o que, em termos globais, significa que a distribuição ascendeu a 36 milhões de seringas, em 2014. Este valor está subestimado, uma vez que vários países de peso, como França, Alemanha, Itália e Reino Unido, não comunicam todos os dados nacionais de que dispõem relativamente à disponibilização de seringas.

A realização de testes de despistagem e os tratamentos de doenças infecciosas podem ajudar a reduzir a incidência e a prevalência de infeções entre os consumidores de drogas. Os testes podem contribuir para que os indivíduos se apercebam de que estão infetados e iniciem assim um tratamento mais precoce. Contudo, o estigma e a marginalização, bem como o

desconhecimento das práticas de rastreio e das opções de tratamento, continuam a ser obstáculos à aceitação destes programas. Os dados clínicos recomendam a iniciação do tratamento antirretroviral imediatamente após um diagnóstico de infeção por VIH, de modo a evitar uma maior degradação de sistema imunitário.

As intervenções direcionadas para a redução de danos e para a saúde sexual também são importantes para lidar com os novos padrões de injeção e os comportamentos sexuais notificados entre pequenos grupos de homens que mantêm relações homossexuais. A ligação entre os serviços de combate à toxicodependência e os serviços de saúde sexual pode ter resultados particularmente importantes quando associada à educação na área da saúde, ao fornecimento de equipamento estéril de injeção e, em certos casos, à profilaxia de pré-exposição com drogas antirretrovirais.

| Hepatite C: novo tratamento

As medidas de prevenção da transmissão da hepatite C são idênticas às do VIH. Uma vez que a infeção por VHC tem elevada prevalência entre os consumidores de drogas injetáveis, a redução do número de pessoas passíveis de transmitir a infeção, através da oferta de tratamentos contra o VHC, é um componente essencial de uma resposta de prevenção completa. As novas orientações europeias recomendam que os tratamentos contra o VHC sejam disponibilizados a consumidores de drogas de forma individualizada e em contexto multidisciplinar. Estão disponíveis, desde 2013, regimes terapêuticos orais sem interferão baseados em agentes antivirais de ação direta, os quais têm vindo a tornar-se o principal elemento de tratamento das infeções por VHC. Estes medicamentos são altamente eficazes, requerem períodos de tratamento mais curtos e possuem menos efeitos secundários do que os antigos medicamentos. Além disso, este tipo de tratamento pode ser disponibilizado em centros especializados de combate à toxicodependência integrados na comunidade, facilitando assim a adesão ao mesmo e a sua disponibilização.

Os novos medicamentos contra o VHC são dispendiosos, quando comparados com os antigos medicamentos. Através de um inquérito realizado em 2015 em 21 países

da UE, o EMCDDA concluiu que o custo médio de três meses de tratamento com o novo medicamento rondava os 60 000 euros, enquanto o tratamento com medicamentos da anterior geração custava entre 17 000 e 26 000 euros. Tendo em conta a elevada prevalência da infeção por VHC entre consumidores de drogas injetáveis, a garantia de acesso aos novos medicamentos promissores continua a ser um desafio de monta para os decisores políticos.

| Saúde nas prisões: a necessidade de uma resposta global

Entre os reclusos, registam-se taxas de consumo ao longo da vida mais elevadas e padrões mais nocivos de consumo de droga do que entre a população em geral, como indicam alguns estudos recentes, que revelam que entre 6 % e 48 % dos reclusos já consumiram drogas injetáveis. A elevada prevalência de consumo de drogas ao longo da vida contribui para a complexidade das necessidades sanitárias da população prisional, o que torna importante levar a cabo avaliações rigorosas das condições de saúde aquando da reclusão em regime prisional. A OMS recomenda a adoção de um pacote de medidas preventivas, incluindo análises grátis e voluntárias para detetar doenças infecciosas, distribuição de preservativos e material de consumo injetável estéril, tratamento das doenças infecciosas e tratamento da toxicodependência.

Muitos países possuem parcerias interagências, entre os serviços de saúde prisionais e os prestadores de serviços na comunidade, tendo em vista a realização de intervenções de educação para a saúde e de tratamento nas prisões, bem como a continuidade dos cuidados de saúde à entrada e à saída da prisão. A disponibilização de tratamentos de substituição de opiáceos nas prisões é comunicada por 27 dos 30 países monitorizados pelo EMCDDA. Em termos globais, os tratamentos de substituição parecem estar disponíveis para uma parte cada vez mais significativa da população prisional, refletindo a abrangência crescente dos mesmos na comunidade. A oferta de material de injeção esterilizado é menos comum, com apenas três países a comunicar a existência de um programa de troca de seringas neste contexto.

FIGURA 3.11

Emergências hospitalares: uma visão dos danos agudos

Os dados relativos às emergências hospitalares permitem ter uma visão única dos danos agudos para a saúde. Uma análise levada a cabo em 2014 pela *European Drug Emergencies Network* (Euro-DEN), que monitoriza as emergências relacionadas com o consumo de drogas em 16 hospitais selecionados (sentinela) de 10 países europeus, concluiu que a maioria das 5 409 casos notificados eram relativos a indivíduos do sexo masculino (76 %) e jovens adultos (homens e mulheres com médias de idade de 32 e 28 anos, respetivamente). A heroína foi notificada em 24 % dos casos, a cocaína em 17 % e a *cannabis* em 16 %.

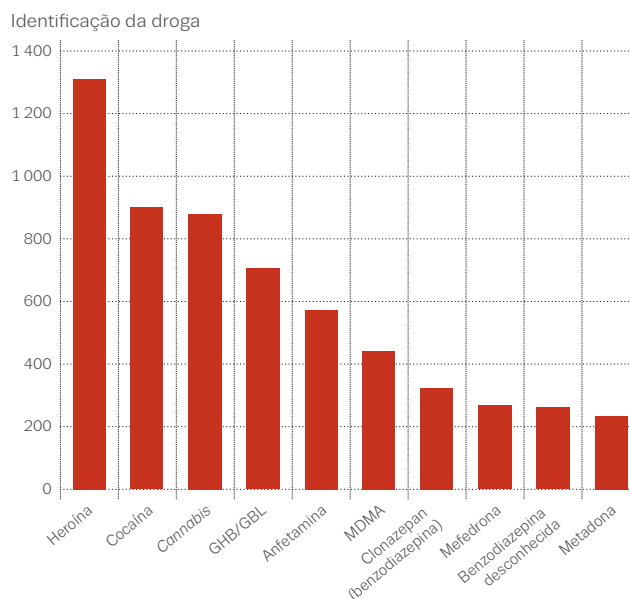
Em muitos desses casos, foram detetadas mais do que uma droga, com 8 358 identificações em 5 409 casos (Figura 3.11). Dois terços dos casos envolveram o consumo de drogas tradicionais como a heroína, a cocaína, a *cannabis*, a anfetamina e a MDMA; um quarto envolveu a prescrição ou a venda ao balcão de drogas (normalmente opiáceos e benzodiazepinas); e 6 % envolveram novas substâncias psicoativas. No que diz respeito à generalidade das drogas, a heroína foi aquela que apresentou maior número de notificações, tal como entre os opiáceos (67 %), seguida pela metadona (12 %) e pela buprenorfina (5 %), com variações locais. Mais de três quartos dos casos de consumo de novas substâncias psicoativas envolveram uma catinona e dois terços destas envolveram mefedrona.

As drogas envolvidas nos casos de emergência apresentaram variações de local para local, refletindo padrões locais de risco relativo ao consumo de drogas. Por exemplo, a heroína e a anfetamina foram as principais responsáveis pelos casos de emergência ocorridos em Oslo, enquanto, em Londres, prevaleceram os casos associados ao consumo de GHB/GBL, cocaína, mefedrona e MDMA, espelhando os padrões locais de consumo associados aos cenários de diversão noturna.

A maioria (79 %) dos indivíduos que foram atendidos por problemas relacionados com o consumo de drogas teve alta hospitalar nas 12 horas seguintes. No total, foram registadas 27 mortes (0,5 % das emergências), a maioria delas envolvendo opiáceos.

São poucos os países que dispõem de sistemas de monitorização que permitam analisar tendências relativas a intoxicações agudas provocadas pelo consumo de drogas. Relativamente aos países que realizam uma monitorização de longo prazo, as notificações revelam que os casos agudos de emergência relacionados com a

Dez principais drogas notificadas nas urgências de hospitais sentinela, em 2014



NB: Resultados de 5 409 casos de urgência atendidos em 16 hospitais sentinela de 10 Estados-Membros.

Fonte: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN).

heroína estão a aumentar no Reino Unido e a diminuir na República Checa e na Dinamarca. Estes últimos países comunicaram um aumento do número de emergências relacionadas com outros opiáceos. Em Espanha, verifica-se um crescimento continuado do número de casos agudos de emergência relacionados com o consumo de *cannabis*, enquanto os Países Baixos registam um aumento do número de intoxicações por MDMA nos postos de primeiros socorros integrados em festivais, bem como dos casos de intoxicação aguda relacionados com a nova substância psicoativa 4-FA (4-fluoroanfetamina).

Os dados relativos às emergências hospitalares permitem ter uma visão única dos danos agudos para a saúde

Novas drogas: desafios em matéria de saúde

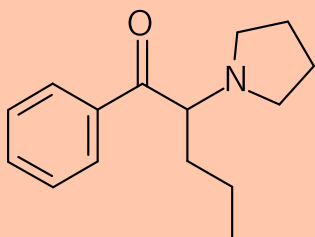
As novas substâncias têm sido associadas a uma série de danos graves na Europa, incluindo intoxicação aguda e morte. Alguns danos estão também relacionados com algumas drogas injetáveis, sobretudo estimulantes como a mefedrona, a alfa-PVP, a MDPV e a pentedrona. As intoxicações em massa, apesar de raras, podem exercer uma forte pressão sobre os sistemas de saúde. Num incidente deste tipo notificado na Polónia em 2015, os canabinoides sintéticos foram responsáveis por mais de 200 casos de entrada nas urgências hospitalares em menos de uma semana.

Desde inícios de 2014, a ocorrência de danos graves associados ao consumo de uma nova substância levou o EMCDDA a emitir 34 alertas de saúde pública aos membros do sistema de alerta precoce da UE. Ao longo deste período, foram analisados os riscos de sete novas substâncias. Mais recentemente, surgiram preocupações em torno do consumo de novos opiáceos, como o acetilfentanil, que foi alvo de um relatório conjunto EMCDDA–Europol em 2015, depois de ter sido associado a 32 mortes. Muitos fentanils são extremamente potentes e podem ser vendidos como heroína a consumidores pouco informados, constituindo assim um elevado risco de *overdose* e morte.

Resposta às novas drogas: intervenções fundamentais

Em geral, as intervenções existentes ao nível da prevenção, do tratamento e da redução de danos associados às drogas tradicionais são consideradas adequadas ou facilmente adaptáveis às necessidades dos consumidores das novas drogas. Contudo, os problemas decorrentes do consumo de novas substâncias psicoativas e de outras drogas como o GHB, a cetamina e a mefedrona, criam dificuldades específicas numa série de cenários, nomeadamente nas prisões, nas clínicas de saúde sexual e nos serviços de proximidade relacionados com as drogas. As intervenções direcionadas para estas substâncias têm sido difíceis de concretizar devido às dificuldades de acesso a certos grupos de toxicodependentes (por exemplo, homens que mantêm relações sexuais com outros homens), ao desregramento dos comportamentos de injeção entre os grupos mais vulneráveis e às dificuldades de lidar com episódios psicóticos agudos associados ao consumo das novas drogas entre reclusos. Nestes casos em particular, é importante desenvolver intervenções com enfoque específico no consumo das novas drogas e nos respetivos danos para a saúde, definindo, por exemplo, orientações de tratamento especializado e fornecendo material e aconselhamento com vista à redução de danos.

Avaliação dos riscos associados à alfa-PVP



Em novembro de 2015, foi realizada, ao nível europeu, uma avaliação dos riscos associados ao consumo de alfa-PVP (alfa-pirrolidinopentiofenona). Com semelhanças com a MDPV, a alfa-PVP é uma catinona sintética e um potente psicoestimulante. Está disponível no mercado de drogas da União Europeia desde, pelo menos, fevereiro de 2011 e foi detetada em todos os 28 Estados-Membros. A presença de alfaPVP foi detetada em 191 intoxicações agudas e 115 mortes. A alfa-PVP foi responsável ou contribuiu para 20 % dos casos de morte; em cinco casos, a alfa-PVP foi mesmo a única substância detetada.

Mortes por *overdose*: aumentos recentes

O consumo de drogas é reconhecidamente uma das causas de morte evitáveis entre adultos europeus. Alguns estudos realizados em grupos de consumidores de droga de alto risco revelam taxas de mortalidade na ordem de 1 % - 2 % por ano. De um modo geral, os consumidores de opiáceos na Europa correm um risco, pelo menos, 5 a 10 vezes maior de morrer do que os seus pares da mesma idade e do mesmo sexo. O aumento da mortalidade entre os consumidores de opiáceos está sobretudo relacionado com casos de *overdose*, mas há que ter em conta outras causas de morte indiretamente relacionadas com o consumo de drogas, tais como as infeções, os acidentes, a violência e o suicídio.

Na Europa, a *overdose* continua a ser a principal causa de morte entre os consumidores de droga, sendo mais de três quartos das vítimas do sexo masculino (78 %). A maior parte dos países comunicou uma tendência crescente das mortes por *overdose* entre 2003 e 2008/2009, altura em que os níveis globais começaram a diminuir pela primeira vez. É necessário interpretar com cautela os dados relativos às *overdoses*, sobretudo o total cumulativo da UE, por razões que incluem a sistemática omissão desses dados em alguns países e a utilização de métodos de registo que atrasam as notificações. As estimativas anuais representam, por isso, um valor mínimo previsional. Estima-se que tenham ocorrido, em 2014, pelo menos, 6 800 mortes por *overdose* na Europa. Esta estimativa representa um aumento em relação aos valores revistos de 2013 e, tal como nos anos anteriores, o Reino Unido (36 %) e a Alemanha (15 %) foram conjuntamente

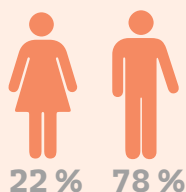
responsáveis por grande parte desses valores. Os aumentos são evidentes nos dados mais recentes de vários países que dispõem de sistemas de notificação bastante fiáveis, nomeadamente a Irlanda, a Lituânia e o Reino Unido. Também na Suécia se verifica uma tendência visível para um aumento do número de mortes por *overdose*, apesar de este poder ser parcialmente devido à inclusão de alguns casos de indivíduos com 50 anos ou mais, não relacionados com o consumo de drogas ilícitas. O número de mortes notificadas também aumentou na Turquia, mas esse aumento pode dever-se, em parte, à melhoria das práticas de notificação.

Refletindo a natureza envelhecida do grupo de consumidores de opiáceos na Europa, que correm maiores riscos de virem a sofrer uma morte por *overdose*, entre 2006 e 2014 assistiu-se a um aumento das notificações de mortes por *overdose* entre os grupos etários mais

Os consumidores de opiáceos na Europa correm um risco, pelo menos, 5 a 10 vezes maior de morrer do que os seus pares

MORTES INDUZIDAS PELA DROGA

Características



Média de idades no momento da morte

38

Mortes com presença de opiáceos

(82 %)

Idade no momento da morte



Tendências nas mortes por *overdose*

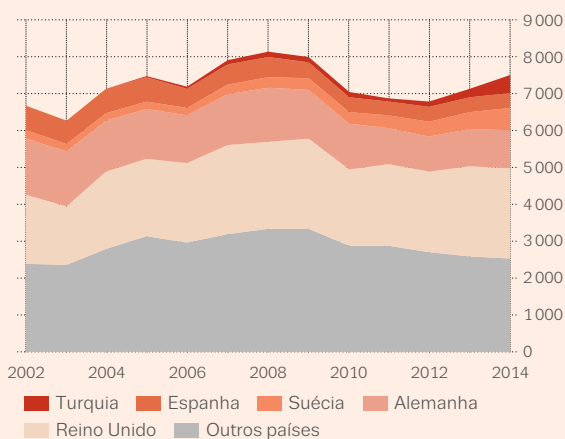
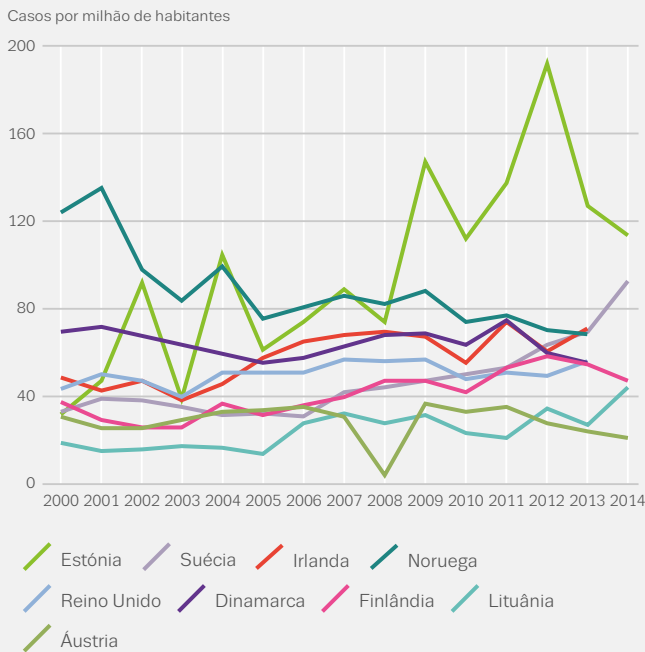
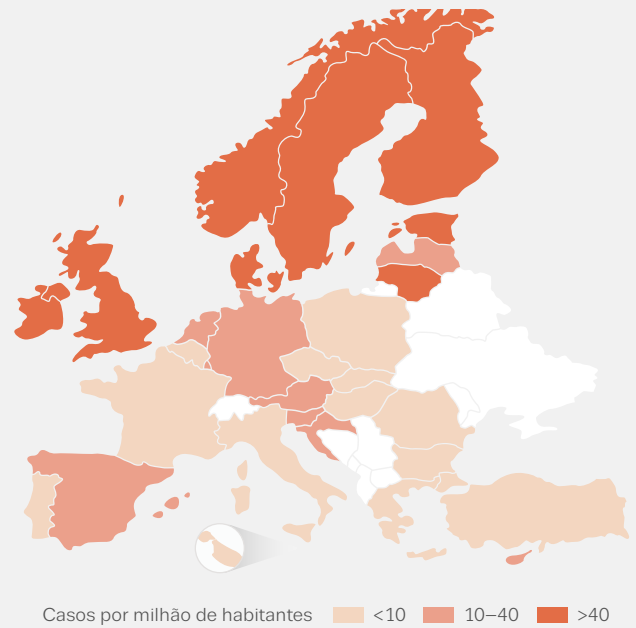


FIGURA 3.12

Taxas de mortalidade induzida pela droga entre adultos (15–64): tendências específicas e dados mais recentes



NB: Tendências nos nove países que comunicaram os valores mais elevados em 2014 ou 2013.



velhos, paralelamente a uma redução das mesmas entre os grupos mais jovens. No entanto, alguns países notificaram recentemente um ligeiro aumento do número de mortes por *overdose* entre grupos com menos de 25 anos de idade.

A heroína ou os seus metabolitos estão presentes na maioria das *overdoses* fatais notificadas na Europa, frequentemente em combinação com outras substâncias. Outros opiáceos, como a metadona, a buprenorfina, os fentanils e o tramadol, são regularmente mencionados nos relatórios toxicológicos, estando presentemente associados a uma parte substancial das mortes por *overdose* verificadas em alguns países. No Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), por exemplo, das 1 786 mortes registadas em 2014 em que foram detetados opiáceos, 394 deveram-se ao consumo de metadona e 240 ao consumo de tramadol. Entre os restantes países que notificaram a presença de opiáceos que não a heroína em *overdoses* fatais encontram-se a França e a Irlanda (principalmente metadona), e a Finlândia, com 75 referências à buprenorfina, em 2014.

As substâncias estimulantes como a cocaína, as anfetaminas, a MDMA e as catinonas estão implicadas num menor número de mortes por *overdose* na Europa, apesar de a sua importância variar de país para país. No Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), as mortes que

envolveram a presença de cocaína aumentaram de 169, em 2013, para 247, em 2014. Em Espanha, onde o número de mortes relacionadas com o consumo de cocaína se mantém estável há alguns anos, esta droga continuou a ser a segunda maior responsável pelo número de *overdoses* fatais em 2013 (com 236 casos).

Norte da Europa com taxas de mortalidade mais elevadas

Estima-se que, em 2014, a taxa média de mortalidade causada por *overdoses* na Europa tenha sido de 18,3 mortes por milhão de habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos. As taxas de mortalidade nacionais variam consideravelmente e são influenciadas por fatores como a prevalência e os padrões de consumo de drogas e ainda por questões metodológicas como a omissão de dados e as práticas de codificação. Oito países notificaram taxas superiores a 40 mortes por milhão de habitantes, sendo as mais elevadas notificadas pela Estónia (113 por milhão), pela Suécia (93 por milhão) e pela Irlanda (71 por milhão) (Figura 3.12). Os dados mais recentes mostram tendências diferentes.

Prevenção das *overdoses* e das mortes relacionadas com a droga

A redução das *overdoses* fatais e de outras mortes relacionadas com a droga continua a ser um importante desafio para a saúde pública na Europa. Neste domínio, as respostas estão focadas na prevenção da ocorrência de *overdoses* ou no aumento da probabilidade de sobrevivência a uma *overdose*. O tratamento da toxicodependência, em especial o tratamento de substituição de opiáceos, previne *overdoses* e reduz o risco de mortalidade dos consumidores de drogas em tratamento. As salas de consumo assistido têm por objetivo impedir a ocorrência de *overdoses* e assegurar apoio profissional em caso de *overdose*. Atualmente, seis países disponibilizam instalações deste tipo, perfazendo cerca de 70 no total.

A naloxona é um medicamento antagonista dos opiáceos capaz de reverter uma *overdose* por opiáceos, sendo utilizada em contexto de urgência hospitalar e ambulâncias. Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento da oferta de naloxona para consumo domiciliário junto dos consumidores de opiáceos, seus companheiros, pares e familiares, acompanhado de formação para o reconhecimento de sinais e resposta a uma *overdose*. A naloxona foi também disponibilizada ao pessoal dos serviços que regularmente contactam com consumidores de drogas. Segundo um estudo europeu recente, oito países europeus têm implementados programas de oferta de naloxona para consumo domiciliário. Os kits de naloxona são geralmente disponibilizados pelos serviços de saúde e combate à toxicodependência sob a forma de seringas pré-preparadas, embora a Noruega e a Dinamarca ofereçam um adaptador que permite administrar a substância por via nasal. Uma revisão sistemática da eficácia da oferta de naloxona para consumo domiciliário revelou que as intervenções educativas e formativas nesta matéria diminuem a mortalidade provocada por *overdoses*. Os principais beneficiários são alguns grupos que apresentam um risco elevado de *overdose*, tais como indivíduos recém-saídos da prisão. Uma avaliação recentemente efetuada na Escócia ao respetivo programa nacional de oferta de naloxona permitiu concluir que a substância contribuiu para uma redução de 36 % da proporção de mortes relacionadas com opiáceos no período de um mês após libertação do regime prisional.

Serviços de redução da procura: normas de qualidade

Perante a generalização dos serviços de redução da procura, o enfoque passou a colocar-se na qualidade dos

serviços prestados, levando o Conselho de Ministros da UE a adotar, em setembro de 2015, normas mínimas de qualidade que contribuam para as medidas de redução da procura na UE. Dezanove normas nas áreas da prevenção, tratamento, redução de danos e reintegração social estabeleceram parâmetros de qualidade mínimos para as intervenções a realizar. As normas recentemente adotadas representam uma evolução significativa da UE em matéria de drogas, conjugando, nos 28 Estados-Membros, as decisões políticas com o conhecimento especializado. As normas reforçam a necessidade de assentar as intervenções em dados concretos e de fornecer formação adequada aos profissionais envolvidos. Além disso, facilitam a partilha de boas práticas ao nível europeu e promovem a troca de conhecimentos.

Compreensão dos custos das ações relacionadas com a droga

Compreender os custos associados às ações relacionadas com a droga é um aspeto importante da avaliação das políticas. Ainda assim, as informações disponíveis sobre a despesa pública relacionada com a droga na Europa, tanto a nível local como a nível nacional, continuam a ser escassas e heterogéneas. Calcula-se que, nos 18 países que produziram estimativas na última década, essa despesa varie entre 0,01 % e 0,5 % do produto interno bruto (PIB), representando as intervenções no setor da saúde 15 % a 53 % do montante total.

De acordo com uma estimativa recente, o internamento hospitalar com vista ao tratamento de problemas de saúde relacionados com a droga representou, em média, 0,013 % do PIB nos 15 países com dados disponíveis. Esta proporção difere, contudo, de país para país. Seria necessária uma comunicação mais sistemática dos casos de urgência hospitalar para obter uma estimativa mais aproximada dos custos associados ao tratamento de problemas de saúde relacionados com o consumo de drogas em contexto hospitalar.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspetivas sobre drogas.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, Documentos EMCDDA.

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, Documentos EMCDDA.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption room, Perspetivas sobre drogas.

Psychosocial interventions, Perspetivas sobre drogas.

Relatórios de avaliação dos riscos
MT-45 [Decisão de Execução (UE) 2015/1873 do Conselho].

4,4'-DMAR [Decisão de Execução (UE) 2015/1873 do Conselho].

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspetivas sobre drogas.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspetivas sobre drogas.

Internet-based drug treatment, Perspetivas sobre drogas.

Relatórios de avaliação dos riscos
MDPV (1-(1,3-benzodioxol-5-il)-2-pirrolidino-1-il-pentan-1-ona) [Decisão de Execução (UE) 2015/1875 do Conselho].

Metoxetamina (2 (3 metoxifenil) 2 (etilamino)ciclo hexanona) [Decisão de Execução (UE) 2015/1875 do Conselho].

25I-NBOMe (4 iodo 2,5 dimetoxi N (2 metoxibenzil) fenetilamina) [Decisão de Execução (UE) 2015/1875 do Conselho].

AH-7921 (3,4 dicloro N [[1 (dimetilamino)ciclo hexil] metil]benzamida) [Decisão de Execução (UE) 2015/1875 do Conselho].

4-metilanfetamina [Decisão de Execução (UE) 2015/1875 do Conselho].

5-(2-aminopropil)indole [Decisão de Execução (UE) 2015/1876 do Conselho].

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspetivas sobre drogas.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspetivas sobre drogas.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Documentos temáticos.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspetivas sobre drogas.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Documentos temáticos.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspetivas sobre drogas.

2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drogas em destaque.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuais.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Temas específicos.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

2011

European drug prevention quality standards, Manuais.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Temas específicos.

Relatórios de avaliação dos riscos Mefedrona [Decisão do Conselho 2010/759/UE].

Publicações conjuntas do EMCDDA e do ECDC

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Todas as publicações se encontram disponíveis em www.emcdda.europa.eu/publications

Anexo

Dados nacionais referentes a estimativas de prevalência do consumo de drogas, incluindo o consumo de opiáceos de alto risco, tratamentos de substituição, indivíduos a iniciar tratamento, consumo de drogas injetáveis, mortes induzidas pela droga, doenças infecciosas relacionadas com drogas, distribuição de seringas e apreensões. Os dados são extraídos, e constituem um subconjunto, do Boletim Estatístico 2016, do EMCDDA, onde também estão disponíveis notas e metadados. Estão indicados os anos a que os dados se referem.

QUADRO A1

OPIÁCEOS

	Estimativa do consumo de opiáceos de alto risco		Utentes que iniciam tratamento durante o ano						Utentes em tratamento de substituição
			Utentes consumidores de opiáceos, em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de opiáceos injetáveis (principal via de administração)			
			Todos os que iniciam tratamento	Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento	Utentes anteriormente tratados	Todos os que iniciam tratamento	Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento	Utentes anteriormente tratados	
País	Ano da estimativa	Casos por cada 1 000	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	Total
Bélgica	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgária	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
República Checa	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dinamarca	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Alemanha	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Estónia	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irlanda	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Grécia	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Espanha	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
França	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Croácia	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Itália	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Chipre	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Letónia	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Lituânia	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luxemburgo	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Hungria	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Países Baixos	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Áustria	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Polónia	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugal	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Roménia	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Eslovénia	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Eslováquia	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finlândia	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Suécia	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Reino Unido	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Turquia	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Noruega	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
União Europeia	–	–	39,2 (175 586)	18,6 (30 396)	52,6 (139 628)	37,8 (60 910)	31,4 (8 248)	40,4 (50 978)	644 324
UE, Turquia e Noruega	–	–	39,6 (185 036)	20,0 (33 816)	53,2 (143 684)	37,4 (63 153)	30,2 (8 950)	40,3 (52 519)	680 413

Os dados sobre utentes em tratamento de substituição referem-se a 2014 ou ao ano mais recente disponível: Dinamarca e Finlândia, 2011; Turquia, 2012; Espanha e Malta, 2013; os dados referentes à Irlanda baseiam-se num censo efetuado a 31 de dezembro de 2013.

QUADRO A2

COCAÍNA

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano					
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de cocaína, em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de cocaína injetável (principal via de administração)		
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15–64) %	Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34) %	Ao longo da vida, estudantes (15–16) %	All entrants	Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento	Utentes anteriormente tratados	Todos os utentes	Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento	Utentes anteriormente tratados
		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgária	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
República Checa	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dinamarca	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Alemanha	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Estónia	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irlanda	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Grécia	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Espanha	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
França	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Croácia	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Itália	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Chipre	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Letónia	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituânia	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luxemburgo	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Hungria	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Países Baixos	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Áustria	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Polónia	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugal	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Roménia	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovénia	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Eslováquia	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finlândia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Suécia	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Reino Unido (¹)	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Turquia	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Noruega	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
União Europeia	–	5,1	1,9	–	13,3 (59 470)	16,4 (26 816)	11,8 (31 430)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,8 (3 709)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	12,8 (59 688)	15,9 (26 882)	11,6 (31 498)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,7 (3 709)

As estimativas da prevalência na população escolar foram extraídas de inquéritos escolares realizados a nível nacional ou do projeto ESPAD

(¹) As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem apenas respeito a Inglaterra e ao País de Gales.

QUADRO A3

ANFETAMINAS

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano					
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de anfetaminas, em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de anfetaminas injetáveis (principal via de administração)		
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15–64)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34)	Ao longo da vida, estudantes (15–16)	Todos os que iniciam tratamento	Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento	Utentes anteriormente tratados	Todos os que iniciam tratamento	Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento	Utentes anteriormente tratados
		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bulgária	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dinamarca	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Alemanha	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Estónia	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irlanda	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Grécia	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Espanha	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
França	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Croácia	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Itália	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Chipre	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Letónia	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Lituânia	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Hungria	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Países Baixos	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Áustria	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Polónia	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugal	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Roménia	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Eslovénia	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Eslováquia	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finlândia	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Suécia	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Reino Unido (¹)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Turquia	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Noruega (²)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
União Europeia	–	3,6	1	–	7 (31 168)	8,2 (13 305)	6,6 (17 411)	20,8 (7 139)	22,5 (3 059)	19,7 (3 950)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	6,9 (32 342)	7,9 (13 326)	6,5 (17 417)	20,8 (7 139)	22,4 (3 059)	19,7 (3 950)

As anfetaminas englobam a anfetamina e a metanfetamina.

As estimativas da prevalência na população escolar foram extraídas de inquéritos escolares realizados a nível nacional ou do projeto ESPAD.

⁽¹⁾ As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem apenas respeito a Inglaterra e ao País de Gales.

⁽²⁾ Os indivíduos que iniciam o tratamento são utentes que consomem outros estimulantes que não a cocaína, e não apenas anfetaminas.

QUADRO A4

MDMA

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano		
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de MDMA, em % dos que iniciam tratamento		
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15–64)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34)	Ao longo da vida, estudantes (15–16)	Todos os que iniciam tratamento	Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento	Utentes anteriormente tratados
		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgária	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
República Checa	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dinamarca	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Alemanha	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Estónia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanda	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Grécia	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Espanha	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
França	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Croácia	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Itália	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Chipre	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Letónia	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Lituânia	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–
Hungria	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Países Baixos	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Áustria	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Polónia	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugal	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Roménia	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Eslovénia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Eslováquia	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlândia	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Suécia	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Reino Unido ⁽¹⁾	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Turquia	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Noruega	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
União Europeia	–	3,9	1,7	–	0,3 (1 184)	0,4 (712)	0,2 (424)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	0,3 (1 287)	0,5 (786)	0,2 (453)

As estimativas da prevalência na população escolar foram extraídas de inquéritos escolares realizados a nível nacional ou do projeto ESPAD.

⁽¹⁾ As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem respeito a Inglaterra e ao País de Gales.

QUADRO A5

CANNABIS

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano		
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de <i>cannabis</i> , em % dos que iniciam tratamento		
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15–64)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34)	Ao longo da vida, estudantes (15–16)	Todos os que iniciam tratamento	Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento	Utentes anteriormente tratados
		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgária	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
República Checa	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dinamarca	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Alemanha	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Estónia	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irlanda	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Grécia	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Espanha	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
França	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Croácia	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Itália	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Chipre	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Letónia	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Lituânia	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luxemburgo	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Hungria	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Países Baixos	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Áustria	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Polónia	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugal	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Roménia	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Eslovénia	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Eslováquia	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finlândia	2014	21,7	13,5	12	25,0 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Suécia	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Reino Unido ⁽¹⁾	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Turquia	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Noruega	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
União Europeia	–	24,8	13,3	–	31 (138 783)	46 (75 133)	20,1 (53 241)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	30,4 (141 684)	44,9 (75 767)	19,8 (53 562)

As estimativas da prevalência na população escolar foram extraídas de inquéritos escolares realizados a nível nacional ou do projeto ESPAD.

⁽¹⁾ As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem respeito a Inglaterra e ao País de Gales.

QUADRO A6

OUTROS INDICADORES

	Mortes induzidas pela droga (15–64)	Diagnósticos de VIH atribuídos ao consumo de droga injetável (ECDC)	Estimativa do consumo de droga injetável		Seringas distribuídas através de programas especiais
País	Casos por milhão de habitantes (total)	Casos por milhão de habitantes (total)	Ano da estimativa	Casos por 1 000 habitantes	Total
Bélgica	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgária	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
República Checa	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Dinamarca	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Alemanha	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Estónia	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irlanda	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Grécia	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Espanha	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
França	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Croácia	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Itália	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Chipre	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Letónia	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Lituânia	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luxemburgo	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Hungria	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Países Baixos	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Áustria	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Polónia	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugal	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Roménia	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Eslovénia	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Eslováquia	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finlândia	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Suécia	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Reino Unido ⁽¹⁾	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Turquia	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Noruega	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
União Europeia	19,2 (6 400)	2,4 (1 236)	–	–	–
UE, Turquia e Noruega	18,3 (7 107)	2,1 (1 253)	–	–	–

Devido aos problemas de codificação, cobertura e omissão de dados verificados em determinados países, é necessária cautela ao comparar mortes induzidas pela droga.

⁽¹⁾ Os dados relativos às seringas referem-se ao País de Gales e à Escócia (2014) e à Irlanda do Norte (2013).

QUADRO A7

APREENSÕES

	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		MDMA	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
País	kg	Total	kg	Total	kg	Total	Comprimidos (kg)	Total
Bélgica	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bulgária	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
República Checa	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Dinamarca	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Alemanha	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Estónia	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Irlanda	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Grécia	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Espanha	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
França	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Croácia	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Itália	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Chipre	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Letónia	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Lituânia	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luxemburgo	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Hungria	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Países Baixos	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Áustria	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Polónia	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugal	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Roménia	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Eslovénia	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Eslováquia	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Finlândia	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Suécia	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Reino Unido	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Turquia	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Noruega	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
União Europeia	8 883	31 785	61 578	77 767	7 599	43 949	6 101 249 (209)	16 656
UE, Turquia e Noruega	21 683	40 087	62 120	79 652	8 162	52 497	9 756 265 (219)	20 864

As anfetaminas englobam a anfetamina e a metanfetamina.

Todos os dados são referentes a 2014, à exceção dos dados dos Países Baixos (2012), da Finlândia (número de apreensões de 2013) e do Reino Unido (2013).

QUADRO A7

APREENSÕES (continuação)

	Resina de <i>cannabis</i>		<i>Cannabis</i> herbácea		Plantas de <i>cannabis</i>	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
Country	kg	Total	kg	Total	Plantas (kg)	Total
Bélgica	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (–)	1 227
Bulgária	2	14	1 674	3 516	21 516 (–)	100
República Checa	15	73	570	2 833	77 685 (–)	484
Dinamarca	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Alemanha	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (–)	2 400
Estónia	273	31	352	507	– (13)	30
Irlanda	677	258	1 102	1 770	6 309 (–)	340
Grécia	36	176	19 568	6 985	14 173 (–)	587
Espanha	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (–)	2 252
França	36 917	–	10 073	–	158 592 (–)	–
Croácia	2	371	1 640	5 591	3 602 (–)	188
Itália	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (–)	1 773
Chipre	0,1	12	203	901	487 (–)	44
Letónia	30	38	27	366	– (11)	16
Lituânia	841	24	79	341	– (–)	–
Luxemburgo	1	78	13	1 015	97 (–)	11
Hungria	8	101	529	2 058	3 288 (–)	146
Malta	42	39	70	176	8 (–)	5
Países Baixos	2 200	–	12 600	–	1 600 000 (–)	–
Áustria	101	1 380	1 326	10 088	– (281)	408
Polónia	99	–	270	–	95 214 (–)	–
Portugal	32 877	3 472	108	555	4 517 (–)	302
Roménia	15	154	145	1 967	– (422)	93
Eslovénia	2	73	535	3 673	11 067 (–)	212
Eslováquia	0,1	12	113	1 061	496 (–)	20
Finlândia	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Suécia	877	6 547	1 041	10 028	– (–)	–
Reino Unido	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (–)	15 744
Turquia	30 635	3 972	92 481	41 594	– (–)	3 017
Noruega	1 919	10 509	505	6 534	– (276)	383
União Europeia	573 921	229 037	139 286	452 892	3 396 333 (1 592)	30 053
UE, Turquia e Noruega	606 475	243 518	232 271	501 020	3 396 333 (1 868)	33 453

Todos os dados são referentes a 2014, à exceção dos dados dos Países Baixos (2012), da Finlândia (número de apreensões de 2013) e do Reino Unido (2013).

COMO OBTER PUBLICAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA

Publicações gratuitas

um exemplar:
via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

mais do que um exemplar/cartazes/mapas:
nas representações da União Europeia
(http://ec.europa.eu/represent_pt.htm),
nas delegações em países fora da UE
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_pt.htm),
contactando a rede Europe Direct
(http://europa.eu/europedirect/index_pt.htm)
ou pelo telefone 00 800 6 7 8 9 10 11
(gratuito em toda a UE) (*).

(*) As informações prestadas são gratuitas, tal como a maior parte das chamadas, embora alguns operadores, cabines telefónicas ou hotéis as possam cobrar.

Publicações pagas

via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

Acerca do presente relatório

O relatório Tendências e evoluções apresenta uma panorâmica de alto nível do fenómeno da droga na Europa, abrangendo a oferta e o consumo de droga e os problemas de saúde pública, bem como as políticas de luta contra a droga e as respostas ao problema das drogas. Em conjunto com o Boletim Estatístico, as Panorâmicas por país e as Perspetivas sobre as drogas, disponíveis em linha, fazem parte do pacote que constitui o Relatório Europeu sobre Drogas 2016.

Acerca do EMCDDA

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) é a fonte central de informações e uma autoridade reconhecida sobre as questões relacionadas com a droga na Europa. Há mais de vinte anos que recolhe, analisa e divulga informações cientificamente rigorosas sobre as drogas e a toxicodependência e suas consequências, fornecendo aos seus públicos um panorama baseado em factos concretos do fenómeno da droga a nível europeu.

As publicações do EMCDDA são uma fonte de informação essencial para uma grande variedade de públicos, incluindo os decisores políticos e seus consultores; os profissionais e investigadores que trabalham no domínio da droga e, de um modo mais geral, para os meios de comunicação social e o grande público. Com sede em Lisboa, o EMCDDA é uma das agências descentralizadas da União Europeia.