



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

PT

ISSN 1977-995X

Relatório Europeu sobre Drogas

Tendências e evoluções

2017



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Relatório Europeu sobre Drogas

Tendências e evoluções

2017

| Advertência jurídica

A presente publicação é propriedade do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) e encontra-se protegida por direitos de autor. O EMCDDA declina qualquer responsabilidade, real ou implícita, por eventuais consequências resultantes da 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 UE ou de qualquer agência ou instituição 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, sueco e turco. Esta tradução foi fornecida pelo Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia.

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-081-7	ISSN 1977-995X	doi:10.2810/878258	TD-AT-17-001-PT-C
PDF	ISBN 978-92-9497-062-6	ISSN 2314-9175	doi:10.2810/4499	TD-AT-17-001-PT-N

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2017
Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Citação recomendada:

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2017), *Relatório Europeu sobre Drogas 2017: 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	COMENTÁRIO O fenómeno da droga na Europa em 2017
19	CAPÍTULO 1 A oferta de drogas e o mercado
41	CAPÍTULO 2 Consumo de drogas, prevalência e tendências
61	CAPÍTULO 3 Danos causados pela droga e respostas
83	ANEXO Quadros de dados nacionais

| Prefácio

É com enorme prazer que apresentamos o *Relatório Europeu Sobre Drogas 2017: Tendências e evoluções*, a publicação de referência do EMCDDA, que divulga os últimos dados sobre o fenómeno da droga na Europa e as respostas que lhe são dadas. Apresentamos um conjunto rico e multifacetado de informações e análises, com base nos dados e estatísticas mais recentes fornecidos pelos nossos parceiros.

O relatório de 2017 é acompanhado por um novo conjunto de sínteses nacionais, sob a forma de 30 Relatórios Nacionais sobre a Droga, que apresentam sínteses disponíveis em linha sobre as tendências nacionais em matéria de droga e a evolução das políticas e práticas em curso nos países europeus.

Embora esta publicação forneça uma atualização anual do fenómeno da droga na Europa, baseia-se também no *Relatório trienal sobre os mercados da droga na UE*, publicado em 2016. No final deste ano, será complementada com o primeiro relatório da UE dedicado às respostas sanitárias e sociais às drogas.

O EMCDDA tem a missão de recolher dados e assegurar que estes são adequados aos objetivos prosseguidos. Nesse sentido, envidamos todos os esforços para apresentar os melhores dados possíveis e contribuir para a concretização da nossa visão de uma Europa mais saudável e mais segura. Enquanto síntese e análise detalhada das tendências e evoluções no que respeita às drogas, é nossa intenção que este relatório seja um instrumento útil para os responsáveis políticos e os planificadores europeus e nacionais que pretendam basear as suas estratégias e intervenções nas informações mais recentes disponíveis. Em consonância com o nosso objetivo de prestar serviços de elevada qualidade aos nossos parceiros, este último relatório permitirá o acesso a dados que podem ser utilizados para vários fins: como informação de base e de acompanhamento para avaliações de políticas e de serviços, para contextualizar e ajudar a definir prioridades em matéria de planeamento estratégico, para permitir comparações entre conjuntos de dados e situações nacionais e para sublinhar ameaças e questões emergentes.

O relatório deste ano destaca algumas alterações potencialmente preocupantes no mercado dos opiáceos ilícitos, as substâncias que continuam a ser associadas a um elevado nível de morbidade e mortalidade na Europa. Damos nota do aumento global de mortes por *overdose* relacionadas com opiáceos, bem como do aumento de problemas



identificados associados a medicamentos de substituição de opiáceos e a novos opiáceos sintéticos. A crescente evolução do fenómeno da droga tem de ser acompanhada pela resposta da Europa às drogas. O quadro para uma ação concertada, definido na Estratégia europeia de luta contra a droga 2013-20, permite essa resposta. A Comissão Europeia propôs um novo plano de ação de luta contra a droga para o período de 2017-20, que está a ser discutido pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho. O plano assenta nas conclusões da avaliação intercalar da atual estratégia europeia de luta contra a droga e na avaliação do plano de ação para 2013-17. O trabalho do EMCDDA de apoio à elaboração de políticas bem informadas, no que respeita às drogas na Europa, está refletido nestes documentos políticos fundamentais.

Em conclusão, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas da rede Reitox de pontos focais nacionais que, em conjunto com peritos nacionais, fornecem a maioria dos dados que estão na base desta publicação. Desejamos agradecer também o contributo dos numerosos grupos de investigação europeus, cujo trabalho enriqueceu significativamente esta análise. O relatório beneficia também da colaboração com os nossos parceiros europeus: a Comissão Europeia, a Europol, a Agência Europeia de Medicamentos e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças.

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 informações fornecidas 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 2015 (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 e no [Boletim Estatístico](#) poderão encontrar-se advertências e restrições relativas aos dados, bem como informações detalhadas sobre a metodologia, os condicionalismos analíticos e as observações às 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 relacionadas com a Droga (*European Drug Emergencies Network – Euro-DEN*);
- | o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações da União Europeia.

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](#).

Comentário

**Os problemas
relacionados com
as drogas na Europa**

O fenómeno da droga na Europa em 2017

O presente relatório apresenta um ponto da situação do fenómeno da droga na Europa, com base nas últimas informações disponíveis decorrentes das atividades de monitorização na UE. O corpo do relatório apresenta uma panorâmica europeia do mercado da droga, bem como do consumo de drogas e dos danos e respostas a nível europeu. Esta panorâmica é acompanhada por 30 relatórios nacionais complementares, bem como um extenso conjunto de dados em linha e informação metodológica.

Esta secção introdutória apresenta um breve comentário analítico sobre alguns dos principais temas que emergiram dos dados deste ano. Uma vez que os problemas de drogas que a Europa

enfrenta são cada vez mais influenciados por acontecimentos a nível internacional e interagem com esses acontecimentos, a análise ganha importância pelo facto de ser efetuada num contexto global mais vasto. No que respeita a dois tópicos importantes, o consumo de canábis entre os jovens e as alterações no mercado de opiáceos, a atual situação na Europa e a sua evolução são comparadas e contrastadas com as da América do Norte e conclui-se que existem semelhanças e diferenças significativas.

Os desenvolvimentos políticos internacionais, no que respeita à canábis, têm implicações para a Europa?

As recentes alterações ocorridas no quadro regulamentar em regiões do continente americano, no que respeita à canábis, despertaram o interesse dos decisores políticos e do público na Europa. Estes desenvolvimentos têm sido muito diversos e é necessário aguardar por avaliações fundamentadas antes de se aferir os custos e benefícios das diferentes abordagens políticas à canábis. Por outro lado, não é claro até que ponto é possível transferir diretamente para o contexto europeu desenvolvimentos ocorridos noutros locais.

Existe uma diversidade considerável de atitudes em relação à regulação e ao consumo de canábis entre os 28 Estados-Membros da União Europeia. As abordagens atuais variam desde modelos restritivos à tolerância de algumas formas de consumo pessoal. No entanto, está em curso um debate animado, com questões como a permissão da produção de canábis para consumo pessoal e a legalização de canábis para fins de tratamento de situações clínicas, de interesse crescente em alguns países.

Independentemente de qualquer impacto mais vasto na política em matéria de droga, a existência de um mercado de canábis comercialmente regulamentado em alguns países não europeus está a promover a inovação e o desenvolvimento de produtos, por exemplo, vaporizadores, E-líquidos e produtos comestíveis. É possível que alguns desses desenvolvimentos venham a influenciar os padrões de consumo na Europa, sublinhando a importância da monitorização de comportamentos neste domínio e a necessidade de avaliar as possíveis implicações para a saúde de eventuais alterações em futuros padrões de consumo.

O mercado de canábis na Europa mudou consideravelmente nos últimos anos, em parte devido ao aumento da produção doméstica. Os níveis de potência global historicamente elevados de resina de canábis e canábis herbácea disponíveis na Europa, atingidos nos últimos anos, ainda se verificam. A droga também continua a estar associada a problemas de saúde e é responsável pela maior parte de novos utentes nos programas de tratamento da toxicodependência na Europa. Por todos estes motivos, o conhecimento das tendências no consumo de canábis e dos danos associados é importante para o debate sobre as respostas políticas mais adequadas a esta droga.

Comparação de comportamentos de consumo da substância entre os estudantes da UE e dos EUA

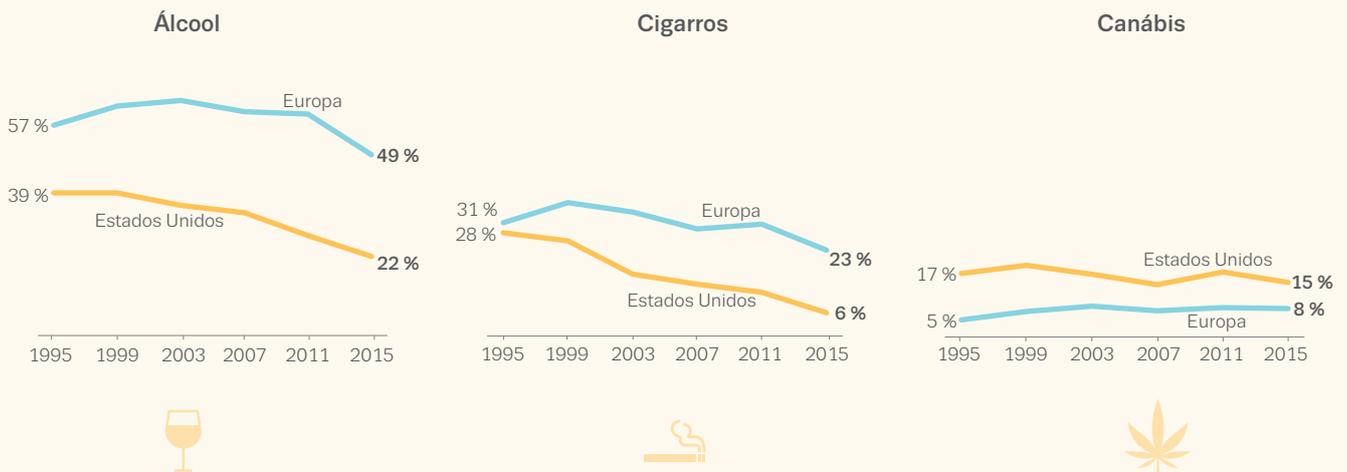
A este respeito, foi útil a publicação, em 2016, de dois novos grandes inquéritos a estudantes (com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos), uma vez que estes permitiram comparar padrões de consumo de canábis e outras substâncias entre estudantes europeus e americanos. É encorajante constatar que, em ambas as regiões, os dados mais recentes revelam um declínio no consumo de tabaco e, ainda que com menos expressão, de álcool, embora as tendências no consumo de canábis pareçam mais estáveis. Contudo, no que respeita aos níveis e padrões de consumo destas substâncias, existem diferenças importantes entre os estudantes europeus e os estudantes americanos.

Na Europa, os níveis de consumo de canábis são inferiores aos registados nos Estados Unidos, e o consumo de canábis é referido com menos frequência do que o consumo de tabaco. Pelo contrário, o consumo de canábis pelos estudantes americanos excede o consumo de tabaco, que é muito baixo. Os níveis de consumo de bebidas alcoólicas também diferem, com mais estudantes europeus a referirem o consumo de álcool e padrões de consumo mais intensos do que os seus pares americanos.

É necessária uma análise mais aprofundada das semelhanças e diferenças no consumo de substâncias pelos estudantes, a fim de explorar a influência relativa dos fatores sociais, contextuais e regulatórios nas escolhas feitas pelos jovens. Compreender, por exemplo, os fatores que estiveram na base das reduções do consumo de cigarros registado nos Estados Unidos e na Europa pode proporcionar informações úteis para lidar com o consumo de outras substâncias, como a canábis. Importa igualmente recordar que existem diferenças na forma como as substâncias são consumidas. Na Europa, por exemplo, ao contrário dos Estados Unidos, a canábis é frequentemente fumada em combinação com o tabaco, o que pode ter implicações nas políticas em matéria de saúde pública.

É importante compreender as tendências no consumo de canábis e os danos associados

O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ENTRE OS ESTUDANTES NA EUROPA E NOS ESTADOS UNIDOS



Nota: Tendência no consumo de substâncias no último mês entre os estudantes com idades entre os 15 e os 16 anos na Europa e nos Estados Unidos. As médias europeias (não ponderadas) têm por base dados de 21 países da UE e da Noruega (fonte: [ESPAD](#)). As médias dos EUA têm por base amostras de alunos do 10º ano (fonte: [Monitoring the Future](#)).

O mercado de substâncias estimulantes na Europa: a oferta de cocaína está a aumentar?

As drogas estimulantes ilícitas com maior consumo na Europa – cocaína, MDMA e anfetaminas – continuam a ser associadas a padrões de consumo diversos e diferenciados do ponto de vista geográfico, e todas possuem níveis de pureza mais elevados do que os referidos há uma década. Este setor do mercado de drogas ilícitas cresceu em complexidade, com a disponibilidade imediata de novos estimulantes, nomeadamente catinonas e fenetilaminas. O relatório do ano passado destacou os aumentos registados na oferta e no consumo de comprimidos de MDMA de dose elevada, uma tendência que é ainda evidente nos dados mais recentes. O elevado teor de MDMA encontrado agora em comprimidos apreendidos sugere que os produtores não têm dificuldade em adquirir os precursores químicos necessários para fabricar a droga. Os dados das apreensões indicam ainda que a Europa continua a ser um produtor importante para o mercado mundial de MDMA.

Vários indicadores, incluindo a monitorização de águas residuais, apreensões e dados relativos ao preço e ao grau de pureza, sugerem que a oferta de cocaína pode, uma vez mais, estar a aumentar em algumas partes da Europa. Em termos históricos, esta droga tem sido o estimulante ilícito consumido com mais frequência em diversos países, nomeadamente no sul e oeste da Europa. Esta conclusão é comprovada por novos dados provenientes destas zonas, com um aumento de apreensões registadas ao longo das rotas de tráfico estabelecidas para os principais mercados europeus para esta droga. Pelo contrário, no norte e no centro da Europa, as anfetaminas e as metanfetaminas (estas em menor grau) desempenham um papel mais

importante no mercado da droga do que a cocaína. No caso das anfetaminas, alguns desenvolvimentos referidos anteriormente continuam a constituir motivo de preocupação, nomeadamente alterações na oferta de precursores e nas vias de síntese, a expansão do mercado de metanfetaminas e alguns indícios de aumento dos níveis de consumo por via intravenosa e danos associados.

O consumo de drogas injetáveis diminuiu, mas permanece um desafio para as políticas em matéria de saúde pública

As informações provenientes do tratamento da toxicod dependência e de outras fontes indicam que, a nível mundial e a longo prazo, a tendência do uso da injeção como via de administração continua a diminuir. Entre os consumidores de heroína que iniciam tratamento especializado pela primeira vez, a referência a drogas injetáveis encontra-se agora no ponto mais baixo desde há mais de uma década, embora existam variações consideráveis de país para país. Alguns dos indicadores de danos para a saúde associados a esta via de administração, nomeadamente as taxas de novos diagnósticos de VIH atribuídos ao consumo de drogas injetáveis, revelam uma redução paralela. Tal não significa, contudo, que as preocupações nesta área se dissiparam. Embora as 1233 novas infeções pelo VIH comunicadas em 2016 constituam o menor número em mais de duas décadas, estas representam ainda um problema significativo em matéria de saúde pública. Além disso, têm ocorrido surtos recentes em algumas populações vulneráveis e entre os consumidores de estimulantes injetáveis e novas substâncias psicoativas.

Existem igualmente dados que demonstram que as doenças infecciosas por via sanguínea são frequentemente diagnosticadas relativamente tarde nas pessoas que consomem drogas injetáveis, em comparação com outros grupos, o que reduz a possibilidade de uma intervenção bem-sucedida. O diagnóstico tardio também é importante no que se refere à infecção pelo VHC, a qual é, muitas vezes, elevada entre os consumidores de drogas injetáveis. Nos últimos anos, as possibilidades de tratamento da hepatite viral aumentaram consideravelmente, com o aparecimento de uma nova geração de medicamentos extremamente eficazes. A erradicação desta doença pode agora ser encarada como uma oportunidade e um desafio para os prestadores de cuidados de saúde em geral e para os centros especializados de combate à toxicod dependência.

A evolução da natureza do problema dos opiáceos

A comparação com os desenvolvimentos na América do Norte também é relevante para a análise do problema dos opiáceos na Europa. Uma análise dos dados apresentados no presente relatório sugere que, embora a situação global na UE continue a ser diferente, existem algumas semelhanças.

Os dados mais recentes mostram que o consumo de heroína representa a maioria, cerca de 80 %, das novas procuras de tratamento relacionado com opiáceos na Europa. Além disso, o declínio global na procura de tratamento relacionado com a heroína, observado desde 2007, já não é evidente. O aumento, pelo terceiro ano consecutivo, da estimativa europeia de mortes por *overdose* de droga constitui uma preocupação especial; a heroína está implicada em muitas dessas mortes.

A América do Norte também registou um nível considerável de morbidade e mortalidade associado ao consumo indevido de opiáceos de prescrição, um aumento dos níveis de consumo de heroína e, mais recentemente, o aparecimento de opiáceos sintéticos muito potentes, nomeadamente derivados de fentanil. Uma diferença entre as duas regiões é que, na Europa, muito poucos utentes iniciam tratamento especializado de toxicod dependência por motivo de dependência de medicamentos opiáceos para a dor. Esta diferença reflete, provavelmente, as diferenças existentes nos quadros regulamentares e nas abordagens de comercialização e prescrição entre a Europa e a América do Norte. Contudo, a possibilidade de omissão de dados não pode ser excluída, uma vez que os europeus com problemas relacionados com medicamentos sujeitos a prescrição podem aceder a serviços diferentes dos utilizados pelos consumidores de drogas ilícitas. Os medicamentos utilizados no tratamento de substituição de opiáceos, no entanto, têm agora um papel mais importante na procura de tratamento e

nos danos para a saúde em vários países europeus. Globalmente, os opiáceos que não a heroína representam cerca de um quinto da procura total relacionada com opiáceos em centros especializados de combate à toxicod dependência. O papel desempenhado pelos opiáceos sintéticos, como a metadona, nas mortes por *overdose* é difícil de quantificar na Europa, mas em muitos países estas substâncias são agora importantes e predominam em alguns países. A redução do consumo indevido de medicamentos, nomeadamente os utilizados no tratamento de substituição de opiáceos, é um desafio crescente para muitos prestadores de cuidados de saúde na Europa. Dados concretos apoiam a utilização adequada de medicamentos de substituição de opiáceos, o que já demonstrou reduzir a morbidade, a mortalidade e a infração entre aqueles que os recebem. Assim, é importante a conjugação de boas práticas clínicas com a compreensão da forma como os opiáceos de prescrição são desviados do seu consumo legítimo, e de como reduzir estes desvios, desde que os benefícios claros para a saúde decorrentes dessa abordagem de tratamento não sejam postos em causa.

Opiáceos sintéticos muito potentes: uma ameaça crescente para a saúde

Tanto na Europa como na América do Norte, o recente aparecimento de novos opiáceos sintéticos muito potentes, principalmente derivados de fentanil, está a causar uma preocupação considerável. Desde 2012, o mecanismo de alerta rápido da UE tem recebido um número crescente de notificações destas substâncias e de danos por elas provocados. Estas substâncias foram vendidas nos mercados em linha e também no mercado de drogas ilícitas. Por vezes, foram vendidas como, ou misturadas com, heroína, outras drogas ilícitas e mesmo medicamentos contrafeitos. Os opiáceos sintéticos muito potentes apresentam riscos graves para a saúde, não só para os seus consumidores, como também para os envolvidos no seu fabrico, os funcionários dos serviços postais e os agentes responsáveis pela aplicação da lei. Sendo apenas necessários pequenos volumes para produzir muitos milhares de doses, estas substâncias são fáceis de ocultar e transportar, o que dificulta consideravelmente o trabalho dos órgãos responsáveis pelo controlo de estupefacientes. Ao mesmo tempo, representam um produto potencialmente atrativo e lucrativo para o crime organizado.

Os opiáceos sintéticos muito potentes apresentam riscos graves para a saúde

NUM RELANCE — ESTIMATIVAS DO CONSUMO DE DROGA NA UNIÃO EUROPEIA

Canábis



Adultos (15-64)

Consumiram: Último ano **23,5 milhões** Ao longo da vida **87,7 milhões**



Jovens adultos (15-34)

Consumiram: Último ano **17,1 milhões**



Cocaína



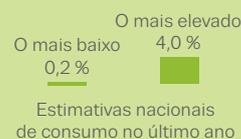
Adultos (15-64)

Consumiram: Último ano **3,5 milhões** Ao longo da vida **17,5 milhões**



Jovens adultos (15-34)

Consumiram: Último ano **2,3 milhões**



MDMA



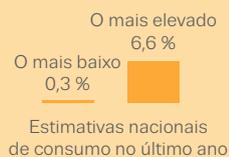
Adultos (15-64)

Consumiram: Último ano **2,7 milhões** Ao longo da vida **14,0 milhões**



Jovens adultos (15-34)

Consumiram: Último ano **2,3 milhões**

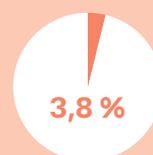


Anfetaminas



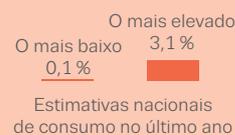
Adultos (15-64)

Consumiram: Último ano **1,8 milhões** Ao longo da vida **12,5 milhões**



Jovens adultos (15-34)

Consumiram: Último ano **1,3 milhões**

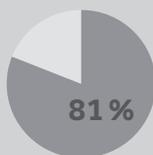


Opiáceos



Consumidores de opiáceos de alto risco **1,3 milhões**

Overdoses fatais



Pedidos de tratamento da toxicodependência

Droga principal em cerca de **38 %** do total de pedidos de tratamento da toxicodependência na União Europeia



Os opiáceos estão presentes em **81 %** das overdoses fatais
630 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição, em 2015

Novas substâncias psicoativas



Estudantes com idades entre os 15 e os 16 anos em 24 países europeus

Consumiram: Último ano **3,0 %** Ao longo da vida **4,0 %**



Fonte: Quadros adicionais do Relatório ESPAD 2015.

Nota: Para conhecer o conjunto completo de dados e obter informações sobre a metodologia, ver o Boletim Estatístico em linha.

Na Europa, os problemas relacionados com opiáceos sintéticos muito potentes parecem estar a aumentar, tendo em conta o aumento de notificações de intoxicações não fatais e de mortes recebidas no mecanismo de alerta rápido. No início de 2017, o EMCDDA realizou exercícios de avaliação de risco nos derivados do fentanil, acriloilfentanil e furanilfentanil. Está a ser ponderada a criação de mecanismos de controlo para estas substâncias a nível europeu e várias outras drogas desta categoria estão atualmente sob escrutínio.

A evolução das novas substâncias psicoativas

A análise deste ano sugere que, embora as respostas possam estar a ter impacto no aparecimento de novas substâncias, tanto na Europa como noutras locais, o fenómeno das novas substâncias psicoativas continua a representar um desafio considerável em matéria de saúde pública. Apesar de as novas drogas terem sido notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE a um ritmo de uma por semana em 2016, o número total de novas deteções foi inferior ao de anos anteriores. Esta redução pode ser um sinal positivo, em especial se for continuada. Contudo, outros dados são menos encorajadores, sem qualquer indício significativo de redução na oferta global de novas substâncias psicoativas. Além disso, mesmo que o ritmo a que são introduzidas novas substâncias possa estar a abrandar, o número total de substâncias disponíveis no mercado continuar a aumentar. Existem igualmente indícios de que algumas classes de novas substâncias psicoativas, nomeadamente catinonas sintéticas e canabinoides sintéticos, estão agora a entrar no mercado da droga.

Várias razões podem explicar por que motivo o ritmo de aparecimento de novas substâncias no mercado poderá estar a abrandar. Alguns países europeus introduziram proibições gerais, legislação relativa a substâncias genéricas e análogas, bem como outras medidas que visam os produtores e os retalhistas de substâncias psicoativas. Estas medidas criaram um enquadramento jurídico mais restritivo, que torna mais difícil aos produtores envolverem-se num «jogo do gato e rato» com os reguladores, no qual os produtores recorrem à inovação para contornarem os controlos legais.

Além disso, uma grande parte do fornecimento de novas substâncias psicoativas na Europa é proveniente da China, e os novos controlos aí existentes podem também ter afetado a oferta na União Europeia.

Em algumas partes da Europa, as medidas de controlo que visam as lojas dos grandes centros parecem ter afetado o acesso a novas substâncias psicoativas. As vendas dessas substâncias tornaram-se mais clandestinas, com o acesso em linha e o mercado de drogas ilícitas a desempenharem agora um papel mais importante do que no passado. Neste contexto, o estatuto legal das novas substâncias, em especial quando são vendidas juntamente com drogas ilícitas, pode ser menos importante e, conseqüentemente, um fator menos determinante para a inovação na produção.

Novas substâncias psicoativas: intoxicantes baratos para consumidores de drogas marginalizados e crónicos

As atitudes negativas dos consumidores também podem ter influenciado a procura de novas substâncias psicoativas. A prevenção, a redução de danos e a comunicação de efeitos adversos parecem ter influenciado a perceção dos jovens de que as novas substâncias são alternativas legais, relativamente seguras, às drogas ilícitas tradicionais. Existem também indícios de que a oferta e o consumo dessas substâncias podem estar a aumentar entre os consumidores mais crónicos e marginalizados.

A utilização problemática de novas substâncias psicoativas está a tornar-se mais evidente em certos contextos e entre algumas populações vulneráveis. Por exemplo, o consumo de catinona injetável entre consumidores antigos e atuais de opiáceos tem sido associado a níveis mais elevados de problemas de saúde física e mental.

Os canabinoides sintéticos também constituem uma preocupação crescente. Apesar de algumas semelhanças farmacológicas, estas drogas não devem ser confundidas com produtos de cânabis. Os canabinoides sintéticos são frequentemente substâncias muito potentes, que podem ter conseqüências graves e potencialmente letais. Existem dados que sugerem que, em algumas regiões da Europa, os canabinoides sintéticos estão a ser atualmente consumidos como intoxicantes baratos e poderosos por grupos marginalizados, como os sem-abrigo. As dificuldades observadas na deteção significam que os canabinoides sintéticos se tornaram um problema particular em algumas prisões europeias, com graves implicações para a saúde e a segurança dos reclusos.

1

**O mercado
de droga europeu
continua a evoluir**

A oferta de drogas e o mercado

No contexto mundial, a Europa é um importante mercado para as drogas, abastecido com drogas produzidas a nível interno e drogas 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. Além disso, algumas drogas e substâncias precursoras transitam para outros continentes através do continente europeu. A Europa também é uma região produtora de canábis e drogas sintéticas: a primeira é sobretudo produzida para consumo local, enquanto algumas drogas sintéticas se destinam à exportação para outras partes do mundo.

Desde as décadas de 1970 e 1980 que existem, em muitos países europeus, grandes mercados para a canábis, a heroína e as anfetaminas. Ao longo do tempo, outras substâncias vieram juntar-se-lhes, incluindo a MDMA e a cocaína na década de 1990, e o mercado de droga 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 de tráfico, o aparecimento de novas rotas de tráfico e os mercados em linha.

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, a legislação em matéria de droga, as infrações a essa legislação, 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. As tendências podem ser influenciadas por vários fatores, entre os quais as preferências dos consumidores, as mudanças na produção e no tráfico, as prioridades e os níveis de atividade das forças de segurança e a eficácia das medidas de combate ao tráfico de droga. No [Boletim Estatístico](#), podem ser consultados conjuntos de dados completos e extensas notas metodológicas.

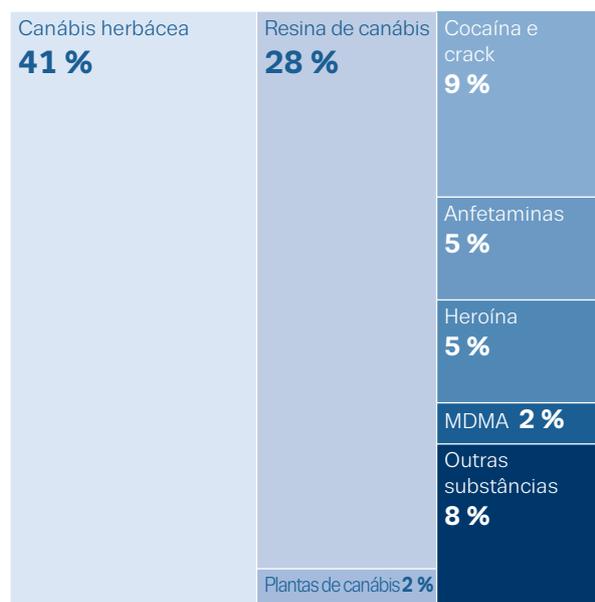
Também são aqui fornecidos dados referentes às notificações e às apreensões de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE pelos parceiros nacionais do EMCDDA e da Europol. Uma vez que estas informações provêm de relatórios de casos e não de sistemas de monitorização periódica, as estimativas das apreensões correspondem a um valor mínimo. Uma descrição completa desse mecanismo encontra-se disponível no sítio do EMCDDA, sob a rubrica [Action on new drugs](#).

Mercados da droga: aparecimento da oferta através da Internet

Os mercados de drogas ilícitas associam os consumidores aos produtores através de cadeias de intermediários. Estes sistemas complexos geram largas somas de

FIGURA 1.1

Número de apreensões de droga notificadas, discriminação por droga, 2015



Apreensões de drogas: mais de um milhão na Europa

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 a maior parte do total apreendido corresponda a remessas de vários quilos de droga confiscadas a traficantes e produtores.

A canábis é a droga com maior número de apreensões, correspondendo a mais de 70 % das apreensões efetuadas na Europa (Figura 1.1). A cocaína ocupa o segundo lugar (9 %), seguida, em menores proporções, pelas anfetaminas (5 %), pela heroína (5 %) e pela MDMA (2 %).

A maioria das vendas nos mercados privados está relacionada com drogas

Em 2015, apenas três países, a Espanha, a França e o Reino Unido, foram responsáveis por mais de 60 % das apreensões realizadas na União Europeia; também foram notificados números consideráveis de apreensões pela Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Itália e Suécia. Importa igualmente referir que não existem dados recentes sobre os números de apreensões realizadas nos Países Baixos, nem na Polónia e na Finlândia. Estas lacunas nos dados introduzem incerteza na análise.

Os elevados números de apreensões de drogas comunicados pela Turquia reflete a importância do seu mercado de consumidores e a sua posição nas rotas de tráfico de drogas entre a União Europeia, o Médio Oriente e a Ásia.

Recente declínio na quantidade de canábis herbácea apreendida

A canábis herbácea (marijuana) e a resina de canábis (haxixe) são os dois principais produtos de canábis comercializados no mercado europeu de drogas, enquanto o óleo de canábis é comparativamente raro. Os produtos de canábis representam a maior percentagem (38 %) do mercado retalhista de drogas ilícitas na Europa, com um valor estimado de 9,3 mil milhões de euros (margem provável de 8,4 mil milhões de euros a 12,9 mil milhões de euros). A canábis 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 canábis é importada, sobretudo de Marrocos. Relatórios recentes indicam mudanças nas rotas de tráfico desta droga, com aumentos no tráfico de canábis herbácea e óleo de

CANÁBIS

Resina

Número de apreensões

288 000 UE

303 000 UE + 2

Quantidades apreendidas

536
toneladas (UE)

546
toneladas (UE + 2)

Preço (EUR/g)
25 €

11 €
8 €
3 €

Potência (% THC)
28 %

19 %
11 %
4 %

Tendências indexadas:
Preço e potência



Herbácea

Número de apreensões

404 000 UE

438 000 UE + 2

Quantidades apreendidas

89
toneladas (UE)

135
toneladas (UE + 2)

Preço (EUR/g)
20 €

12 €
8 €
5 €

Potência (% THC)
22 %

11 %
7 %
3 %

Tendências indexadas:
Preço e potência



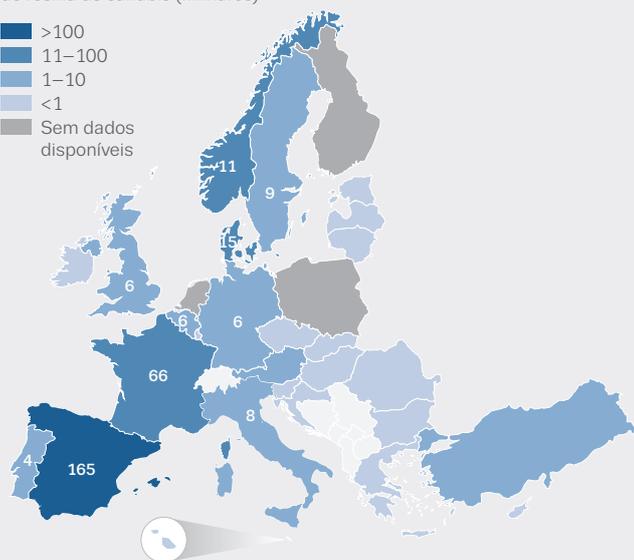
UE + 2 refere-se aos Estados Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e potência dos produtos de canábis: valores médios nacionais — mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 1.2

Apreensões de resina de cânábis e cânábis herbácea, 2015 ou ano mais recente

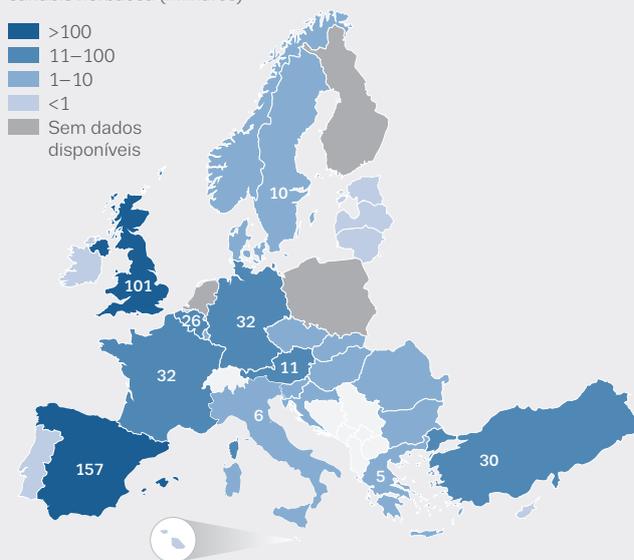
Número de apreensões de resina de cânábis (milhares)

- >100
- 11–100
- 1–10
- <1
- Sem dados disponíveis



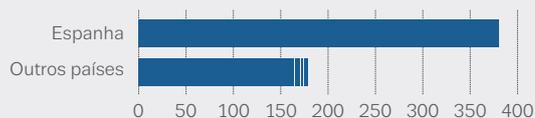
Número de apreensões de cânábis herbácea (milhares)

- >100
- 11–100
- 1–10
- <1
- Sem dados disponíveis

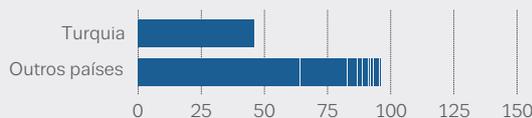


Nota: Número de apreensões nos dez países com valores mais elevados.

Quantidade de resina de cânábis apreendida (toneladas)



Quantidade de cânábis herbácea apreendida (toneladas)



canábis a partir dos Balcãs ocidentais, sobretudo da Albânia, associados ao aumento do cultivo de cânábis nesses países. Além disso, os dados sugerem que a Líbia se tornou uma importante plataforma para o tráfico de resinas para vários destinos, nomeadamente a Europa.

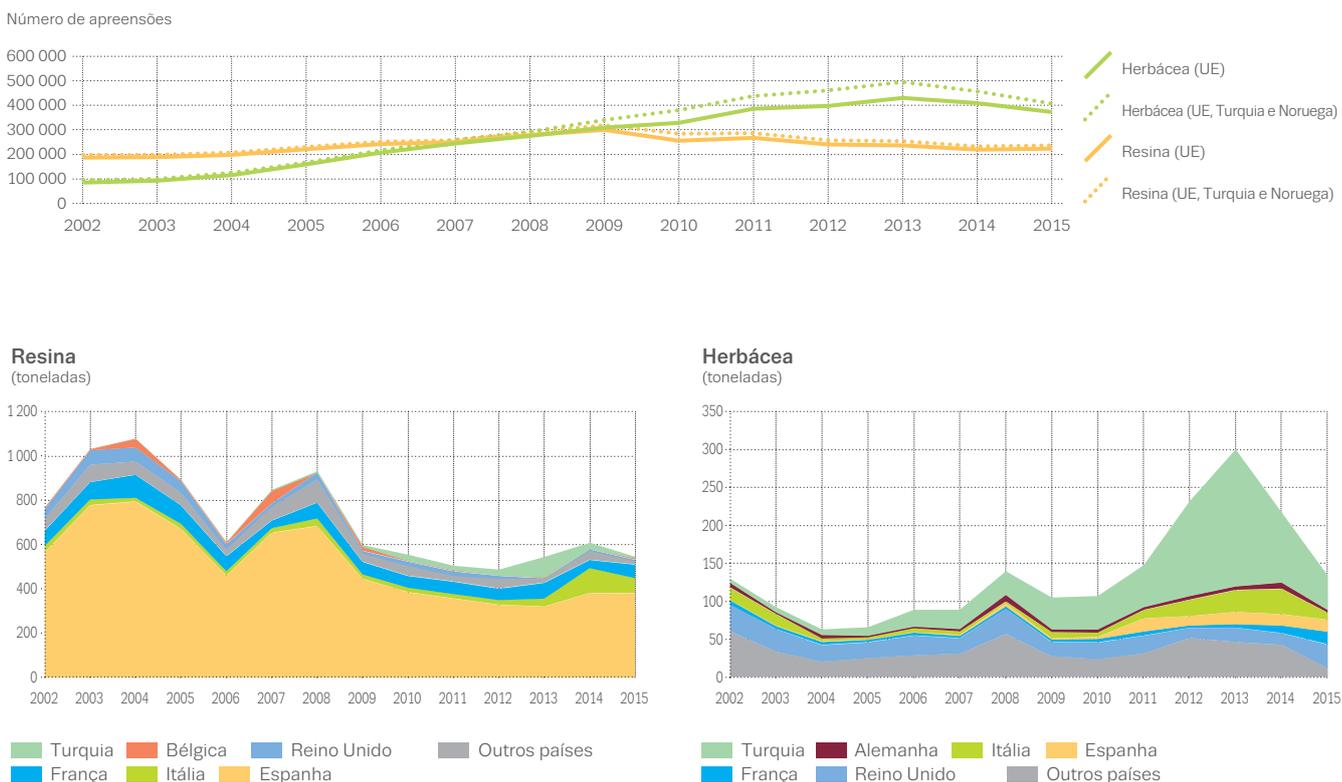
Em 2015, foram notificadas 732 000 apreensões de produtos de *canábis* na União Europeia, das quais 404 000 de cânábis herbácea, 288 000 de resina de cânábis e 19 000 de plantas de cânábis. Contudo, a quantidade de resina de cânábis apreendida é mais de seis vezes superior à de cânábis herbácea (536 toneladas contra 89 toneladas). Esta diferença é, em parte, uma consequência do facto de a resina de cânábis ser traficada em grandes quantidades através de longas distâncias e ter 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 cânábis apreendida, um pequeno número de países assume uma posição particularmente importante devido ao facto de estarem situados em importantes rotas de tráfico desta droga. A Espanha, por exemplo, sendo um importante ponto de entrada da resina de cânábis produzida em Marrocos,

notificou mais de 70 % da quantidade total de cânábis apreendida na Europa em 2015 (Figura 1.2).

Na Europa, desde 2009, o número de apreensões de cânábis herbácea tem ultrapassado o da resina de cânábis, com tendências relativamente estáveis nas apreensões das duas drogas desde 2011 (Figura 1.3). Estima-se que, em 2015, na Europa, tenham sido apreendidas 135 toneladas de cânábis herbácea, uma redução de 38 % em comparação com as 217 toneladas apreendidas em 2014. Foram comunicadas reduções notáveis na Bélgica, na Grécia e em Itália. Uma redução idêntica da quantidade de cânábis herbácea apreendida na Turquia é também evidente desde 2013. Vários fatores podem estar na base desta redução global na Europa, nomeadamente iniciativas para combater a produção em grande escala em países fora da União Europeia (como a Albânia), uma maior incidência no cultivo doméstico em vez do tráfico, a alteração da forma como as apreensões são registadas e a mudança das prioridades em matéria de aplicação da lei em alguns países. Nos dados mais recentes, a quantidade de resina de cânábis apreendida na União Europeia manteve-se relativamente estável desde 2009.

FIGURA 1.3

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



O número de apreensões de plantas de canábis pode ser considerado como um indicador da produção desta droga num dado país. Devido às diferenças na notificação de país para país, os dados sobre a apreensão de plantas de canábis devem ser considerados com prudência. No entanto, o número de plantas apreendidas revelou um aumento a longo prazo, de 1,5 milhões de plantas em 2002 para 3,3 milhões em 2014, aumentando abruptamente para 11,4 milhões de plantas em 2015, com um grande aumento no número de plantas apreendidas comunicado pelos Países Baixos. Esta tendência pode refletir alterações nas prioridades em matéria de aplicação da lei, com o cultivo da canábis a ser objeto de maior atenção.

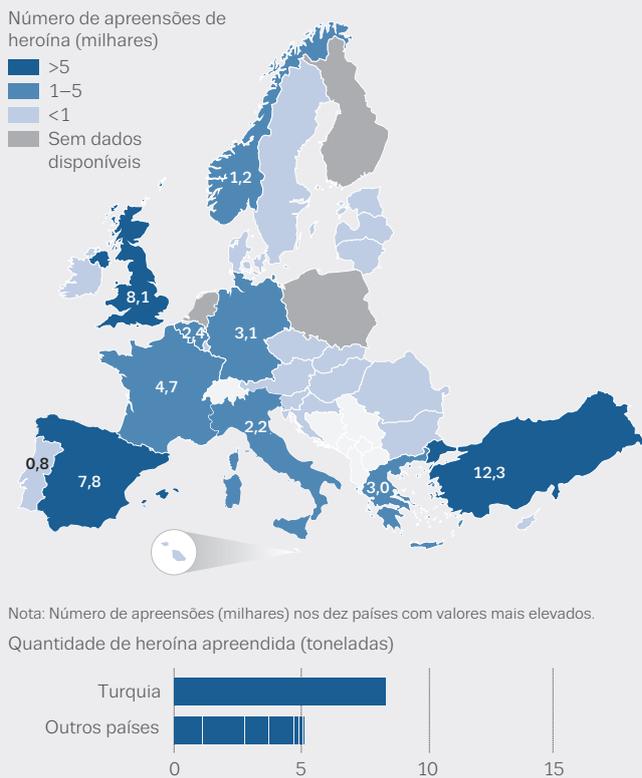
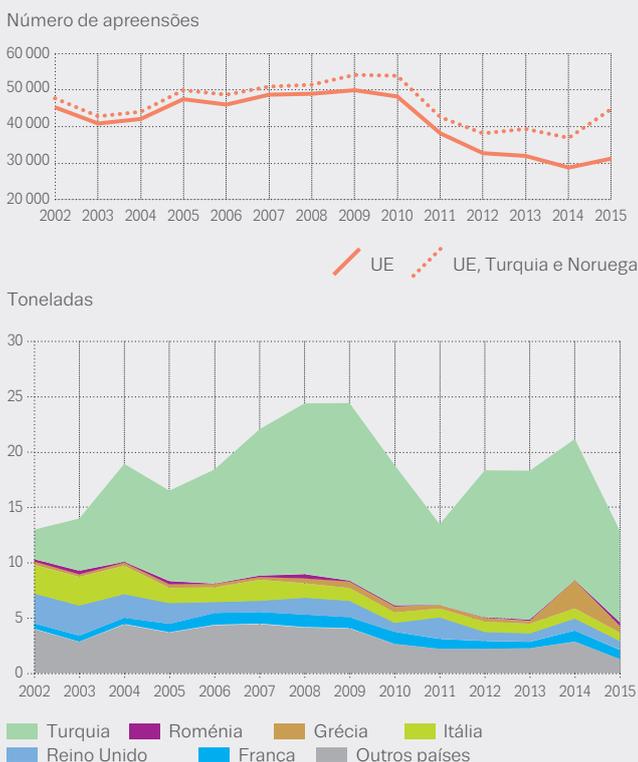
Em 2015, foram comunicadas 335 apreensões de óleo de canábis, com as maiores quantidades a serem registadas na Grécia e na Turquia.

A análise das tendências indexadas entre os países que comunicam dados revela sistematicamente grandes aumentos na potência (teor de THC - tetrahidrocanabinol) da canábis herbácea e da resina de canábis, entre 2006 e 2014, que estabilizou em 2015. 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 e de novas técnicas em Marrocos. Os dados mais recentes sugerem que a resina de canábis e a canábis herbácea têm preços idênticos, enquanto, em média, a resina tem uma potência mais elevada.

Desde 2009, o número de apreensões de canábis herbácea tem ultrapassado o da resina de canábis

FIGURA 1.4

Número de apreensões de heroína e quantidades apreendidas: tendências e 2015 ou ano mais recente



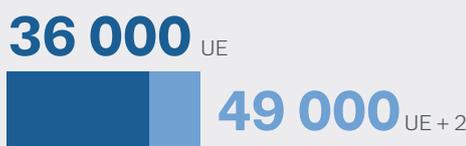
Aumento contínuo da pureza da heroína

A heroína é o opiáceo mais comum no mercado da droga europeu, com um valor retalhista estimado de 6,8 mil milhões de euros (margem provável de 6,0 mil milhões de euros a 7,8 mil milhões de euros). Tradicionalmente, a heroína importada tem sido oferecida sob duas formas no mercado das drogas ilícitas da Europa, a mais comum das quais é a heroína castanha (a forma química de base), proveniente essencialmente do Afeganistão. Muito menos comum é a heroína branca (uma forma de sal), que no

passado era originária do sudeste Asiático, mas que agora também pode ser produzida no Afeganistão ou noutros países vizinhos. Outros opiáceos apreendidos pelas autoridades de aplicação da lei nos países europeus, em 2015, incluem o ópio e medicamentos como a morfina, a metadona, a buprenorfina, o tramadol e o fentanil (Quadro 1.1). Alguns opiáceos medicinais podem ter sido desviados da indústria farmacêutica, enquanto outros, como os 27 kg de morfina em pó apreendidos em 2015, são fabricados ilicitamente.

HEROÍNA

Número de apreensões



Quantidades apreendidas



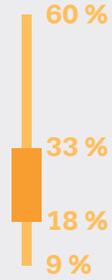
Preço (EUR/g)



Tendências indexadas: Preço e pureza



Pureza (%)



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.

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. Desde a década de 1970, a produção ilícita 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, nos últimos anos, de dois laboratórios de conversão de morfina em heroína, em Espanha e na República Checa, sugere que uma pequena quantidade de heroína é fabricada na Europa.

A heroína é introduzida na Europa através de quatro rotas de tráfico principais. 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. Também foi descoberto um desvio da rota dos Balcãs, envolvendo a Síria e o Iraque. A rota meridional, onde as remessas provenientes do Irão e do Paquistão entram na Europa por via aérea ou marítima, quer diretamente, quer depois de transitarem por países africanos, adquiriu importância nos últimos anos. Outras rotas incluem a «rota do norte» e uma rota 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 pelo número de apreensões de heroína comunicado, que sofreu uma redução na União Europeia entre 2009 e 2014, antes de

estabilizar em 2015. Entre 2002 e 2013, a quantidade de heroína apreendida na União Europeia caiu para metade, de 10 para 5 toneladas. Após a apreensão de 8,4 toneladas em 2014, um ano em que vários países comunicaram grandes apreensões de heroína (100 kg e mais), em 2015, a quantidade de heroína apreendida na Europa (4,5 toneladas) regressou aos níveis registados no início da década de 2010. Depois de atingir 13 toneladas em 2014, as apreensões de heroína na Turquia caíram para 8,3 toneladas em 2015 (um número ainda superior ao de todos os restantes países europeus combinados), enquanto o número de apreensões aumentou durante o mesmo período (Figura 1.4). Entre os países que comunicam dados sistematicamente, as tendências indexadas sugerem que a pureza da heroína na Europa continuou a aumentar em 2015.

Além da heroína, outros produtos opiáceos são apreendidos nos países europeus, mas estes representam uma pequena parcela das apreensões totais. Os outros opiáceos apreendidos com mais frequência são os opiáceos medicinais buprenorfina, tramadol e metadona (ver Figura 1.1).

QUADRO 1.1

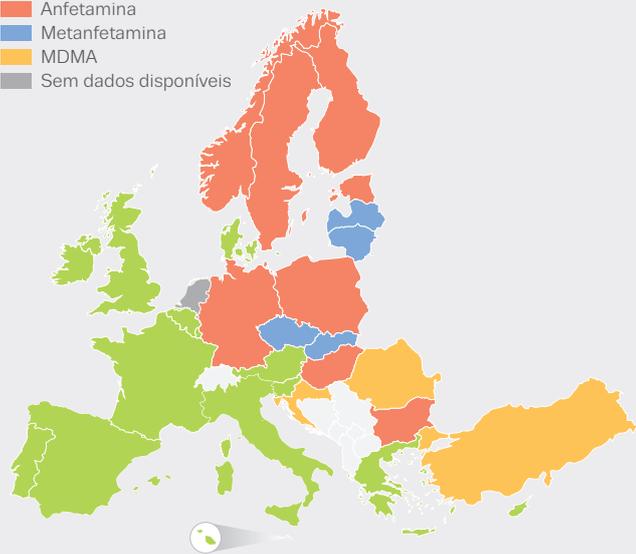
Apreensões de outros opiáceos que não a heroína em 2015

Opiáceo	Número	Quantidade			Número de países
		Quilogramas	Litros	Comprimidos	
Metadona	1566	31	8	60 472	17
Buprenorfina	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentanil (fentanil, ofentanil, carfentanil)	287	3		41	10
Morfina	775	27		8 837	15
Ópio	293	734			14
Codeína	293	3		9 855	8
Oxicodona	16	0,0003		962	5

FIGURA 1.5

Droga estimulante mais apreendida na Europa, 2015 ou dados mais recentes

- Cocaína
- Anfetamina
- Metanfetamina
- MDMA
- Sem dados disponíveis



Apreensão de estimulantes: variações regionais

As principais drogas estimulantes ilícitas disponíveis na Europa são a cocaína, as anfetaminas, as metanfetaminas e a MDMA. O valor retalhista do mercado de estimulantes na União Europeia é estimado entre 6,3 mil milhões de euros e 10,2 mil milhões de euros. Existem diferenças regionais significativas quanto ao estimulante que é mais apreendido (Figura 1.5), que são influenciadas pela localização dos portos de entrada, pelas rotas de tráfico, pelos principais centros de produção e por maiores mercados de consumidores. A cocaína 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 ocuparem o primeiro lugar das apreensões mais comuns de drogas estimulantes na República Checa, Letónia, Lituânia e Eslováquia. A MDMA é a droga estimulante mais apreendida na Croácia, na Roménia e na Turquia.

Cocaína: aumentos recentes nos indicadores de mercado

Na Europa, a cocaína encontra-se disponível sob duas formas, das quais a mais comum é a cocaína em pó (a forma salina) e a menos comum é a cocaína-crack (base livre), uma forma dessa droga que pode ser fumada. A cocaína é produzida a partir das folhas de coca. A droga é produzida principalmente na Bolívia, na Colômbia e no Peru. A cocaína é transportada para a Europa por

COCAÍNA

Número de apreensões



Quantidades apreendidas



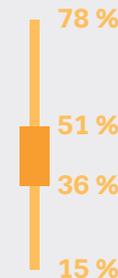
Preço (EUR/g)



Tendências indexadas:



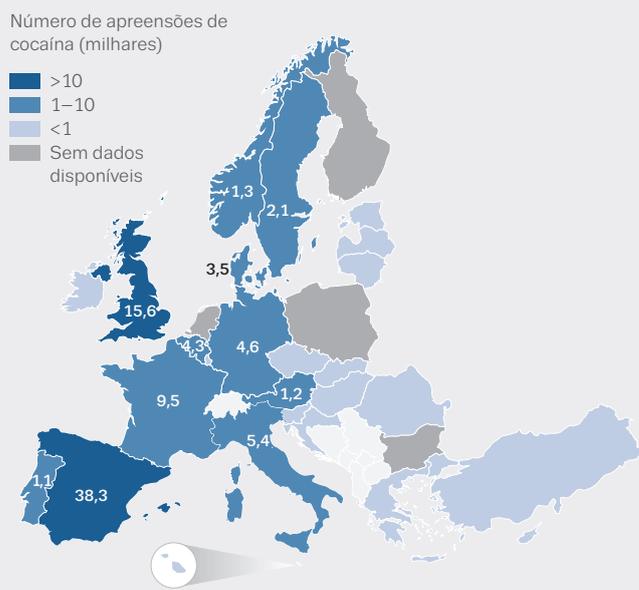
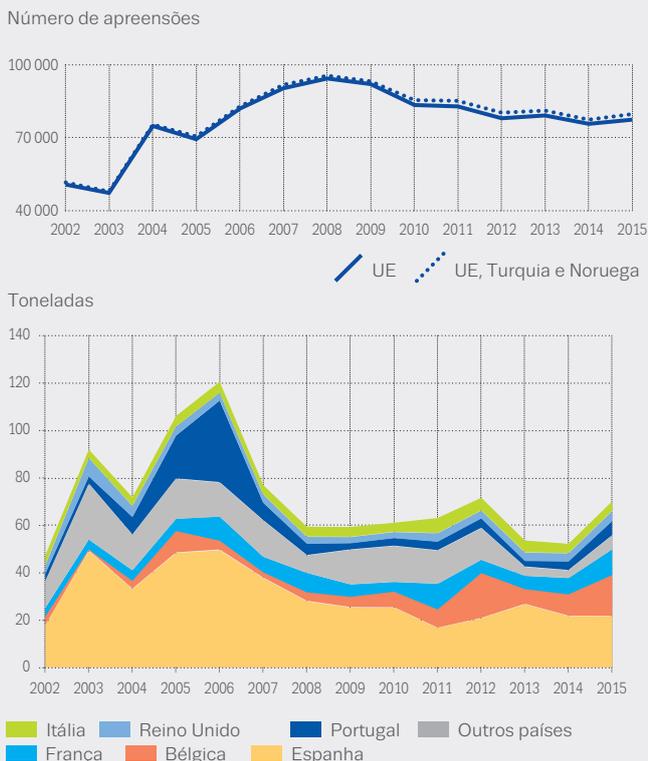
Pureza (%)



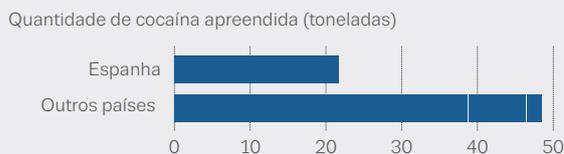
UE + 2 refere-se aos Estados Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e pureza da cocaína: valores médios nacionais — mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 1.6

Número de apreensões de cocaína e quantidades apreendidas: tendências e 2015 ou ano mais recente



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



diferentes meios, incluindo voos de passageiros, carga aérea, serviços postais, aeronaves privadas, iates e contentores de transporte marítimo. O mercado de retalho da cocaína na União Europeia é estimado num valor mínimo de 5,7 mil milhões de euros.

Em 2015, no total, foram comunicadas cerca de 87 000 apreensões de cocaína, na União Europeia. Juntos, a Bélgica, a Espanha, a França, a Itália e Portugal representam 78 % da estimativa de 69,4 toneladas apreendidas (Figura 1.6). A situação tem-se mantido relativamente estável desde 2007, embora tanto o número de apreensões como os volumes apreendidos tenham aumentado entre 2014 e 2015 (ver Figura 1.6). Embora a Espanha (22 toneladas) continue a ser o país que apreende mais cocaína, a Bélgica (17 toneladas) e a França (11 toneladas) apreenderam quantidades muito

grandes em 2015, e foram comunicados aumentos consideráveis nos volumes apreendidos na Bélgica, na Alemanha e em Portugal, em comparação com o ano anterior. Em termos globais, as tendências indexadas sugerem um pequeno aumento da pureza da cocaína em 2015.

Outros produtos de coca foram apreendidos na Europa em 2015, incluindo 76 kg de folhas de coca e 377 kg de pasta de coca. As apreensões de pasta de coca sugerem a existência de laboratórios ilícitos que produzem cloridrato de cocaína na Europa. Trata-se de um novo desenvolvimento, já que, até à data, a maioria dos laboratórios de cocaína existentes na Europa eram «instalações de extração secundária», onde a cocaína é recuperada de materiais nos quais foi incorporada (tais como vinhos, roupas, plásticos).

As principais drogas estimulantes ilícitas disponíveis na Europa são a cocaína, as anfetaminas, as metanfetaminas e a MDMA

Químicos precursores: novas alternativas às anfetaminas disponíveis

Os precursores são químicos essenciais para o fabrico de drogas ilícitas. Uma vez que muitos deles têm utilizações legítimas, a legislação da União Europeia incide sobre a inventariação de alguns desses químicos, e o comércio dos mesmos é monitorizado e controlado. A disponibilidade dos precursores tem um grande impacto no mercado e nos métodos de produção utilizados em laboratórios ilícitos. Em 2015, os produtores continuaram a contornar os mecanismos de controlo, através da introdução de químicos não inventariados para produzir precursores de drogas perto dos locais de produção. Contudo, esta prática aumenta o risco de deteção, uma vez que o aumento do processamento implica uma maior necessidade de químicos e produz mais resíduos.

Os dados fornecidos pelos Estados-Membros da UE sobre as apreensões e remessas intercetadas de precursores de drogas confirmam a utilização de substâncias controladas e não controladas na produção de drogas ilícitas na União Europeia, em especial de anfetaminas e MDMA (Quadro 1.2). O precursor BMK (benzilmetilcetona) de anfetaminas foi apreendido em grandes quantidades em 2015, com as autoridades polacas a apreenderem 7000 kg numa única remessa associada à produção nos Países Baixos. O controlo do pré-precursor APAAN de BMK (alfa-fenilacetato de acetonitrila), no final de 2013, parece

ter tido impacto, com as apreensões a caírem de 48 000 kg, em 2013, para 780 kg, em 2015. Contudo, esta medida de controlo parece ter despoletado alguns desenvolvimentos inovadores, com químicos alternativos como a APAA (alfa-feniloacetato de acetamida) e derivados glicídicos de BMK a serem comunicados pela primeira vez em 2015.

As apreensões de pré-precursores de MDMA não controlados permaneceram estáveis em cerca de 5500 kg. Contudo, enquanto as apreensões de safrole foram negligenciáveis, as apreensões de PMK reapareceram, com os Países Baixos a comunicarem 622 kg, em 2015, em comparação com zero, em 2014.

Anfetamina e metanfetamina: produção interna

A anfetamina e a metanfetamina são drogas sintéticas estimulantes, muitas vezes agrupadas sob o termo genérico «anfetaminas» e, portanto, podem ser difíceis de diferenciar em alguns conjuntos de dados. Na última década, as apreensões indicam que a oferta de metanfetamina aumentou, mas ainda é muito inferior à de anfetamina.

QUADRO 1.2

Resumo das apreensões e das remessas intercetadas de precursores utilizados na produção de determinadas drogas sintéticas na União Europeia, 2015

Precursor/pré-precursor	Apreensões		Remessas intercetadas		TOTALS	
	Número	Quantidade	Número	Quantidade	Número	Quantidade
MDMA ou substâncias conexas						
PMK (litros)	6	622	0	0	6	622
Safrole (litros)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
Derivados glicídicos de PMK (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
Anfetamina e metanfetamina						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (litros)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, ácido fenilacético (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrina, granel (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrina, granel (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
Derivados glicídicos de BMK (kg)	5	14	0	0	5	14

Ambas as drogas são fabricadas na Europa para o mercado interno. Existem indicações de que a produção de anfetamina decorre sobretudo na Bélgica, nos Países Baixos e na Polónia e, em menor escala, nos Estados bálticos, na Alemanha e na Hungria. Existem também indicações de que a fase final de produção, a conversão de óleo de base de anfetamina em sulfato de anfetamina, é realizada na Europa.

Algumas anfetaminas são também fabricadas para exportação, sobretudo para o Médio Oriente, o Extremo Oriente e a Oceânia. As apreensões de comprimidos de anfetamina com o logótipo «Captagon» também aumentaram recentemente, em especial na Turquia, onde foram apreendidos mais de 15 milhões de comprimidos em 2015.

A República Checa e, mais recentemente, as zonas fronteiriças dos países vizinhos, são, desde há anos, a

origem de muita da metanfetamina consumida na Europa. A droga também é produzida na Bulgária, na Lituânia e nos Países Baixos.

Na República Checa, a metanfetamina é produzida essencialmente a partir dos precursores efedrina e pseudoefedrina, que são extraídos de produtos medicinais contrabandeados sobretudo da Polónia. A droga também pode ser produzida com BMK. Em 2015, dos 291 laboratórios ilegais de metanfetamina comunicados na União Europeia, 263 estavam situados na República Checa. A produção neste país evoluiu de operações em pequena escala, envolvendo consumidores que fabricam quantidades para consumo pessoal ou fornecimento a nível local, para uma situação dominada pela produção em grande escala, efetuada por grupos de criminalidade organizada que produzem a droga tanto para o consumo em países europeus como para exportação.

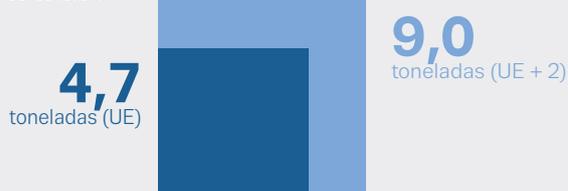
ANFETAMINAS

Anfetamina

Número de apreensões



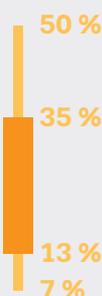
Quantidades apreendidas



Preço (EUR/g)

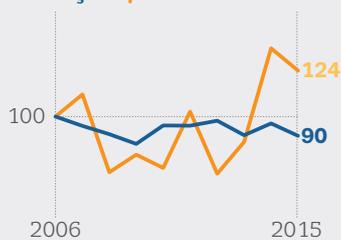


Pureza (%)



Tendências indexadas:

Preço e pureza



Metanfetamina

Número de apreensões



Quantidades apreendidas



Preço (EUR/g)



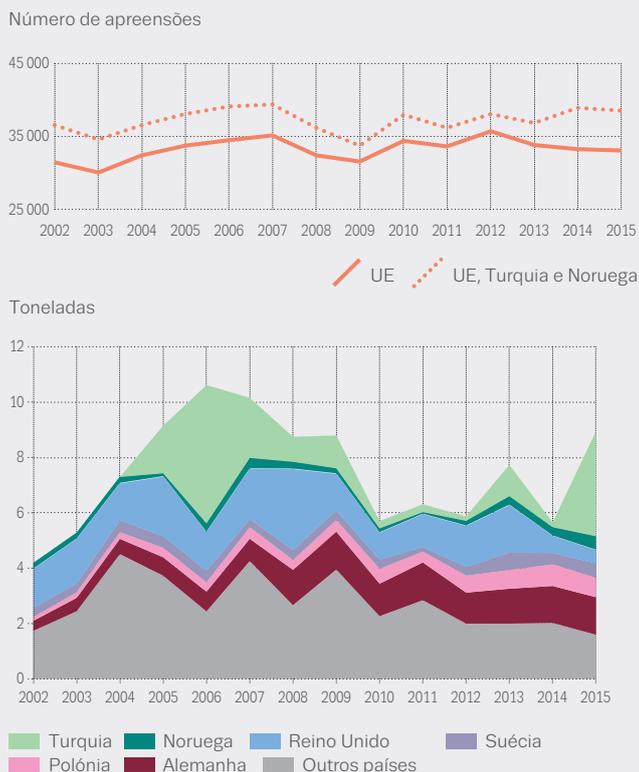
Pureza (%)



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.

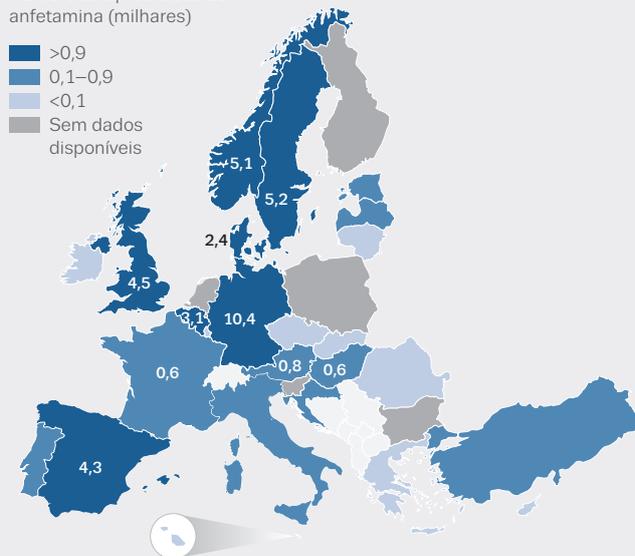
FIGURA 1.7

Número de apreensões de anfetamina e quantidades apreendidas: tendências e 2015 ou ano mais recente



Número de apreensões de anfetamina (milhares)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Sem dados disponíveis



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

Quantidade de anfetamina apreendida (toneladas)

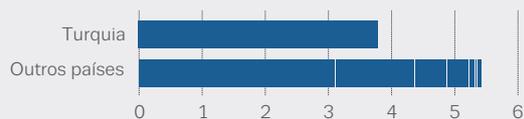
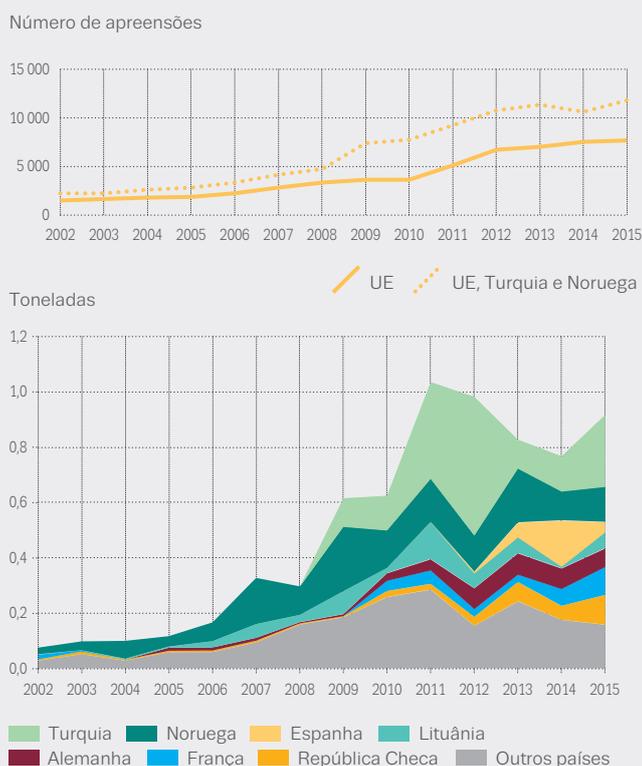


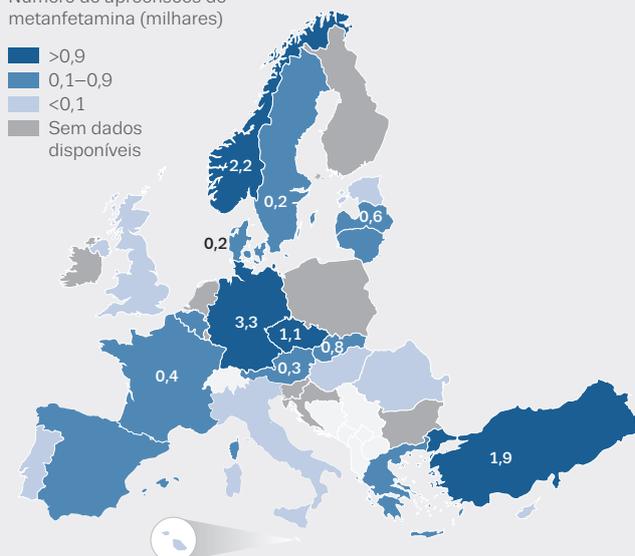
FIGURA 1.8

Número de apreensões de metanfetamina e quantidades apreendidas: tendências e 2015 ou ano mais recente



Número de apreensões de metanfetamina (milhares)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Sem dados disponíveis



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

Quantidade de metanfetamina apreendida (toneladas)



Em 2015, os Estados-Membros notificaram 34 000 apreensões de anfetamina, num total de 4,7 toneladas. Em termos gerais, a quantidade de anfetamina apreendida na União Europeia aumentou, oscilando entre 4 a 6 toneladas durante o período de 2002 a 2015 (Figura 1.7). As apreensões de metanfetamina são em número muito inferior, com 7 700 apreensões notificadas na União Europeia, em 2015, num total de 0,5 toneladas, com a República Checa a apreender a maior quantidade (Figura 1.8). Em 2015, foram também apreendidas grandes quantidades de anfetaminas na Turquia (3,8 toneladas de anfetamina e 0,3 toneladas de metanfetamina) e na Noruega (0,1 toneladas de metanfetamina). 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. As tendências indexadas sugerem que a pureza da anfetamina aumentou nos últimos anos.

MDMA: produtos de potência elevada disponíveis

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) é uma droga sintética quimicamente relacionada com as anfetaminas, mas com efeitos diferentes. A MDMA é consumida sob a forma de comprimidos (frequentemente denominados *ecstasy*), estando também disponível sob a forma de pó ou cristais. Estão constantemente a ser introduzidos no mercado novos desenhos de comprimidos de MDMA, em várias cores, formas e logótipos de marcas. Após um

período de pouca disponibilidade associada à falta de químicos precursores necessários para o seu fabrico, o mercado de MDMA foi revitalizado nos últimos anos. O valor do mercado de retalho de MDMA é estimado em cerca de 0,7 mil milhões de euros. O teor médio de MDMA em comprimidos aumentou nos últimos anos e quantidades elevadas de MDMA em alguns lotes têm sido associadas a danos e mortes.

A produção de MDMA na Europa parece estar concentrada na Bélgica e nos Países Baixos, com quatro laboratórios de MDMA desmantelados na União Europeia em 2015 (três nos Países Baixos e um na Bélgica). A MDMA produzida na Europa também é exportada para outras partes do mundo.

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. Para o ano de 2015, não existem dados disponíveis relativos aos Países Baixos, que notificaram apreensões de 2,4 milhões de comprimidos de MDMA em 2012, e a Polónia e a Finlândia não comunicaram o número de apreensões. Sem estas contribuições importantes, a quantidade de MDMA apreendida na União Europeia em 2015 é estimada em 4 milhões de comprimidos e 0,2 toneladas de pó de MDMA.

O teor médio de MDMA em comprimidos aumentou nos últimos anos

MDMA

Número de apreensões



Quantidades apreendidas



Preço

(EUR/comprimido)

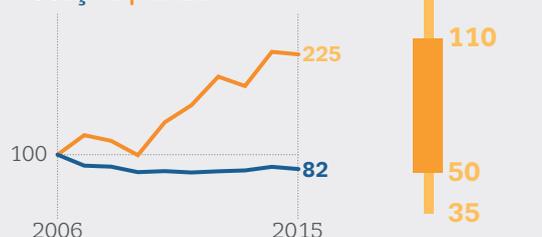


Pureza

(MDMA mg/comprimido)

Tendências indexadas:

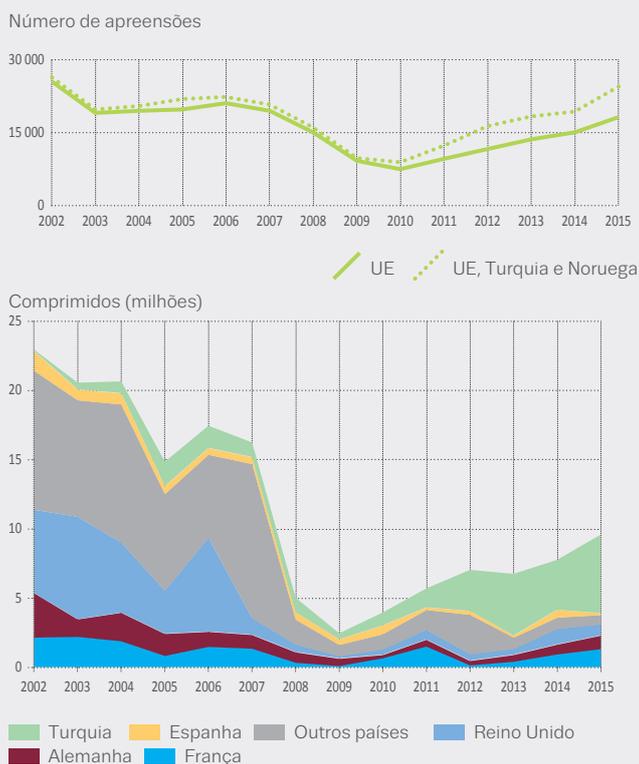
Preço e pureza



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

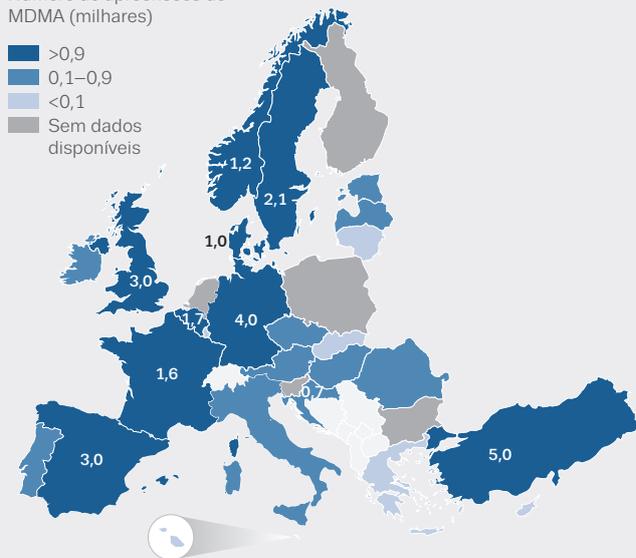
FIGURA 1.9

Número de apreensões de MDMA e quantidades apreendidas: tendências e 2015 ou ano mais recente



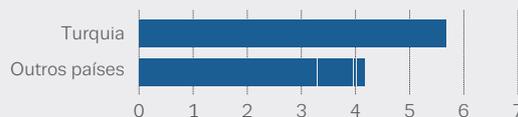
Número de apreensões de MDMA (milhares)

■ >0,9
■ 0,1–0,9
■ <0,1
■ Sem dados disponíveis



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

Comprimidos de MDMA apreendidos (milhões)



O número total de apreensões de MDMA notificadas tem continuado a aumentar desde 2010, enquanto a quantidade apreendida se tem mantido relativamente estável ao longo do mesmo período. A Turquia também registou apreensões de grandes quantidades de MDMA em 2015, atingindo os 5,7 milhões de comprimidos, mais do que a quantidade notificada por todos os outros países juntos (Figura 1.9).

Apreensões de LSD, GHB e cetamina

Na União Europeia, verificaram-se apreensões de outras drogas ilícitas, entre as quais cerca de 1 400 apreensões de LSD (dietilamida do ácido lisérgico) em 2015, num total de 100 000 unidades. As autoridades belgas apreenderam 1 kg desta droga. O número total de apreensões de LSD duplicou desde 2010, embora a quantidade apreendida tenha oscilado. Em 2015, 14 países comunicaram apreensões de GHB (gama-hidroxiturato) ou GBL (gama-butirolactona). As 1 300 apreensões estimadas resultaram em 320 kg e mais de 1 500 litros da droga, sendo a Bélgica (33 %) e a Noruega (35 %), em conjunto, responsáveis por dois terços destas apreensões. Doze países notificaram cerca de 1 200 apreensões de cetamina, totalizando uma estimativa de 130 kg da droga, na sua maioria efetuadas pela Dinamarca, pela Itália e pelo Reino Unido.

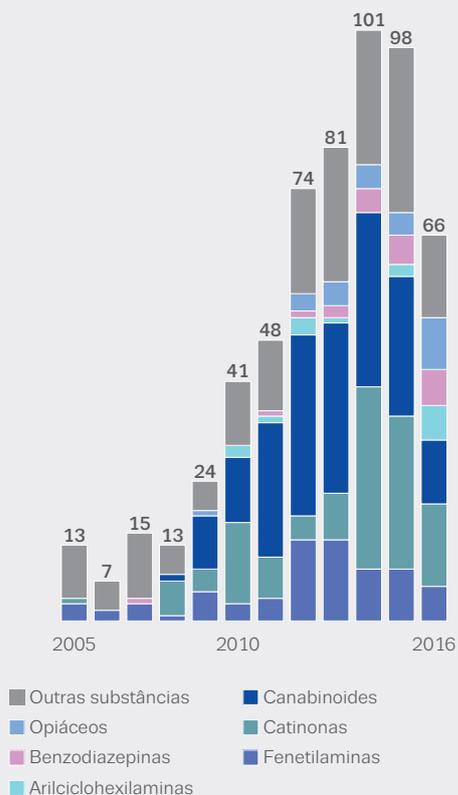
Novas substâncias psicoativas: muitas e diversas

No final de 2016, o EMCDDA monitorizava mais de 620 novas substâncias psicoativas que surgiram no mercado de droga europeu. Estas substâncias não estão abrangidas pelos controlos internacionais em matéria de droga e constituem um vasto conjunto de drogas, como os canabinoides sintéticos, os estimulantes, os opiáceos e as benzodiazepinas (Figura 1.10). Na maioria dos casos, são comercializadas como substitutos «legais» de drogas ilícitas, enquanto outras são destinadas a pequenos grupos que pretendem explorá-las, com vista à obtenção de novos efeitos.

Em muitos casos, as novas substâncias são produzidas em quantidades a granel por empresas químicas e farmacêuticas da China. Daí, são expedidas para a Europa, onde são transformadas em produtos, embaladas e vendidas. Por outro lado, algumas novas substâncias podem ter origem em medicamentos, que são posteriormente desviados da cadeia de abastecimento legítima, ou ser produzidas ilegalmente. As substâncias também podem ser produzidas em laboratórios clandestinos, na Europa ou noutros locais. Vários indicadores, nomeadamente deteções de laboratórios ilícitos, análise de resíduos de drogas sintéticas e apreensões de precursores, sugerem um aumento desta forma de produção nos últimos anos na Europa.

FIGURA 1.10

Número e principais grupos de novas substâncias psicoativas notificadas pela primeira vez ao mecanismo de alerta rápido da UE, 2005–2016



O número de novas substâncias detetadas anualmente é apenas uma das várias métricas que o EMCDDA utiliza para compreender o mercado global. Por exemplo, das 620 substâncias que estão a ser monitorizadas, 423 (quase 70 %) foram detetadas no mercado de droga durante o ano de 2015, em comparação com 365 e 299, respetivamente em 2013 e 2014, o que ilustra o grau de complexidade que este mercado atingiu.

Algumas novas substâncias são vendidas abertamente na Internet «de superfície» e em lojas físicas especializadas, muitas vezes como «drogas legais» de marca. Além disso, são vendidas nos mercados privados e no mercado ilícito, umas vezes com a própria designação e outras vezes falsamente como drogas ilícitas, por exemplo, como heroína, cocaína, *ecstasy* e benzodiazepinas.

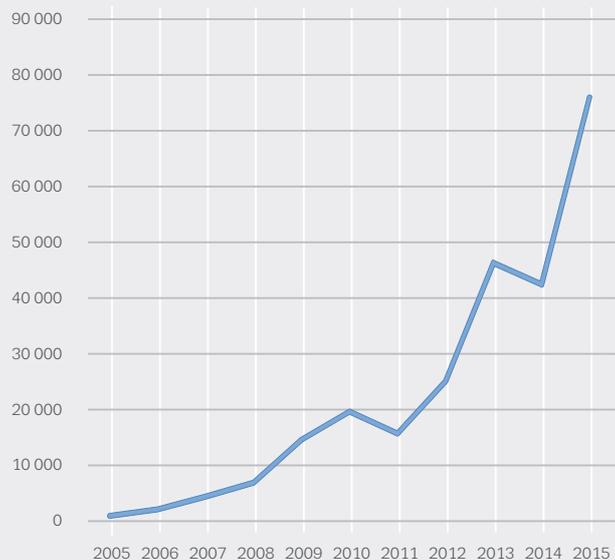
Mais de 70 % das novas substâncias que foram detetadas através do mecanismo de alerta rápido da União Europeia foram criadas nos últimos cinco anos. Em 2016, foram detetadas pela primeira vez 66 novas substâncias na Europa. Este número é inferior ao registado nos dois anos anteriores, mas é idêntico aos números detetados em 2012 e 2013. As causas desta redução não são claras, mas pode dever-se, em parte, às medidas adotadas pelos governos nacionais europeus para proibir novas substâncias, em especial a sua venda como «drogas legais». As medidas de controlo e as operações de aplicação da lei na China, que visam os laboratórios que produzem novas substâncias, podem constituir outro fator. O aumento das ligações com o mercado mais vasto de drogas ilícitas também pode ser importante.

No final de 2016, a ECHA monitorizava mais de 620 novas substâncias psicoativas

FIGURA 1.11

Número de apreensões de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE: tendências e distribuição por categoria em 2015

Número de apreensões



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



Aumento das apreensões de novas substâncias psicoativas

Em 2015, foram notificadas quase 80 000 apreensões de novas substâncias psicoativas através do mecanismo de alerta rápido da UE (Figura 1.11). Em conjunto, as catinonas sintéticas e os canabinoides sintéticos representaram, em 2015, mais de 60 % do número total de apreensões de novas substâncias (mais de 47 000). Registaram-se também aumentos nas quantidades apreendidas de catinonas sintéticas, canabinoides sintéticos e novos opiáceos em 2015, em comparação com o ano anterior.

Os totais de apreensões de novas substâncias na Europa devem ser considerados como valores mínimos, uma vez que os dados são obtidos de relatórios de casos e não de sistemas de monitorização. As apreensões notificadas são influenciadas por um conjunto de fatores como o conhecimento de novas substâncias, a alteração do seu estatuto legal, as capacidades e prioridades de aplicação da lei e as práticas de notificação das autoridades de aplicação da lei.

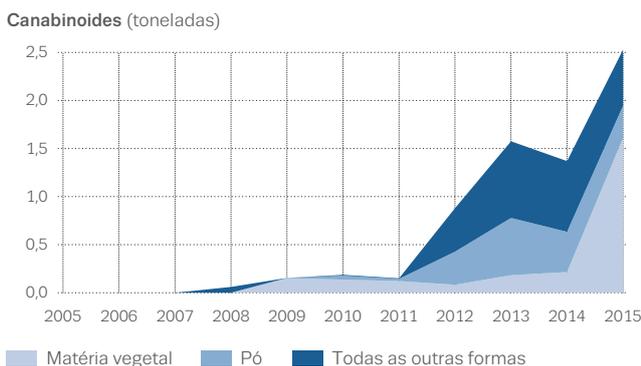
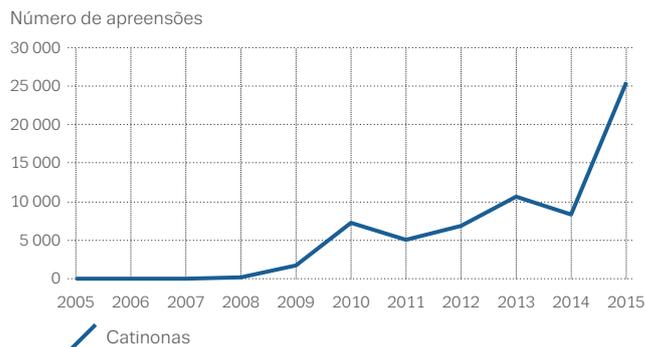
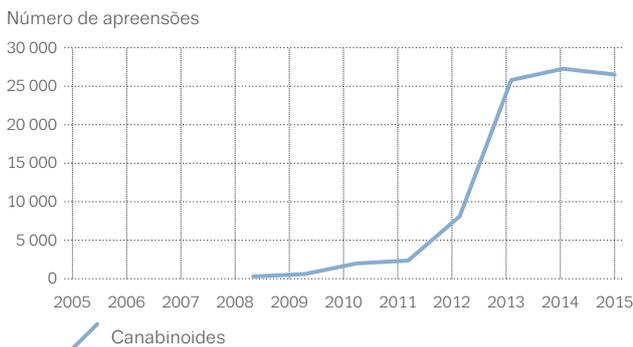
Novos opiáceos sintéticos

No total, foram detetados 25 novos opiáceos no mercado de droga da Europa desde 2009, incluindo 9 notificados pela primeira vez em 2016. Este total inclui 18 fentanils, dos quais 8 foram notificados pela primeira vez em 2016. Embora representem atualmente uma pequena parcela do mercado de droga europeu, os novos fentanils são substâncias muito potentes que constituem uma séria ameaça para a saúde individual e pública.

Os novos opiáceos têm sido apreendidos em várias formas, nomeadamente pós, comprimidos e cápsulas e, desde 2014, também na forma líquida. Mais de 60 % das 600 apreensões de novos opiáceos sintéticos notificados em 2015 eram fentanils. Em 2015, foram apreendidos quase 2 litros de opiáceos sintéticos, um aumento em relação aos 240 ml notificados no ano anterior. Foram encontrados fentanils em 85 % dos líquidos apreendidos. Uma das preocupações a este respeito é o aparecimento no mercado de vaporizadores nasais que contêm fentanils, como o acrilioilfentanil e o furanilfentanil. Refletindo a sua fraca quota de mercado, bem como a sua potência elevada, estes opiáceos representam 0,75 % do número total de apreensões de novas substâncias, mas apenas 0,04 % da quantidade total apreendida.

FIGURA 1.12

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



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

Canabinoides sintéticos

Os canabinoides sintéticos são substâncias que imitam os efeitos do delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), a substância que é a principal responsável pela maioria dos efeitos psicoativos da canábida. Desde 2008, pelo menos, os produtores europeus têm explorado este efeito, importando pós de canabinoides a granel e misturando-os com matéria vegetal seca, a fim de criar centenas de «drogas legais» diferentes. Estes produtos são depois comercializados como substitutos legais da canábida e vendidos como «misturas herbáceas para fumar» prontas a utilizar. Os canabinoides sintéticos continuam a ser o maior grupo de novas substâncias monitorizadas pelo EMCDDA e estão a aumentar a sua diversidade química, com 169 deteções desde 2008 (incluindo 11 notificações em 2016, uma redução em relação às 24 notificações em 2015).

Em 2015, foram notificadas pouco mais de 22 000 apreensões de canabinoides sintéticos (Figura 1.12). Em 2015, os cinco canabinoides sintéticos mais apreendidos foram o ADB-FUBINACA, o AB-CHMINACA, o UR-144, o 5F-AKB48 e o ADB-CHMINACA.

Estas apreensões representaram mais de 2,5 toneladas das substâncias. Quase 64 % dos canabinoides sintéticos

apreendidos tinham a forma de misturas herbáceas, com os pós a representarem 13 %.

A deteção de canabinoides sintéticos em pó e de instalações de transformação na Europa indica que os produtos são embalados na Europa. Estes pós, se transformados em «misturas herbáceas para fumar», seriam suscetíveis de produzir muitos milhões de doses. Em 2015, os canabinoides mais apreendidos na forma de pó foram o 5F-AMB (61 kg), o 5F-AKB48 (61 kg) e o ADB-FUBINACA (57 kg).

Catinonas sintéticas

As catinonas sintéticas são quimicamente relacionadas com a catinona, que é um estimulante que ocorre naturalmente na planta *khat* (*Catha edulis*). Estas substâncias têm efeitos semelhantes às drogas estimulantes ilícitas comuns, como a anfetamina, a cocaína e a MDMA. As catinonas sintéticas são o segundo maior grupo de novas drogas monitorizadas pelo EMCDDA, com 118 detetadas no total, incluindo 14 detetadas pela primeira vez em 2016, uma redução face às 26 deteções notificadas em 2015.

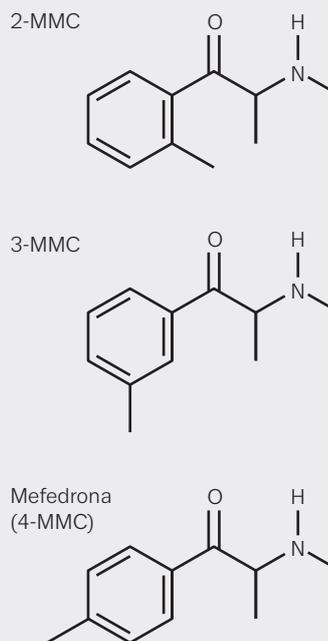
As catinonas sintéticas foram as substâncias psicoativas mais apreendidas em 2015, com mais de 25 000 apreensões, representando um terço do número total de apreensões. Este número representa um aumento de quase 17 000 apreensões em relação ao ano anterior. Estas apreensões representaram cerca de 1,8 toneladas, um aumento de aproximadamente 0,75 toneladas face a 2014 (Figura 1.12). As catinonas sintéticas encontram-se normalmente na forma de pó. Em 2015, as cinco catinonas mais apreendidas foram a alpha-PVP, a 3-MMC, a etilona, a 4-CMC e a pentedrona. Das apreensões de catinonas sintéticas notificadas, mais de 60 % (1,2 toneladas) em 2015 eram provenientes da China. Uma grande percentagem (42 %) das catinonas sintéticas apreendidas era constituída por 2-MMC (156 kg) e 3-MMC (616 kg), que são quimicamente relacionadas com a mefedrona (4-MMC), mas não estão sujeitas a controlo internacional em matéria de droga. A mefedrona tornou-se uma presença assídua no mercado de droga ilícita em alguns países e é provável que alguns dos isómeros 2-MMC e 3-MMC sejam vendidos como mefedrona (ver Figura 1.13).

Novas benzodiazepinas

Também é preocupante o recente crescimento no mercado de novas benzodiazepinas. Cerca de 20 dessas substâncias estão a ser monitorizadas pelo EMCDDA – das quais 6 foram detetadas pela primeira vez na Europa em 2016. Em 2015, foram apreendidos mais de 300 000 comprimidos contendo novas benzodiazepinas (tais como clonazolam, diclazepam, etizolam e flubromazolam), quase o dobro do número notificado em 2014. Algumas novas benzodiazepinas eram vendidas em comprimidos, cápsulas ou pós com os seus próprios nomes. Noutros casos, os falsificadores utilizaram estas substâncias para produzir versões falsas de medicamentos contra a ansiedade prescritos habitualmente, tais como diazepam e alprazolam, que eram vendidos diretamente no mercado de droga ilícita.

FIGURA 1.13

Fórmulas químicas da 2-MMC, 3-MMC e 4-MMC (mefedrona)



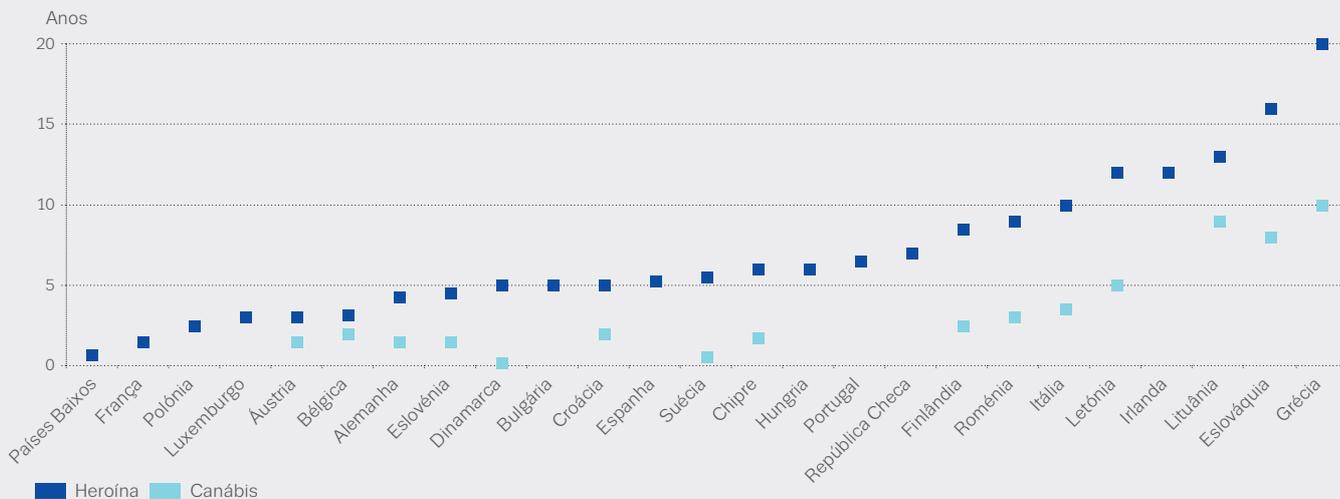
Legislação destinada a impedir a oferta de novas substâncias psicoativas

Os países adotam medidas para impedir a oferta de drogas 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. O rápido surgimento de novas substâncias psicoativas e a diversidade de produtos disponíveis têm constituído um importante desafio para as Convenções e para os decisores políticos e legisladores europeus.

A nível nacional, têm sido utilizadas várias medidas para controlar as novas substâncias, sendo possível identificar três grandes tipos de resposta a nível jurídico. A primeira resposta de muitos países europeus foi a utilização de legislação relativa à segurança dos consumidores e, posteriormente, alargaram ou adaptaram a legislação vigente em matéria de droga, a fim de incorporar as novas substâncias psicoativas. Os países foram elaborando nova legislação específica para dar resposta a este fenómeno. Existe uma ampla variedade nas definições das infrações e das sanções, como é o caso da legislação em matéria de drogas na Europa. A tendência geral nas legislações nacionais em matéria de controlo de drogas, que é a redução das sanções aplicáveis à posse para consumo próprio, também é evidente na recente legislação relativa às novas drogas. Grande parte da nova legislação específica relativa às novas substâncias psicoativas penaliza apenas a oferta ilegal e não prevê sanções para a posse para consumo próprio.

FIGURA 1.14

Penas de prisão esperada pelo fornecimento de 1 kg de heroína ou de canábis nos Estados Membros da UE



Nota: Penas médias esperadas com base nos pareceres de seleções aleatórias de profissionais da justiça em cada país; para casos de primeira infração, sem envolvimento no crime organizado. Sempre que a suspensão da pena foi considerada possível, a pena média não foi considerada.

A nível da UE, o atual quadro jurídico para o controlo das novas substâncias psicoativas, que remonta a 2005, está a ser revisto com o objetivo de estabelecer um sistema mais rápido e eficaz para que os atos relacionados com as novas substâncias psicoativas nocivas sejam objeto de medidas de direito penal.

Sanções aplicáveis à oferta de droga: variam em função da droga e do país

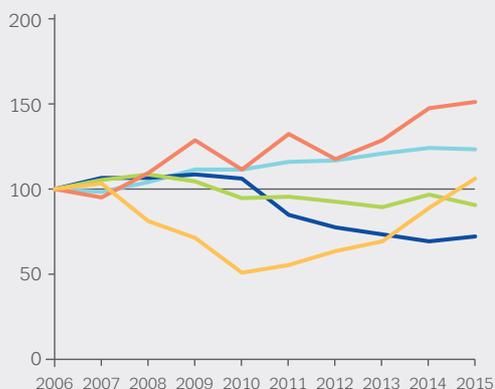
A oferta não autorizada de droga é crime em todos os países europeus, mas as sanções consagradas na lei diferem significativamente. Um recente inquérito do EMCDDA às opiniões dos profissionais da justiça dos Estados-Membros da UE concluiu que as sanções previstas por estes peritos para infrações semelhantes por tráfico de droga variam consideravelmente entre os países (ver Figura 1.14). Estas variações podem ser resultado de fatores históricos e culturais nacionais que influenciam os sistemas de direito penal de um país, bem como as diferentes opiniões nacionais sobre a eficácia da condenação como medida dissuasora. O estudo revelou ainda que, embora a legislação possa conter sanções semelhantes para substâncias diferentes, os profissionais de vários países referiram que essas sanções variariam de acordo com a substância. Tal implicaria que os juízes tivessem em conta aspetos como os danos perceptíveis para a sociedade causados pelas diferentes drogas.

FIGURA 1.15

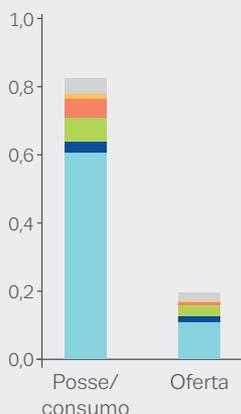
Infrações à legislação europeia relativa ao consumo ou à posse para consumo ou oferta de droga: tendências indexadas e infrações notificadas em 2015

Infrações por posse/consumo

Tendências indexadas

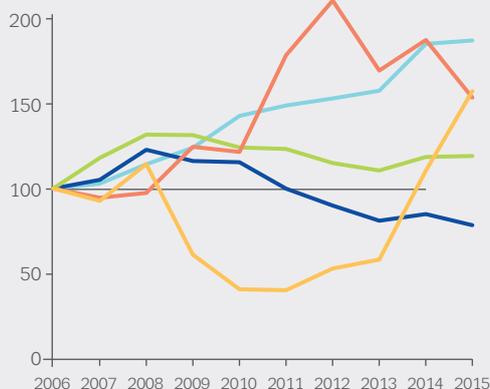


Número de infrações (milhões)



Infrações relativas à oferta

Tendências indexadas



■ Heroína
 ■ Cocaína
 ■ MDMA
 ■ Canábis
 ■ Anfetaminas
 ■ Outras substâncias

Nota: Dados relativos a infrações para as quais a droga envolvida foi indicada.

Infrações à legislação em matéria de droga: maioria relacionada com a canábis

A aplicação da legislação é monitorizada através dos dados relativos às infrações notificadas. A União Europeia comunicou cerca de 1,5 milhões de infrações à legislação em matéria de droga em 2015, na sua maioria (57 %) relacionadas com o consumo ou a posse de canábis e envolvendo cerca de um milhão de infratores. A notificação de infrações registou um aumento de quase um terço (31 %), entre 2006 e 2015.

Em termos globais, as notificações de infrações relacionadas com a oferta de droga aumentaram 18 % desde 2006, com uma estimativa de mais de 214 000 casos em 2015. A canábis representou a maioria das infrações por oferta de droga (57 %). Registou-se um aumento acentuado de notificações de infrações por oferta de MDMA desde 2013 (Figura 1.15).

Estima-se que, em termos globais, na Europa, tenham sido notificadas, em 2015, mais de 1 milhão de infrações relacionadas com o consumo ou a posse, um aumento de 27 % face a 2006. Das infrações relacionadas com posse de droga, cerca de três quartos envolvem a canábis (74 %). As infrações por posse de anfetamina e MDMA continuaram a sua tendência para aumentar, em 2015 (Figura 1.15).

Estima-se que tenham sido notificadas 1,5 milhões de infrações à legislação em matéria de droga em 2015

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA**2017**

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The internet and drug markets, Technical reports.

2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

Publicações conjuntas do EMCDDA e da Europol**2017**

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Publicações conjuntas do EMCDDA e do Eurojust**2016**

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

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

2

**Entre os consumidores
de drogas, o policonsumo
é comum**

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 canábis 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 o 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 inquéritos realizados junto de estudantes e da população em geral fornecem uma perspetiva da prevalência do consumo experimental e 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.

No [Boletim Estatístico](#), podem ser consultadas séries de dados completas e extensas notas metodológicas.

Diferentes tendências de consumo de substâncias a nível nacional entre os estudantes

A monitorização do consumo de substâncias entre os estudantes fornece indicações importantes sobre os atuais comportamentos de risco dos jovens e as possíveis tendências no futuro. Em 2015, o Projeto Europeu de Inquérito Escolar sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD) realizou a sexta ronda de recolha de dados desde a sua origem, em 1995. O último inquérito recolheu dados comparáveis sobre o consumo de substâncias entre estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos em 35 países europeus, incluindo 23 Estados-Membros da UE e a Noruega. Nesses 24 países, uma média de 18 % dos estudantes afirmou ter consumido canábis pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida), com os maiores níveis indicados pela República Checa (37 %) e pela França (31 %). O consumo de droga nos últimos 30 dias variou entre 2 % na Suécia, Finlândia e Noruega e 17 % em França, com uma média de 8 % nos 24 países. As diferenças de género variaram em toda a Europa, com a proporção de rapazes para raparigas entre os consumidores de canábis ao longo da vida a oscilar entre a paridade na República Checa e em Malta e 2,5 rapazes para cada rapariga na Noruega.

O consumo de drogas ilícitas que não a canábis era muito inferior, com uma prevalência global de 5 % ao longo da vida. As drogas ilícitas mais consumidas depois da canábis eram a MDMA/ecstasy, anfetamina, cocaína, metanfetamina e LSD ou outros alucinogénios, cada uma das substâncias referida por 2 % dos estudantes. Por outro lado, 4 % dos estudantes referiram o consumo de novas substâncias psicoativas ao longo da vida, com as maiores percentagens a ocorrerem na Estónia e na Polónia (10 % cada).

Entre os 22 países com dados suficientes para análise (21 Estados-Membros da UE e Noruega), as tendências globais na prevalência de canábis no último mês atingiram um pico em 2003 e diminuíram ligeiramente nos inquéritos subsequentes (Figura 2.1). Entre os inquéritos mais recentes, 2011 e 2015, a prevalência do consumo de canábis, tanto ao longo da vida como no último mês, manteve-se estável na maioria destes países. Desde 1995, a prevalência ao longo da vida do consumo de drogas ilícitas que não a canábis manteve-se praticamente inalterada, com uma ligeira redução entre 2011 e 2015.

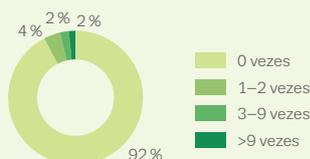
O consumo de novas substâncias psicoativas ao longo da vida foi referido por 4 % dos estudantes

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ENTRE OS ESTUDANTES EUROPEUS COM IDADES COMPREENDIDAS ENTRE OS 15 E OS 16 ANOS (ESPAD 2015)

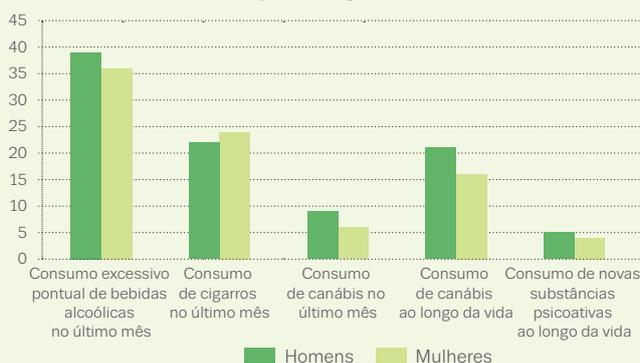
Consumo de canábis no último mês por género



Frequência do consumo de canábis no último mês



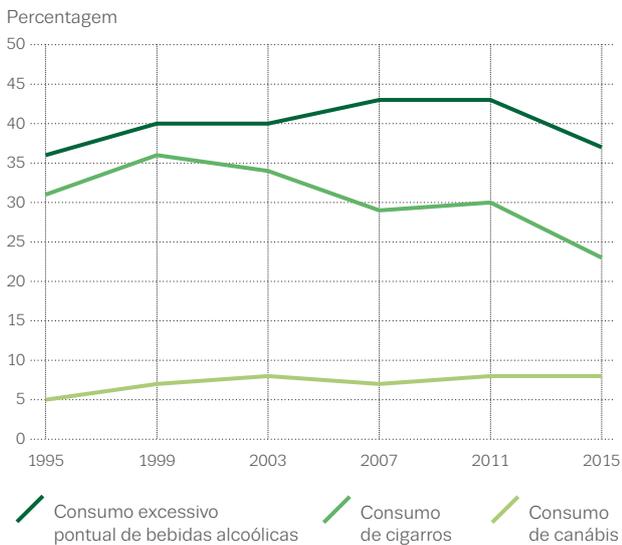
Consumo de substâncias (percentagens)



Nota: Com base nos dados dos 23 Estados Membros da UE e da Noruega que participaram na ronda de 2015 do ESPAD.

FIGURA 2.1

Tendências da prevalência no último mês de consumo excessivo pontual de bebidas alcoólicas, consumo de cigarros e consumo de canábis entre os estudantes europeus com idades entre os 15 e os 16 anos



Nota: Com base nos dados dos 21 Estados Membros da UE e da Noruega que participaram em, pelo menos, quatro rondas do ESPAD.

Recentes reduções no consumo de tabaco e no consumo excessivo pontual de bebidas alcoólicas entre os estudantes

O ESPAD também elaborou um relatório sobre o consumo de álcool e tabaco. Mais de quatro quintos (83 %) dos estudantes tinham consumido álcool, pelo menos, uma vez ao longo da vida. Metade dos estudantes afirmaram ter consumido álcool, pelo menos, uma vez no último mês, com 39 % dos rapazes e 36 % das raparigas a consumirem cinco ou mais bebidas numa única ocasião durante o último mês (consumo excessivo pontual de bebidas alcoólicas).

Menos de metade (47 %) dos estudantes tinham fumado cigarros, sendo que 23 % dos estudantes afirmaram que, no mês anterior ao inquérito, tinham fumado um ou mais cigarros por dia, e 3 % afirmaram fumar mais de 10 cigarros por dia.

Nos 22 países que comunicam ao EMCDDA dados suficientes para análise de tendências, pode observar-se uma redução global no consumo de álcool e cigarros, no que respeita ao consumo ao longo da vida e ao consumo no último mês, entre 1995 e 2015. As alterações no consumo excessivo pontual de bebidas alcoólicas foram menos pronunciadas, embora tenha sido observado um aumento entre as raparigas nesse período. Entre os inquéritos de 2011 e de 2015, registou-se uma redução tanto no consumo excessivo pontual de bebidas alcoólicas como no consumo de cigarros no último mês.

Mais de 93 milhões de adultos já experimentaram drogas ilícitas

Estima-se que mais de 93 milhões de pessoas, ou seja, um pouco mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos de idade da União Europeia, já tenham experimentado drogas ilícitas durante as suas vidas. A experiência de consumo de drogas verifica-se com mais frequência no sexo masculino (56,8 milhões) do que no feminino (36,8 milhões). A canábis é a droga mais experimentada (53,8 milhões de homens e 34,1 milhões de mulheres), seguida da cocaína, que apresenta estimativas de consumo ao longo da vida muito inferiores (12,2 milhões de homens e 5,3 milhões de mulheres), da MDMA (9,3 milhões de homens e 4,7 milhões de mulheres) e das anfetaminas (8,4 milhões de homens e 4,2 milhões de mulheres). Os níveis de consumo de canábis variam consideravelmente entre países, de cerca de 8 em 20 adultos em França para menos de 1 em 20 em Malta e na Roménia.

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 adulta jovem. Estima-se que 18,7 milhões de jovens adultos (15-34 anos) tenham consumido drogas no último ano, com uma proporção de dois para um entre os consumidores do sexo masculino e do sexo feminino.

Consumo de canábis: tendências nacionais variáveis

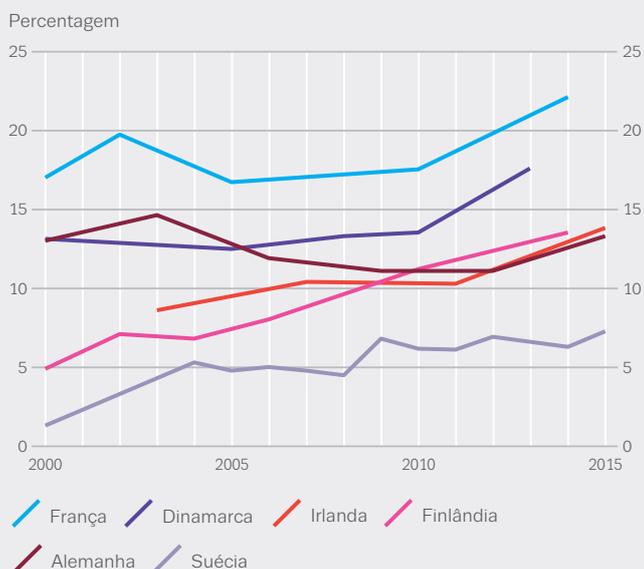
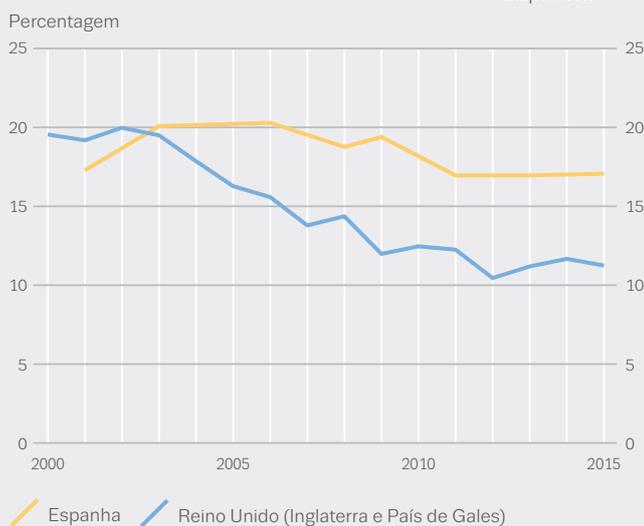
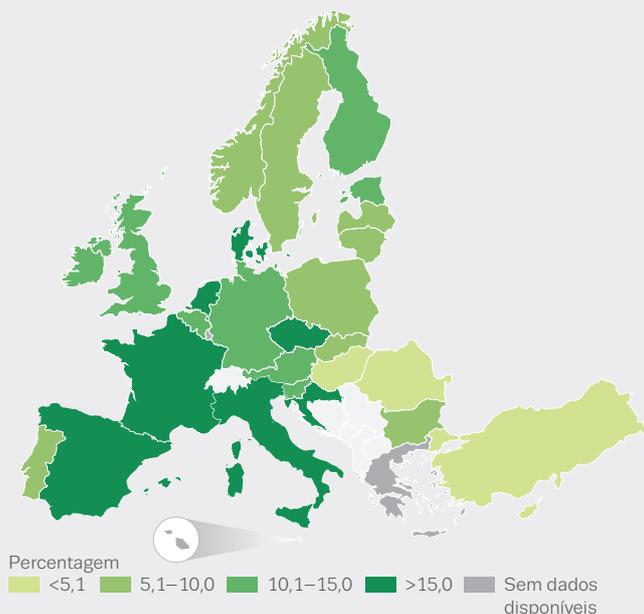
A canábis é a droga ilícita mais suscetível de ser consumida em todas as faixas etárias. É geralmente fumada e, na Europa, normalmente misturada com tabaco. Os padrões de consumo de canábis vão do ocasional ao regular e à dependência.

Estima-se que 87,7 milhões de adultos europeus (15-64 anos), ou 26,3 % deste grupo etário, tenham experimentado canábis em algum momento das suas vidas. Destes, estima-se que 17,1 milhões de jovens europeus (15-34 anos), ou seja, 13,9 % deste grupo etário, 10 milhões dos quais com idades compreendidas entre 15 e 24 anos (17,7 % desta faixa etária), tenham consumido canábis no último ano. As taxas de prevalência na faixa etária dos 15 aos 34 anos no último ano variam entre 3,3 % na Roménia e 22 % em França. Entre os jovens que consumiram canábis no último ano, verificou-se uma proporção de dois consumidores do sexo masculino para cada um do sexo feminino.

A canábis é a droga mais experimentada

FIGURA 2.2

Prevalência do consumo de canábis no último ano entre jovens adultos (15-34 anos): dados mais recentes (mapa) e tendências específicas



Os resultados do inquérito mais recente revelam que, no último ano, os países continuaram a apresentar percursos diferentes no consumo de canábis. Dos países que produziram inquéritos desde 2014 e indicaram intervalos de confiança, sete comunicaram estimativas mais elevadas, seis tinham estabilizado e dois comunicaram estimativas mais baixas do que no inquérito comparável anterior.

Poucos países possuem dados suficientes provenientes de inquéritos para proceder a uma análise estatística das tendências do consumo de canábis entre jovens adultos (15-34 anos) no último ano. Entre estes, as tendências de redução a longo prazo, observadas durante a última década em Espanha e no Reino Unido, estão agora estabilizadas, de acordo com os dados mais recentes (Figura 2.2).

Na última década, foi possível observar uma tendência crescente na Irlanda e na Finlândia, e também na Suécia, embora a prevalência neste país se tenha mantido estável desde 2009. Na Alemanha, em França e na Dinamarca, não existem indícios de uma tendência estatística crescente durante este período, embora os inquéritos mais recentes apontem para aumentos no consumo de canábis no último ano entre os jovens adultos. Em 2014, a França notificou um novo máximo de 22 %, e os 13 % notificados na Alemanha, em 2015, constituem a prevalência mais elevada do consumo de canábis no último ano entre os jovens adultos comunicada nesse país na última década. Em 2015, entre os países que não possuem dados suficientes para uma análise estatística de tendências, o segundo inquérito anual comparável realizado nos Países Baixos confirmou uma prevalência de 16 %, enquanto o primeiro inquérito nacional na Áustria desde 2008 indicou uma prevalência de 14 %.

Consumidores de canábis de alto risco: aumento do número de tratamentos iniciados

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 canábis, ou seja, tenham consumido esta droga em 20 dias ou mais do último mês. Cerca de 30 % dessas pessoas são consumidores com mais idade, entre os 35 e os 64 anos, 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 canábis podem fornecer informações sobre a natureza e a escala do consumo de canábis de alto risco na Europa. Em termos gerais, o número de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez devido a problemas com a canábis aumentou de 43 000, em 2006, para 76 000, em 2015. Este aumento pode dever-se a vários fatores, incluindo uma maior prevalência do consumo de canábis entre a população em geral, aumentos no número de consumidores intensivos, a oferta de produtos mais potentes e aumentos nas práticas de referência para tratamento e nos níveis de oferta.

Prevalência da cocaína: tendências nacionais estáveis

A cocaína é o estimulante ilícito mais consumido na Europa e o seu consumo é mais prevalente nos países do sul e do ocidente. Em traços gerais, podem distinguir-se duas categorias de consumidores regulares: os mais bem integrados socialmente, que frequentemente inalam cocaína em pó (hidroclorato de cocaína), e os marginalizados, que consomem cocaína injetável ou fumam crack (à base de cocaína), por vezes juntamente com o consumo de opiáceos.

Estima-se que 17,5 milhões de adultos europeus (15-64 anos), ou 5,2 % deste grupo etário, tenham experimentado cocaína em algum momento das suas vidas. Destes, cerca de 2,3 milhões de jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (1,9 % deste grupo etário) terão consumido esta droga no último ano.

Apenas a Espanha, a Irlanda, os Países Baixos e o Reino Unido comunicaram uma prevalência de 2,5 % ou mais do consumo de cocaína entre jovens adultos, no último ano. Na Europa, as reduções do consumo de cocaína notificadas em anos anteriores não foram observadas nos inquéritos mais recentes. Dos países que produziram inquéritos desde 2014 e indicaram intervalos de confiança, 2 comunicaram estimativas mais elevadas, 11 comunicaram uma tendência estável e 1 comunicou uma estimativa mais baixa do que no inquérito comparável anterior.

CONSUMIDORES DE CANÁBIS QUE INICIAM TRATAMENTO

Características

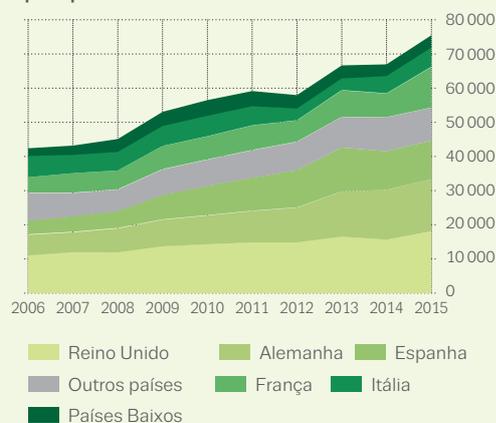


Frequência do consumo no último mês

consumo médio de 5,4 dias por semana



Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



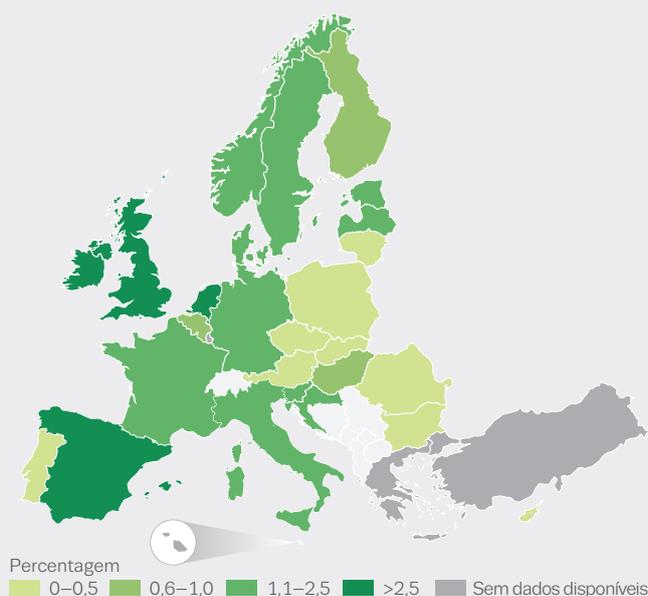
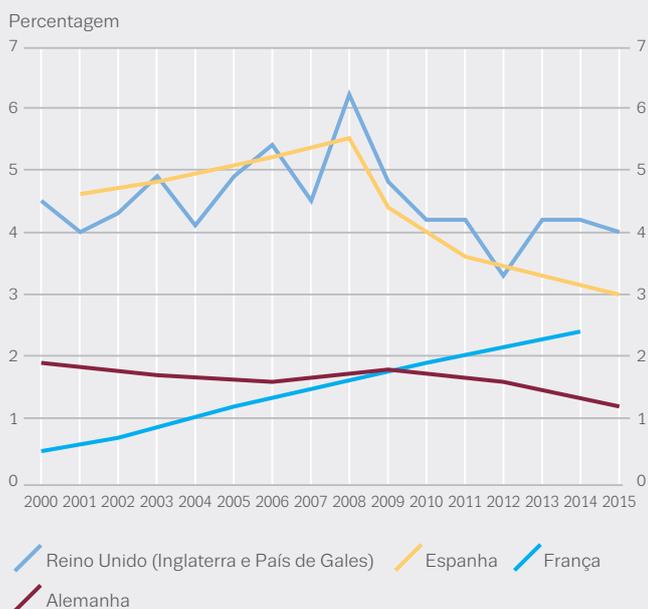
Nota: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de canábis como droga principal.

As tendências entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez são baseadas em dados de 23 países.

Devido a alterações do fluxo de dados a nível nacional, os dados desde 2014 referentes a Itália não são comparáveis com os dos anos anteriores.

FIGURA 2.3

Prevalência do consumo de cocaína no último ano entre jovens adultos (15-34): tendências específicas e dados mais recentes



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, e os novos dados confirmam as tendências existentes. A Espanha e o Reino Unido comunicaram tendências para um aumento da prevalência até 2008, seguido de um período de estabilidade ou declínio (Figura 2.3). Em França, embora em níveis de prevalência mais baixos, é possível observar uma tendência de subida, com a prevalência a situar-se pela primeira vez acima de 2 % em 2014. Em termos estatísticos, o inquérito de 2015 realizado na Alemanha revelou um decréscimo na prevalência da cocaína, que se tinha mantido estável entre 2000 e 2009.

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. A análise das águas residuais fornece indicações sobre o consumo coletivo de substâncias puras numa comunidade e os resultados não são diretamente comparáveis com as estimativas da prevalência provenientes de inquéritos à população a nível nacional. Os resultados da análise das águas residuais são apresentados em quantidades padronizadas (peso) de resíduos de droga por cada 1 000 habitantes, por dia.

Uma análise realizada em 2016 detetou os pesos mais elevados de benzoilecgonina, a forma metabolizada da cocaína, em cidades da Bélgica, Espanha e Reino Unido, e níveis muito baixos da substância na maioria das cidades do leste da Europa (ver Figura 2.4). Das 33 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2015 e 2016, 22 comunicaram um aumento, 4 uma redução e 7 uma

situação estável. A maioria das 13 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2011 e 2016 comunicou tendências estáveis ou de crescimento a mais longo prazo.

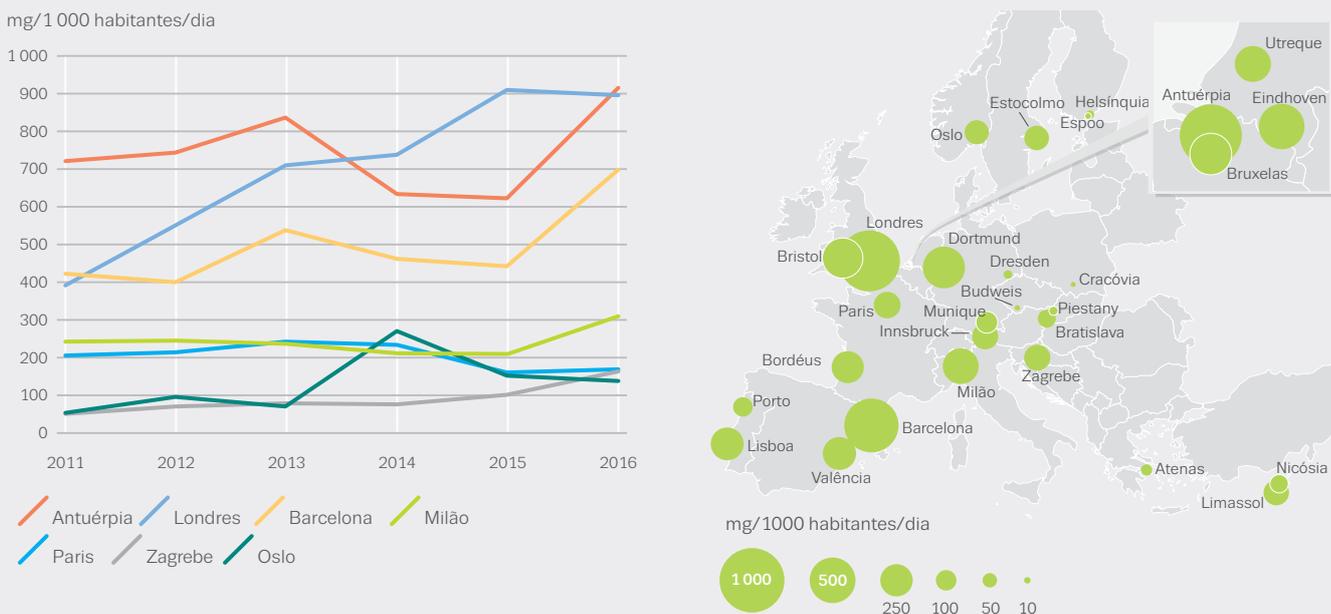
Consumo de cocaína de alto risco: procura estável de tratamento

A prevalência do consumo de cocaína de alto risco na Europa é difícil de aferir, uma vez que apenas quatro países dispõem de estimativas recentes e foram utilizadas definições e metodologias diferentes. Em 2015, com base na gravidade das perguntas relativas ao grau de dependência, a Alemanha estimou em 0,20 % o consumo de cocaína de alto risco entre a população adulta, enquanto a Espanha utilizou a frequência do consumo para estimar o consumo de cocaína de alto risco em 0,24 %. Em 2015, a Itália estimou em 0,65 % a percentagem de pessoas que necessitavam de tratamento devido ao consumo de cocaína. Com base nas notificações do último ano, o consumo de cocaína de alto risco em Portugal, em 2012, foi estimado em 0,62 %.

Espanha, Itália e Reino Unido são responsáveis por três quartos (74 %) dos novos ingressos em unidades de tratamento relacionados com o consumo de cocaína na Europa. Em termos gerais, a cocaína foi referida como droga principal por cerca de 63 000 utentes que iniciaram um tratamento especializado em 2015 e por cerca de 28 000 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 tem estado relativamente estável desde 2012.

FIGURA 2.4

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



Em 2015, 7 400 utentes que iniciaram o tratamento na Europa indicaram a cocaína-crack como droga principal, dos quais quase dois terços (4 800) no Reino Unido. Espanha, França e Países Baixos, juntos (1 900), representam a maioria dos restantes.

Por outro lado, o Reino Unido (Inglaterra) estimou em 0,48 % o consumo de cocaína-crack entre a população adulta durante o período 2011-2012. A maior parte desses consumidores de crack também consumia opiáceos.

CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAM TRATAMENTO

Características



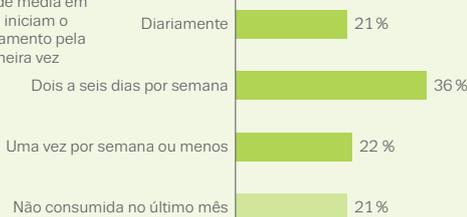
22 Idade média no início do consumo

34 Idade média em que iniciam o tratamento pela primeira vez

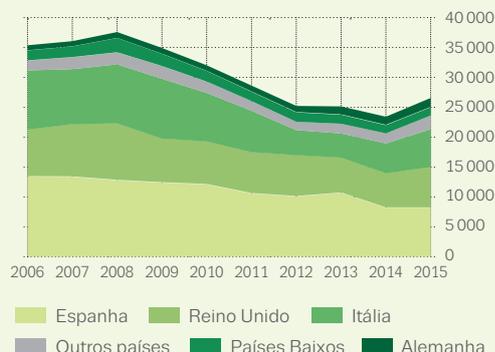
Idade média em que iniciam o tratamento pela primeira vez

Frequência do consumo no último mês

Consumo médio de 3,7 dias por semana



Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



Os que iniciam pela primeira vez

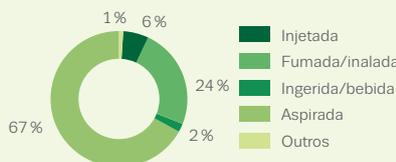
47%



Utentes anteriormente tratados

53%

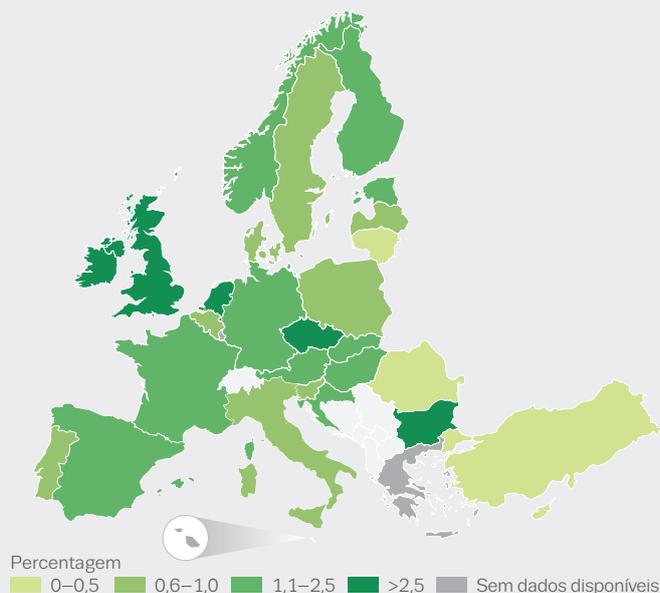
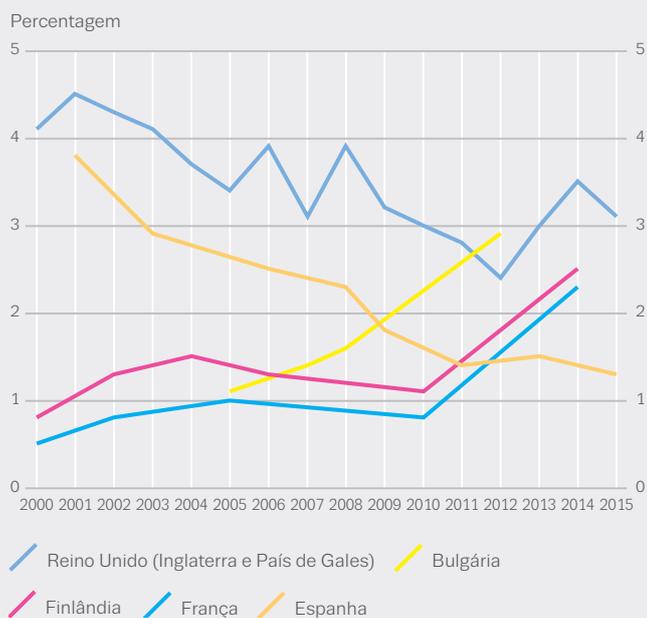
Via de administração



Nota: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de cocaína como droga principal. As tendências entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez são baseadas em dados de 23 países. Devido a alterações do fluxo de dados a nível nacional, os dados desde 2014 referentes a Itália não são comparáveis com os dos anos anteriores.

FIGURA 2.5

Prevalência do consumo de MDMA no último ano entre jovens adultos (15-34): tendências específicas e dados mais recentes



MDMA: o consumo continua a aumentar

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) é consumida sob a forma de comprimidos (frequentemente denominados *ecstasy*), bem como sob a forma de cristais e de pó; os comprimidos são normalmente engolidos, mas os cristais e o pó são ingeridos oralmente e também podem ser «sugados» ou inalados. Tradicionalmente, a recolha de dados da maioria dos inquéritos europeus refere-se ao consumo de *ecstasy* e não de MDMA, apesar de esta situação estar agora a mudar.

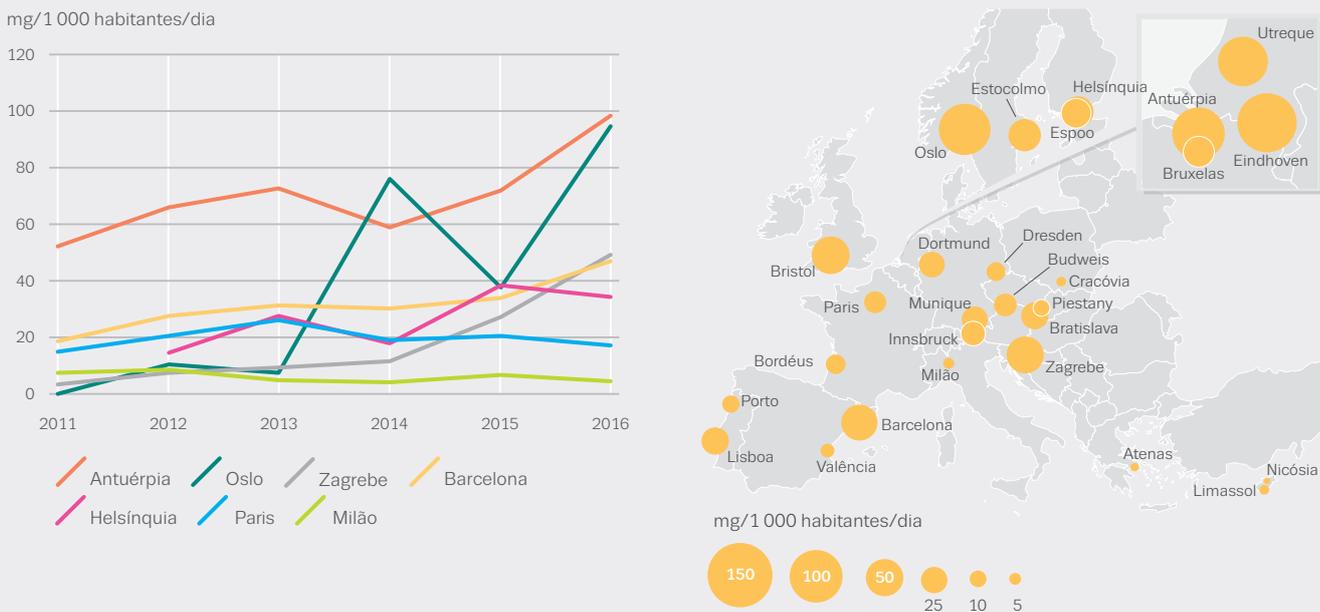
Estima-se que 14 milhões de adultos europeus (15-64 anos), ou 4,2 % deste grupo etário, tenham experimentado MDMA/*ecstasy* em algum momento das suas vidas. Os números relativos ao consumo mais recente, no grupo etário em que o consumo da droga é mais elevado, sugerem que 2,3 milhões de jovens adultos (15-34 anos) consumiram MDMA no último ano (1,8 % deste grupo etário), com as estimativas nacionais a variarem de 0,3 % em Chipre, na Lituânia e na Roménia, a 6,6 % nos Países Baixos.

Até há pouco tempo, em muitos países, a prevalência da MDMA estava a decair dos picos atingidos entre o início e meados da década de 2000. Nos últimos anos, contudo, as fontes de monitorização indicam um aumento do consumo de MDMA. Os resultados dos países que produziram novos inquéritos desde 2014 e indicaram intervalos de confiança sugerem um aumento continuado da tendência na Europa, com cinco países a comunicarem estimativas mais elevadas do que no inquérito comparável anterior e nove a comunicarem estimativas estáveis.

Nos casos em que existem dados que permitem uma análise estatística das tendências do consumo de MDMA no último ano entre jovens adultos, os dados mais recentes sugerem mudanças. Após um período de estabilidade ou de aumento gradual desde 2000, a França e a Finlândia comunicaram aumentos consideráveis em 2014 (Figura 2.5). No Reino Unido, o aumento observável desde 2012 registou uma redução nos dados relativos a 2015, enquanto em Espanha a tendência de longo prazo continua a ser de descida, embora os valores recentes sejam estáveis.

FIGURA 2.6

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



Nota: Quantidades médias diárias de MDMA em miligramas por 1 000 habitantes. A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, em 2016.
 Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Uma análise feita em 2016 às águas residuais de várias cidades revelou um pico da presença de MDMA em cidades da Bélgica, da Noruega e dos Países Baixos (Figura 2.6). Das 32 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2015 e 2016, 17 comunicaram um aumento, 11 comunicaram uma redução e 4 comunicaram uma situação estável. Observando as tendências a mais longo prazo, em muitas das cidades para as quais estão disponíveis dados relativos aos dois anos, a presença de MDMA nas águas residuais era maior em 2016 do que em 2011, tendo-se registado aumentos acentuados em algumas cidades.

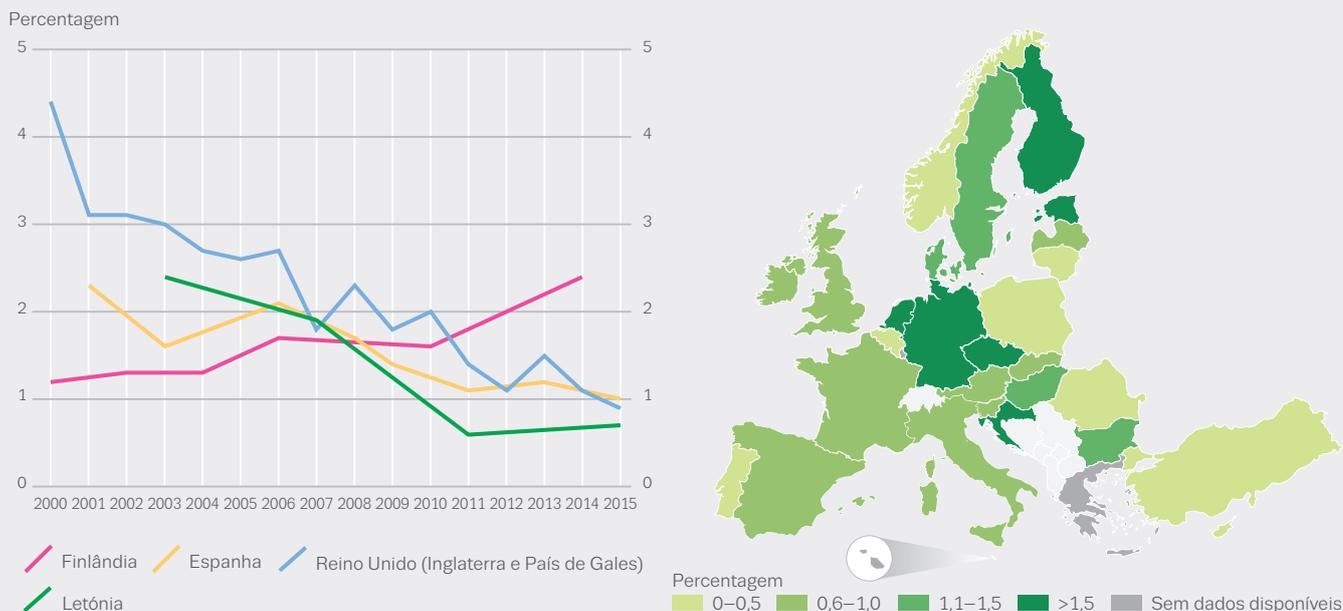
A MDMA é, muitas vezes, consumida juntamente com outras substâncias, incluindo bebidas alcoólicas, e tem estado sempre associada a cenários de diversão noturna e, sobretudo, à música de dança eletrónica. Os dados atuais sugerem que, nos países que registam níveis de prevalência elevados, a MDMA já não é uma droga restrita ou subcultural limitada a discotecas e festas, sendo consumida por um conjunto mais alargado de jovens em cenários de diversão noturna, incluindo bares e festas privadas.

O consumo de MDMA raramente é comunicado como motivo para a procura de tratamento especializado. Em 2015, o consumo de MDMA na Europa foi comunicado por menos de 1% (cerca de 900 casos) de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez.

As fontes de monitorização indicam um aumento do consumo de MDMA

FIGURA 2.7

Prevalência do consumo de anfetaminas no último ano entre jovens adultos (15-34): tendências específicas e dados mais recentes



Consumo de anfetaminas: situações nacionais divergentes

Tanto a anfetamina como a metanfetamina, dois estimulantes muito próximos, são consumidas na Europa, embora o consumo de anfetamina seja muito 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 alguns conjuntos 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 12,5 milhões de adultos europeus (15-64 anos), ou 3,8 % deste grupo etário, tenham experimentado anfetaminas em algum momento das suas vidas. Os números relativos ao consumo mais recente, no grupo etário em que o consumo da droga é mais elevado, sugerem que 1,3 milhões (1,1 %) de jovens adultos (15-34 anos) consumiram anfetaminas no último ano, com as estimativas nacionais mais recentes relativas à prevalência a variarem de 0,1 % em Chipre, em Portugal e na Roménia, a 3,1 % nos Países Baixos. 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 novos inquéritos

desde 2014 e indicaram intervalos de confiança, 2 comunicaram estimativas mais elevadas, 10 comunicaram uma tendência estável e 2 comunicaram estimativas mais baixas do que no inquérito comparável anterior.

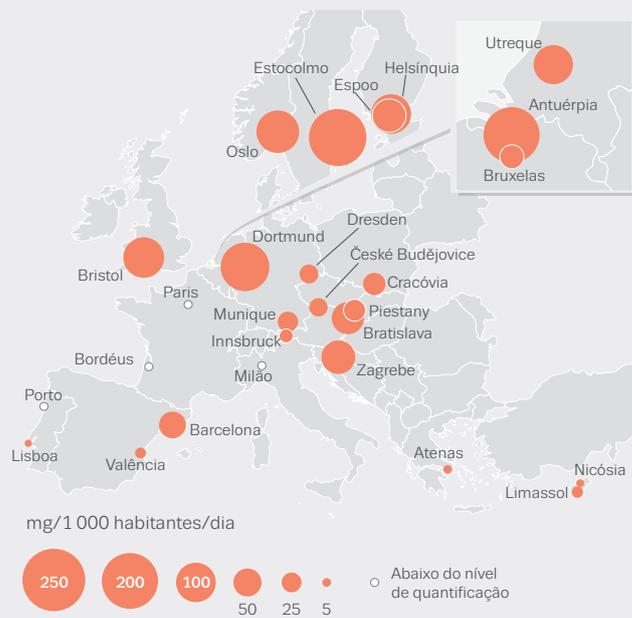
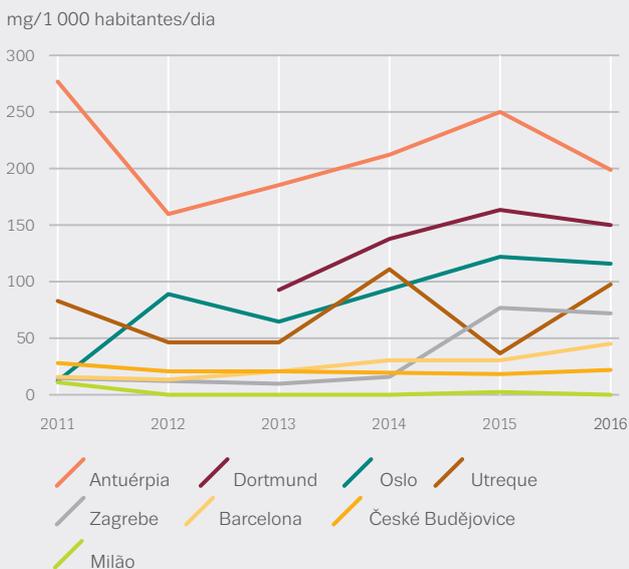
Apenas em um número restrito de países é possível proceder a uma análise estatística das tendências da prevalência de anfetaminas entre jovens adultos no último ano. Em Espanha, na Letónia e no Reino Unido, são observáveis tendências de descida a longo prazo (Figura 2.7). Em contrapartida, a Finlândia regista aumentos da prevalência desde 2000.

A análise das águas residuais realizada em 2016 revelou que as quantidades de anfetamina variavam consideravelmente no continente europeu, com os níveis mais elevados a serem registados no norte da Europa (ver Figura 2.8). Nas cidades do sul da Europa, foram detetados níveis de anfetamina muito inferiores. Das 32 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2015 e 2016, 13 comunicaram um aumento, 9 uma situação estável e 10 uma redução. Em termos gerais, os dados de 2011 a 2016 revelaram tendências relativamente estáveis para a anfetamina.

O consumo de metanfetamina, normalmente baixo e tradicionalmente concentrado na Eslováquia e na República Checa, parece agora estar também presente no leste da Alemanha e no norte da Europa, nomeadamente em cidades da Finlândia (ver Figura 2.9). Em 2015 e 2016, das 30 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos à presença de metanfetamina em águas residuais, 13 comunicaram um aumento, 10 uma situação estável e 7 uma redução.

FIGURA 2.8

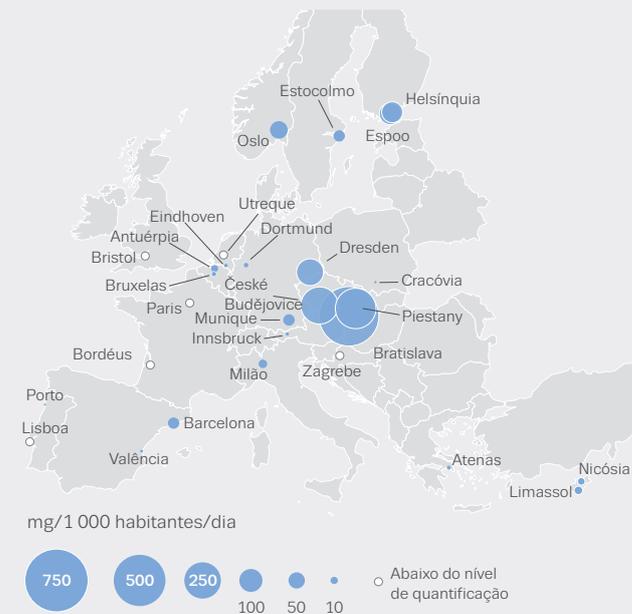
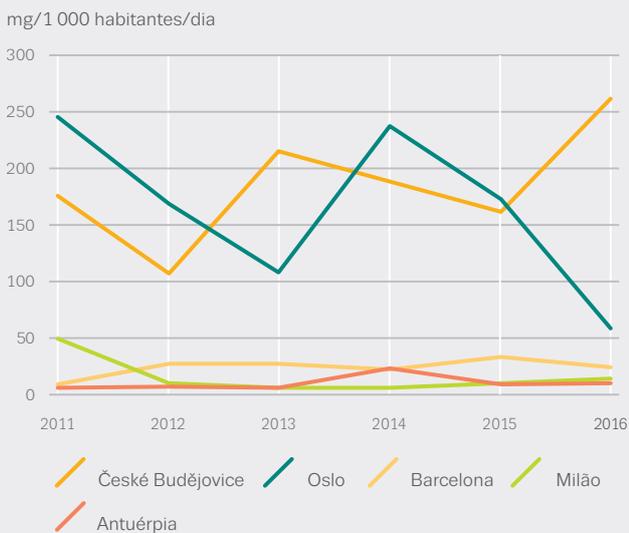
Resíduos de anfetaminas nas águas residuais de determinadas cidades europeias: tendências e dados mais recentes



Nota: Quantidades médias diárias de anfetamina em miligramas por 1 000 habitantes. A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, em 2016
 Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGURA 2.9

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



Nota: Quantidades médias diárias de metanfetamina em miligramas por 1 000 habitantes. A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, em 2016.
 Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

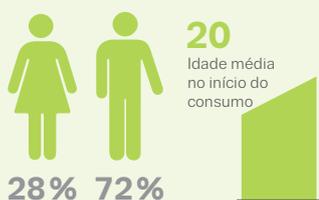
Consumo de anfetaminas de alto risco: aumento da procura de tratamento

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 Eslováquia e na República Checa. As estimativas recentes disponíveis sobre o consumo de anfetaminas de alto risco, em 2015, apontam para 0,33 % ou 11 200 adultos na Noruega e para 0,19 % ou 102 000 consumidores na Alemanha. Os consumidores de anfetaminas constituem provavelmente a maioria da estimativa de 2180 (0,17 %) consumidores de estimulantes de alto risco comunicados pela Letónia em 2014, uma redução face aos 6540 (0,46 %) consumidores registados em 2010. Encontram-se disponíveis estimativas recentes sobre o consumo de metanfetamina de alto risco no Chipre e na República Checa. O consumo de metanfetamina de alto risco entre adultos (15-64 anos) na República Checa, em 2015, foi estimado em cerca de 0,49 %. O consumo de alto risco da droga, sobretudo injetável, aumentou de 20 900 consumidores, em 2007, para um pico de 36 400 consumidores em 2014, baixando para 34 200 em 2015. As estimativas relativas ao Chipre são de 0,14 %, ou seja, 678 consumidores, em 2015.

Aproximadamente 34 000 utentes que iniciaram um tratamento especializado da toxicodependência na Europa, em 2015, referiram as anfetaminas como droga principal, 14 000 dos quais iniciavam pela primeira vez um tratamento. Os consumidores de anfetamina como droga principal representam mais de 15 % dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Bulgária, na Alemanha, na Letónia, na Polónia e na Finlândia. Os utentes que iniciam tratamento e referem as metanfetaminas como droga principal concentram-se na República Checa e na Eslováquia, que, em conjunto, representam 90 % dos 9 000 consumidores de metanfetamina em tratamento especializado na Europa. De um modo geral, a tendência de aumento de utentes em tratamento pela primeira vez que indicam a anfetamina ou a metanfetamina como droga principal, observada entre 2006 e 2014, continuou a registar-se em muitos países em 2015.

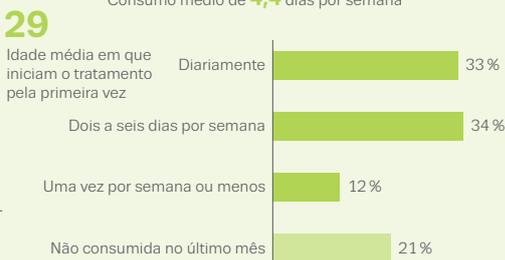
CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAM TRATAMENTO

Características



Frequência do consumo no último mês

Consumo médio de 4,4 dias por semana



Os que iniciam pela primeira vez

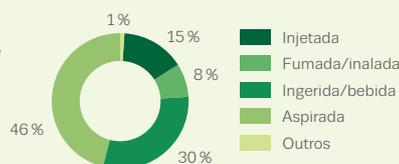
43%



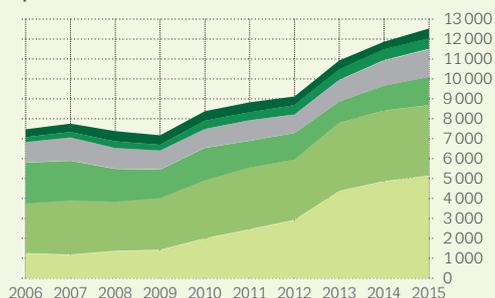
Utentes anteriormente tratados

57%

Via de administração



Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



■ Alemanha ■ República Checa ■ Reino Unido
■ Outros países ■ Eslováquia ■ Países Baixos

Nota: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de anfetaminas como droga principal. As tendências entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez são baseadas em dados de 23 países.

Cetamina, GHB e alucinogénios: o consumo mantém-se baixo

Outras substâncias com propriedades alucinogénicas, anestésicas, dissociativas ou 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. No seu inquérito de 2015, a Noruega comunicou a prevalência do consumo de GHB no último ano em 0,1 % dos adultos (16-64 anos). Em 2015, a prevalência do consumo de cetamina, *poppers* e GHB no último ano entre adultos jovens (15-34 anos) foi estimada em 0,6 % no Reino Unido e na República Checa.

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 adultos jovens (15-34 anos), no último ano, os inquéritos nacionais permitem estimar uma prevalência inferior a 1 % para ambas as substâncias, à exceção dos Países Baixos (1,1 %) e da República Checa (2,2 %) no que respeita aos cogumelos alucinogénicos, em 2015, e da Finlândia (1,3 %) no que respeita ao LSD, em 2014.

Consumo de novas substâncias psicoativas: baixo na população em geral

Vários países incluíram novas substâncias psicoativas nos seus inquéritos à população em geral, embora as diferenças nos métodos e nas perguntas dos inquéritos limitem a comparação entre países. Desde 2011, onze países europeus comunicam estimativas nacionais relativas ao consumo de novas substâncias psicoativas (à exceção da cetamina e do GHB). No caso dos jovens adultos (15-34 anos), a prevalência do consumo destas substâncias no último ano varia entre 0,3 % na Áustria e 1,6 % na República Checa e na Irlanda.

Estão disponíveis dados de inquéritos sobre o consumo de mefedrona no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales). No inquérito mais recente (2015/2016), o consumo desta droga no último ano entre os jovens com idades compreendidas entre 16 e 34 anos foi estimado em 0,5 %, uma redução face a 1,1 % em 2014/2015.

Um pequeno número de inquéritos contém questões sobre o consumo de canabinoides sintéticos. O consumo de canabinoides sintéticos no último ano entre os jovens com idades compreendidas entre 15 e 34 anos foi estimado em 1,5 % na Letónia e 0,4 % na Eslováquia, em 2015, e em 0,1 % na Finlândia, em 2014. Ainda em 2014, em França, foi estimado em 4 % o número de jovens com idades compreendidas entre 18 e 34 anos que referiram já terem consumido canabinoides sintéticos.

Novas substâncias psicoativas: consumo de alto risco nas populações marginalizadas

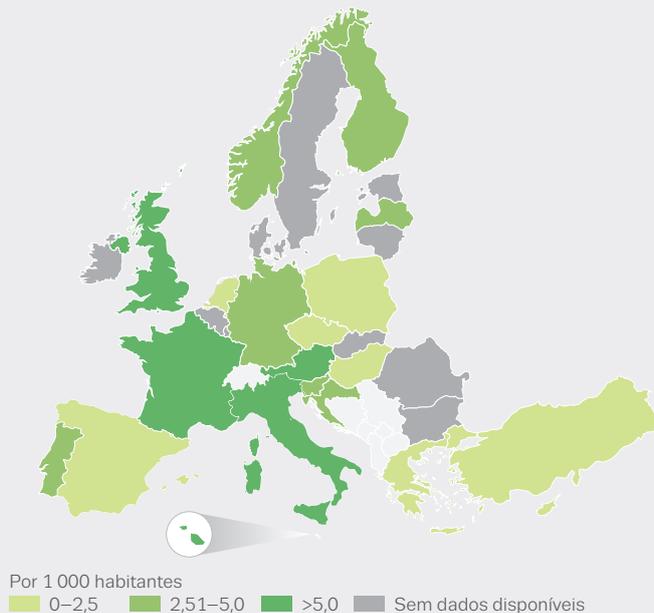
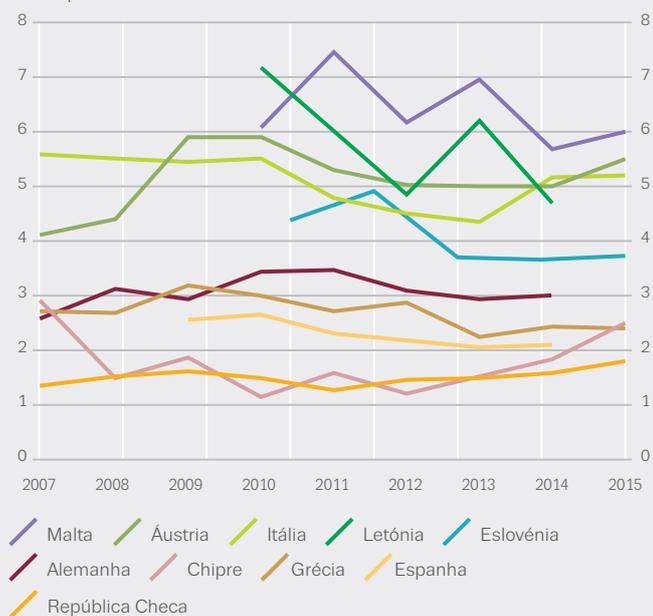
Em 2016, o EMCDDA analisou o consumo de novas substâncias psicoativas por consumidores de alto risco. O estudo concluiu que, embora os níveis de consumo fossem baixos a nível geral na Europa, os padrões de consumo estavam associados a vários problemas. A maioria dos países europeus (22) comunicou algum grau de consumo de novas substâncias psicoativas entre os grupos de consumidores de alto risco, embora o consumo mais extensivo de opiáceos e estimulantes injetáveis estivesse limitado à Hungria e a partes do Reino Unido. Metade dos países (15) comunicou o consumo de catinonas sintéticas injetáveis, com a frequência do consumo da substância a variar consoante o país; por exemplo, mefedrona no Reino Unido, alfa-PVP na Finlândia, pentedrona na Hungria e 3-MMC na Eslovénia. O consumo de canabinoides sintéticos para fumar em populações marginalizadas, nomeadamente pessoas sem-abrigo e população prisional, é um problema emergente identificado em cerca de dois terços dos países europeus.

Atualmente, na Europa, poucas pessoas iniciam tratamento devido a problemas associados ao consumo de novas substâncias psicoativas, embora seja provável que existam poucas informações neste domínio. Em 2015, cerca de 3200 consumidores, ou menos de 1 % dos utentes que iniciaram tratamento especializado da toxicod dependência na Europa, referiram problemas relacionados com essas substâncias. No Reino Unido, cerca de 1 500 utentes que iniciaram tratamento (ou cerca de 1 % de todos os consumidores de drogas) referiram as catinonas sintéticas como droga principal; a Hungria e a Roménia também comunicaram números relativamente elevados de consumidores de novas substâncias psicoativas a iniciarem tratamento da toxicod dependência.

FIGURA 2.10

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

Casos por 1 000 habitantes



Consumidores de opiáceos de alto risco: a heroína ainda predomina

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.

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. Nos últimos anos, foi identificada a existência de uma *coorte* envelhecida de consumidores de opiáceos de alto risco que, provavelmente, esteve em contacto com serviços de tratamento de substituição.

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 2015. A nível nacional, as estimativas da prevalência do consumo de opiáceos de alto risco variam entre menos de um e mais de oito casos por 1000 habitantes entre os 15 e os 64 anos (Figura 2.10). Cinco países representam três quartos (76 %) da estimativa de consumidores de opiáceos de alto risco na União Europeia (Alemanha, Espanha, França, Itália e Reino Unido). Dos 10 países com várias estimativas de consumo de opiáceos de alto risco entre 2007 e 2015, a Espanha apresenta uma redução significativa do ponto de vista estatístico (Figura 2.10).

Em 2015, 191 000 utentes que iniciaram tratamento especializado na Europa, dos quais 37 000 pela primeira vez, referiram opiáceos como a sua droga principal. Os consumidores de heroína como droga principal representaram 79 % dos consumidores de opiáceos como droga principal que iniciaram tratamento pela primeira vez.

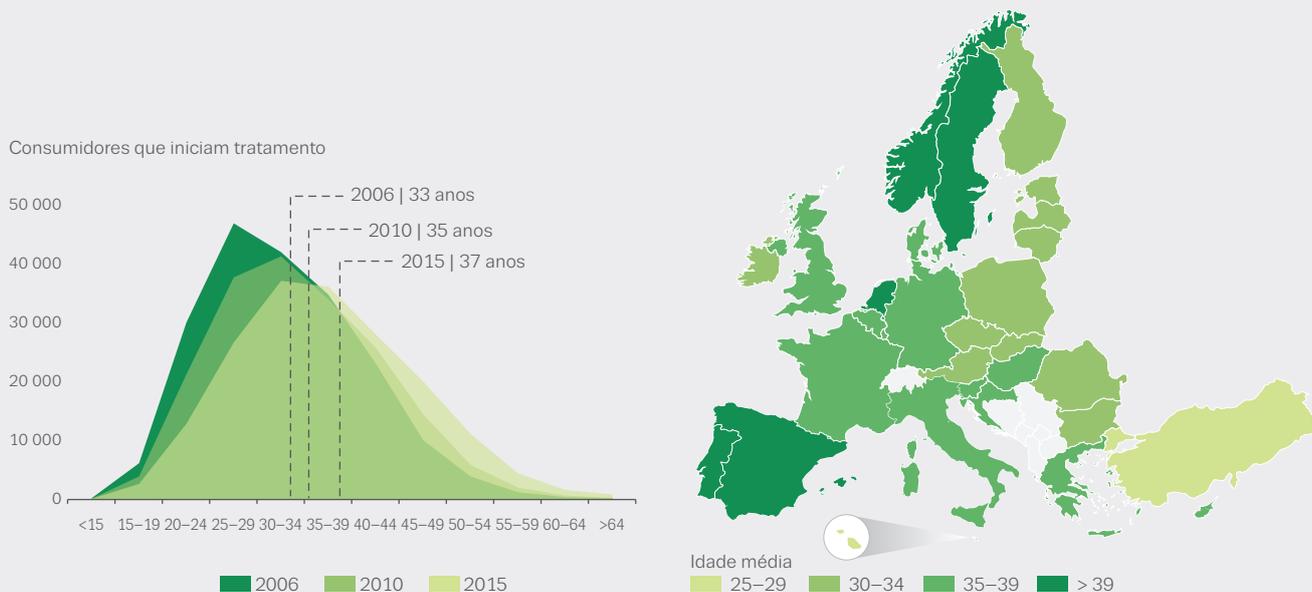
Uma população envelhecida de consumidores de opiáceos

O número de novos consumidores que procuram tratamento para a dependência da heroína caiu de um pico de 56 000, em 2007, para 23 000 em 2013, antes de aumentar para 29 000 em 2015. O recente aumento pode ser observado em vários países, mas deve ser interpretado com precaução, uma vez que as alterações na comunicação a nível nacional podem ter influenciado o número total na UE.

Muitos consumidores de longa data de opiáceos na Europa, normalmente com históricos de policonsumo de drogas, rondam agora os 40-50 anos de idade. Entre 2006 e 2015, a idade média dos utentes que iniciaram tratamento devido a problemas relacionados com o consumo de opiáceos aumentou 4 anos (ver Figura 2.11). No mesmo período, a idade média das vítimas de mortes induzidas pela droga (sobretudo por opiáceos) aumentou 5,5 anos. Um histórico de consumo de drogas injetáveis e problemas de saúde, más condições de vida e consumo de tabaco e álcool torna esses consumidores suscetíveis a um conjunto de problemas de saúde crónicos,

FIGURA 2.11

Mudanças na estrutura etária ao longo do tempo de utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de opiáceos como droga principal (esquerda) e idade média por país (direita)

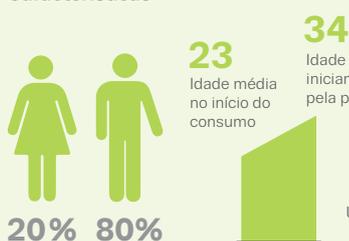


nomeadamente problemas cardiovasculares e pulmonares. Os consumidores de heroína de longa data também apresentam queixas de dor crónica e as infeções crónicas pelo vírus da hepatite C constituem um risco acrescido de virem a sofrer de cirrose e outros problemas hepáticos. Os efeitos cumulativos do policonsumo de

drogas, das *overdoses* e das infeções ao longo de muitos anos aceleram o envelhecimento físico destes consumidores, com implicações significativas para os serviços de tratamento, de assistência social e de prevenção de mortes associadas à droga.

CONSUMIDORES DE HEROÍNA EM TRATAMENTO

Características

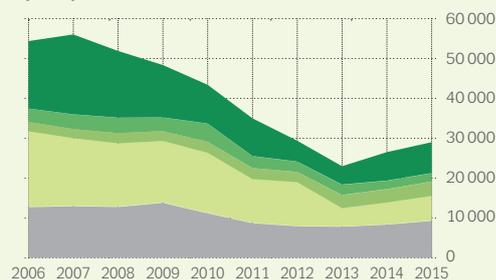


Frequência do consumo no último mês

Consumo médio de 6 dias por semana



Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



Os que iniciam pela primeira vez

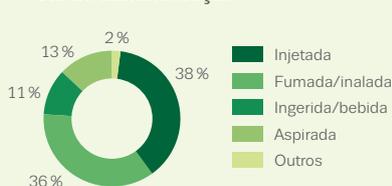
19%



Utentes anteriormente tratados

81%

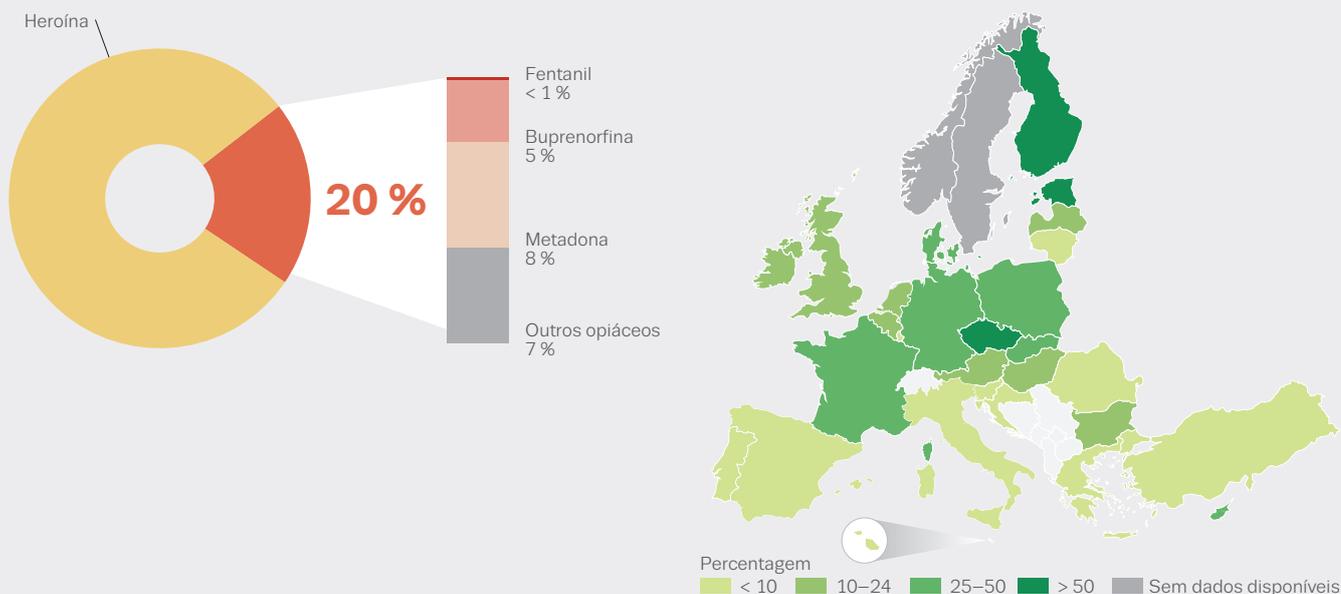
Via de administração



Nota: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de heroína como droga principal. As tendências entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez são baseadas em dados de 23 países. Devido a alterações do fluxo de dados a nível nacional, os dados desde 2014 referentes a Itália não são comparáveis com os dos anos anteriores.

FIGURA 2.12

Consumidores que iniciam tratamento referindo opiáceos como droga principal (esquerda) e percentagem que refere outros opiáceos que não a heroína (direita)



Opiáceos sintéticos: presença crescente no consumo de opiáceos de risco elevado

Apesar de a heroína continuar a ser o opiáceo ilícito mais consumido, várias fontes sugerem que o consumo de opiáceos sintéticos ilícitos (como a metadona, a buprenorfina e o fentanil) é cada vez maior. Em 2015, 17 países europeus comunicaram que mais de 10 % dos consumidores de opiáceos que iniciaram tratamento especializado apresentavam problemas relacionados essencialmente com outros opiáceos que não a heroína (Figura 2.12). Entre os opiáceos referidos pelos utentes que iniciaram tratamento, incluía-se a metadona, a buprenorfina, o fentanil, a codeína, a morfina, o tramadol e a oxicodeona. Em alguns países, os opiáceos que não a heroína constituem a forma mais comum de consumo de opiáceos entre utentes que iniciam tratamento. Na Estónia, a maioria dos utentes que iniciam tratamento devido ao consumo de opiáceos consome fentanil, enquanto a buprenorfina é o opiáceo mais consumido indevidamente na Finlândia. Na República Checa, embora a heroína seja o opiáceo principal mais referido, os outros opiáceos são referidos por mais de metade dos utentes que iniciam tratamento devido a problemas associados aos opiáceos.

Consumo de drogas injetáveis: os níveis mais baixos de sempre entre novos utentes que iniciam tratamento

O consumo de droga injetável está normalmente associado aos opiáceos, embora a injeção de estimulantes como as anfetaminas ou a cocaína constitua um problema em alguns países.

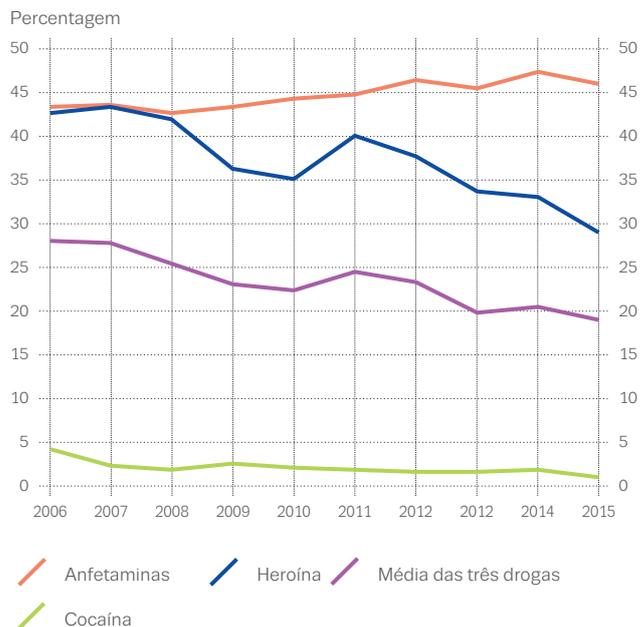
Apenas doze países possuem estimativas da prevalência do consumo de drogas injetáveis desde 2012, que variam desde menos de 1 a 9 casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos.

Em 2015, dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez por consumo de heroína como droga principal, 29 % indicaram a via injetável como principal via de administração, um decréscimo face aos 43 % registados em 2006 (Figura 2.13). Neste grupo, os níveis de consumo injetado variam de país para país, de 8 % em Espanha para mais de 90 % na Letónia, na Lituânia e na Roménia. A injeção é referida como a principal via de administração por 46 % dos utentes que iniciam tratamento pela primeira vez devido ao consumo de anfetaminas, um pequeno aumento desde 2006, e por 1 % dos utentes que o fazem devido ao consumo de cocaína. Considerando o conjunto das três principais drogas injetáveis, entre os utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento da toxicod dependência na Europa, a injeção como principal via de administração diminuiu de 28 %, em 2006, para 19 %, em 2015.

FIGURA 2.13

A injeção de catinonas sintéticas, embora não seja um fenômeno disseminado, continua a ser assinalada entre algumas populações específicas, incluindo consumidores de opiáceos injetáveis e utentes de serviços de tratamento da toxicodependência em alguns países. Num estudo recente do EMCDDA, 10 países referiram a injeção de catinona sintética (frequentemente com outros estimulantes e GHB) no contexto de festas de sexo entre pequenos grupos de homens que mantêm relações sexuais com outros homens.

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



O consumo indevido de opiáceos sintéticos está a aumentar

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

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 opioid users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

Publicações conjuntas do EMCDDA e do ESPAD

2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

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

3

**Os problemas de saúde crónicos
e agudos estão associados
ao consumo de drogas ilícitas**

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 as propriedades das substâncias, 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. 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 também potencia os riscos. Em comparação, apesar de os problemas de saúde associados ao consumo de cânabis serem claramente menores, a prevalência elevada do consumo desta droga pode ter implicações na saúde pública. A variação do teor e da pureza das substâncias agora ao dispor dos consumidores aumenta os danos potenciais e cria um ambiente problemático para as respostas aos problemas da droga.

A conceção e a execução de respostas efetivas aos problemas da droga com base em dados constituem um aspeto fundamental das políticas europeias de combate à droga e envolvem um conjunto de medidas. A prevenção 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, incluindo as iniciativas de natureza psicossocial e farmacológica, constitui a primeira resposta de combate à dependência. Algumas intervenções estratégicas, tais como os tratamentos de substituição de opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas, foram em parte desenvolvidas para combater o consumo de opiáceos injetáveis e os problemas conexos, especialmente a disseminação de doenças infecciosas e mortes por *overdose*.

Monitorização dos danos causados pela droga e respostas

As informações sobre as respostas sanitárias e sociais aos problemas relacionados com o consumo de drogas, incluindo as estratégias em matéria de droga e a despesa pública relacionada com o combate à droga, 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 conjuntos 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: Perfis de saúde e respostas sociais e Portal de boas práticas.

Respostas ao fenómeno da droga: os custos das ações

Compreender os custos associados às ações relacionadas com a droga é um aspeto importante da avaliação das políticas. Contudo, 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 23 países que produziram estimativas nos últimos dez anos, essa despesa varie entre 0,01 % e 0,5 % do produto interno bruto (PIB).

A despesa com a redução da procura, expressa em percentagem do orçamento global para o combate à droga, variou substancialmente entre os países, representando entre 23 % e 83 % da despesa pública relacionada com a droga. Embora as diferenças se devam, em parte, a diferentes opções políticas e à organização dos serviços públicos, a exaustividade das estimativas também tem um impacto significativo. Nas estimativas atuais, os custos associados ao tratamento da toxicod dependência e outros custos com a saúde representam uma grande percentagem da despesa relacionada com a redução da procura. Embora a monitorização da despesa relacionada com o tratamento da toxicod dependência seja objeto de desenvolvimento contínuo, ainda são necessários melhoramentos metodológicos.

A despesa pública relativa às respostas ao problema da droga é apenas uma parte do custo suportado pela sociedade no que respeita às drogas ilícitas. A este, podem acrescentar-se os custos suportados pelas pessoas, como as contribuições privadas para os serviços de cuidados médicos, e os custos externos para a sociedade, como as perdas de produtividade e os custos financeiros decorrentes de mortes prematuras e doenças associadas ao consumo de drogas. A avaliação destes custos mais amplos para a sociedade pode permitir uma afetação mais eficaz dos recursos. Nos países europeus para os quais existe informação disponível, o custo social das drogas ilícitas é estimado entre 0,1 % e 2 % do PIB.

Redução da procura: Normas europeias

A nível europeu e a nível nacional, as normas de qualidade aplicáveis às medidas de redução da procura de drogas são cada vez mais reconhecidas como um instrumento para a execução de intervenções baseadas em dados. Em 2015, o Conselho de Ministros da UE adotou 16 normas mínimas de qualidade aplicáveis às medidas de redução da procura de droga na União Europeia e os países foram incentivados a integrar essas normas nas políticas em matéria de droga. As normas de qualidade europeias são um conjunto de declarações ambiciosas que visam a prevenção, o tratamento, a redução dos danos e a reintegração social. Estas normas associam a qualidade da intervenção a medidas concretas, incluindo a formação adequada de pessoal e intervenções baseadas em dados, bem como a princípios como o respeito pelas necessidades individuais e o respeito da ética. Também sublinham a necessidade da participação de todas as partes intervenientes, nomeadamente a sociedade civil, na execução e avaliação das intervenções.

A recolha de dados efetuada pelo EMCDDA revela que a maioria dos países europeus dispõe de normas de qualidade e os restantes estão a proceder à sua elaboração. As normas de qualidade são utilizadas de formas diferentes. Em alguns países, são associadas à prestação de serviços e são utilizadas para avaliar a oferta. Também são utilizadas como um requisito para a participação em concursos para contratos de serviços e como instrumentos para a autoavaliação do nível de serviço.

Aplicação da prevenção: uma abordagem sistémica

A prevenção do consumo de drogas e de problemas relacionados com drogas entre os jovens engloba uma série de estratégias. As abordagens ambientais e universais são direcionadas para populações inteiras, a prevenção seletiva visa grupos vulneráveis que podem estar em maior risco de desenvolver problemas relacionados com o consumo de droga, e a prevenção específica visa pessoas em risco.

A maioria dos países europeus dispõe de normas de qualidade

Os países europeus têm abordagens à prevenção muito diferentes, com alguns a apresentarem uma tendência para adotar abordagens mais amplas centradas na comunidade e no ambiente (p. ex., com a regulação do consumo de álcool e da vida noturna) e outros a utilizarem essencialmente programas baseados em manuais. A utilização de programas de prevenção baseados em manuais, caracterizados por conteúdos e execuções rigorosamente definidos, pode ser uma forma eficaz de chegar às grandes populações através de intervenções baseadas em dados. Esses programas são referidos como uma componente fundamental das abordagens nacionais da prevenção em seis Estados-Membros.

Outros países atribuíram prioridade a uma abordagem sistémica mais ampla para as suas intervenções em matéria de prevenção, centrando-se não só em programas individuais, como também em fatores como os mecanismos de execução, a interação entre as intervenções e o contexto social e político. Um exemplo é a abordagem *Communities That Care*, que está a ser implementada em cinco países da UE. Esta abordagem, desenvolvida nos Estados Unidos, baseia-se no pressuposto de que é possível reduzir a prevalência dos problemas de saúde e de comportamento entre os jovens através da identificação de riscos e de fatores de proteção e da seleção de programas de intervenção precoce eficazes que respondam a esses problemas. Uma análise sistemática recente da eficácia da abordagem *Communities That Care* enquanto iniciativa de prevenção da droga revelou aspetos positivos em alguns estudos dos EUA, embora esta ainda não tenha sido avaliada no contexto europeu.

| Abordagem da vulnerabilidade e do risco

Nos países europeus, as respostas de prevenção para grupos vulneráveis são implementadas através de intervenções que abordam os comportamentos individuais e os contextos sociais. A nível local, essas abordagens podem envolver vários serviços e intervenientes (p. ex., sociais, família, juventude e polícia) e são comuns nos países nórdicos e na Irlanda, bem como em regiões de Espanha e de Itália. Os grupos visados com mais frequência são os jovens delinquentes, os alunos com problemas académicos e sociais e os jovens em instituições de apoio. Pouco se sabe sobre os conteúdos reais dessas estratégias de prevenção e a avaliação é limitada. No entanto, os dados dos pareceres de peritos indicam que as técnicas de prevenção seletiva utilizadas com mais frequência são baseadas em ações de informação.

Alguns países implementaram abordagens de prevenção que visam bairros de alto risco, utilizando novos métodos como a reconfiguração de espaços urbanos e a elaboração de mapas de risco que ajudam a definir a prioridade das intervenções. A disponibilidade destes tipos de intervenções é referida como sendo mais elevada na Europa do norte e ocidental (ver Figura 3.2). As abordagens que apresentam bons dados de eficácia (normativa e ambiental) estão implementadas em mais de um quarto dos países.

A prevenção indicada visa as pessoas em risco. A disponibilidade deste tipo de intervenção é limitada na Europa, com apenas quatro países a comunicarem que dispõem de programas de prevenção direcionados para a maioria das pessoas que deles necessitam.

| Intervenções rápidas

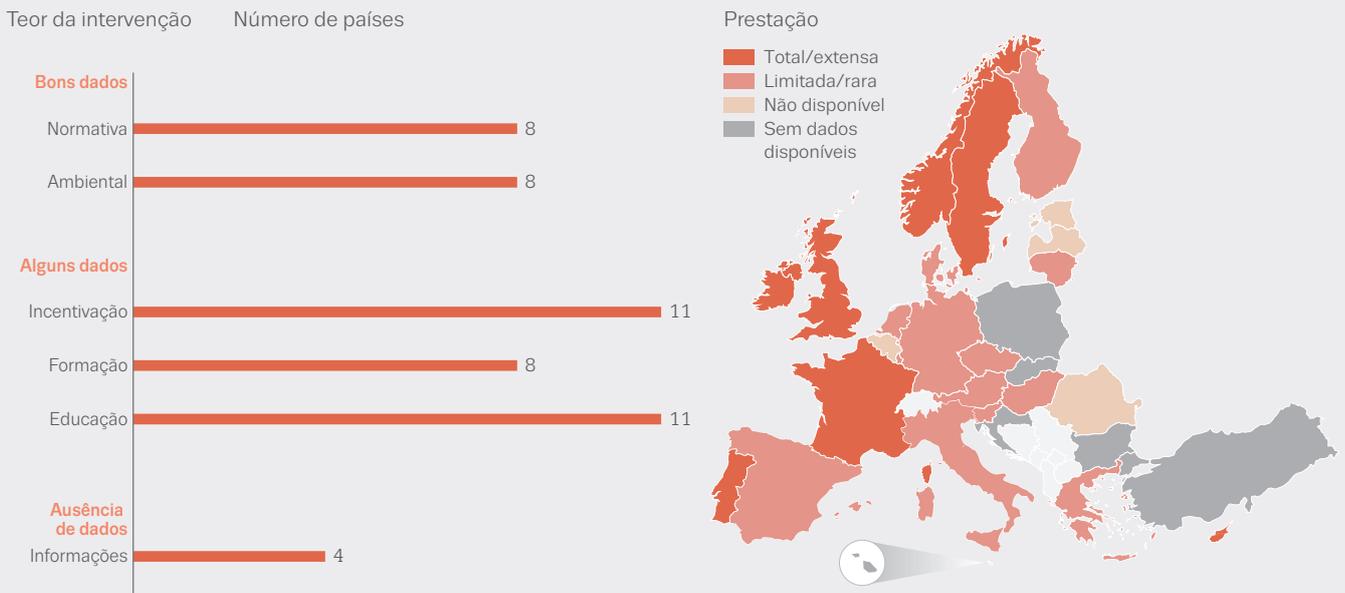
As intervenções rápidas visam evitar ou adiar o consumo de substâncias, reduzir a sua intensidade e evitar a escalada para o consumo problemático. Estas intervenções de tempo limitado ocorrem na zona indefinida entre a prevenção e o tratamento e, normalmente, são direcionadas para os problemas dos jovens ou de pessoas em risco de se tornarem consumidoras de substâncias. Podem ser executadas por diferentes profissionais de saúde e de assistência social, incluindo médicos de clínica geral, orientadores, monitores de jovens e agentes da polícia, e integram frequentemente elementos de intervenção motivacional.

Os dados atuais indicam que as intervenções rápidas não estão amplamente implementadas na Europa, com três países a comunicarem a oferta completa e abrangente dessas intervenções nas escolas e dois a comunicarem esse grau de execução em serviços de baixo limiar.

As intervenções são caracterizadas por terem um custo relativamente baixo, podendo ser executadas em vários cenários por vários profissionais após uma formação rápida. São exemplos de intervenções rápidas implementadas em vários países o *eSBIRT*, que executa intervenções rápidas em serviços de urgências (Bélgica), e o *Fred*, destinado a jovens numa fase inicial de procedimentos penais (Alemanha, Chipre, Eslovénia, Polónia e Roménia). Contudo, um estudo recente realizado pelo EMCDDA concluiu que, embora existam investigações que comprovam a eficácia das intervenções rápidas, estas são ainda incompletas e é necessário um conhecimento mais profundo da dimensão da implementação.

FIGURA 3.2

Intervenções de prevenção em bairros de alto risco implementadas nos países europeus: baseadas em dados e no nível de oferta



Nota: Com base em classificações de peritos.

Referenciação para tratamento e período de internamento

O tratamento da toxicod dependência é a intervenção mais importante utilizada com as pessoas que têm problemas relacionados com o consumo de drogas, incluindo a dependência, e a facilidade de acesso a serviços de tratamento adequados é um dos principais objetivos políticos. A monitorização dos resultados do tratamento é importante para melhorar os percursos de tratamento dos utentes e ajustar os serviços para uma melhor resposta às necessidades observadas.

A autorreferenciação continua a ser a via mais comum para o tratamento. Esta forma de referenciação para tratamento, que inclui ainda a referenciação por familiares ou amigos, abrange cerca de metade dos utentes que iniciaram tratamento especializado da toxicod dependência na Europa, em 2015. Outros 25 % dos utentes foram referenciados por serviços de saúde e serviços sociais, enquanto 15 % foram referenciados pelo sistema de justiça penal. Alguns países dispõem de mecanismos que têm por objetivo afastar os toxicod dependentes do sistema de justiça penal e integrá-los em programas de tratamento. Tais mecanismos podem envolver uma ordem judicial de tratamento ou uma pena suspensa condicionada ao tratamento. Em alguns países também é possível uma intervenção ainda na fase inicial do processo penal. Em 2015, os consumidores de canáb is eram os mais suscetíveis de serem referenciados pelo sistema de justiça penal; na Hungria, cerca de 80 % das referenciações para tratamento de canáb is foram provenientes desta fonte.

Os percursos dos utentes durante o tratamento são frequentemente caracterizados pela utilização de diferentes serviços, vários internamentos e períodos de internamento variáveis. Os resultados de uma análise de dados de 2015 relativos aos tratamentos realizados em sete países europeus fornecem uma perspetiva dos percursos de tratamento. Dos 400 000 utentes em tratamento nesses países durante esse ano, menos de 20 % iniciaram tratamento pela primeira vez; cerca de 30 % repetiram tratamento, tendo recebido tratamento num ano anterior; e cerca de metade tinham estado em

tratamento contínuo durante mais de um ano. A maioria dos utentes em tratamento contínuo era do sexo masculino, com quase 30 anos, tinham estado em tratamento durante mais de 3 anos e tinham problemas relacionados com o consumo de opiáceos, nomeadamente heroína.

Tratamento relacionado com a canábis: várias abordagens

O consumo regular e prolongado de canábis é associado ao aumento do risco de vários problemas de saúde física e mental, incluindo a dependência. Embora muitos países ofereçam tratamento às pessoas com problemas relacionados com a canábis no âmbito de programas genéricos em matéria de consumo de substâncias, cerca de metade desenvolveu algumas opções de tratamento específico para a canábis. Os serviços prestados aos consumidores de canábis podem ser diversificados, desde intervenções rápidas, através da Internet, até compromissos terapêuticos a longo prazo, em centros especializados. Embora os tratamentos deste grupo de consumidores tenham maioritariamente lugar em cenários comunitários ou em regime ambulatorio, cerca de uma em cada cinco pessoas que iniciam o tratamento da toxicod dependência em serviços especializados em regime de internamento têm problemas de consumo de canábis como droga principal.

O tratamento do consumo problemático de canábis baseia-se essencialmente em abordagens psicossociais; para os adolescentes, utilizam-se frequentemente intervenções baseadas na família e, para os adultos, intervenções cognitivo-comportamentais. Os dados disponíveis comprovam as vantagens de uma combinação da terapia cognitivo-comportamental, da intervenção motivacional e da gestão de contingência. Além disso, alguns resultados favorecem o recurso à terapia familiar multidimensional, no caso de jovens consumidores de canábis. As intervenções baseadas na Internet e em conteúdos digitais são cada vez mais utilizadas para chegar aos consumidores de canábis. Estudos realizados para medir os efeitos deste tipo de intervenções mostram resultados preliminares prometedores, no que respeita à redução dos níveis de consumo e à facilitação do início do tratamento personalizado (quando necessário).

Vários estudos estão a investigar a utilização de intervenções farmacológicas para problemas relacionados com a canábis. Essa investigação inclui a análise da possibilidade de utilização de THC (e de THC sintético) em combinação com outros medicamentos psicoativos, incluindo antidepressivos, ansiolíticos e estabilizadores de humor. Até ao momento, os resultados foram inconsistentes e não foi identificada nenhuma abordagem farmacológica eficaz para o tratamento da dependência da canábis.

Tratamento da toxicod dependência: maioritariamente prestado em centros comunitários

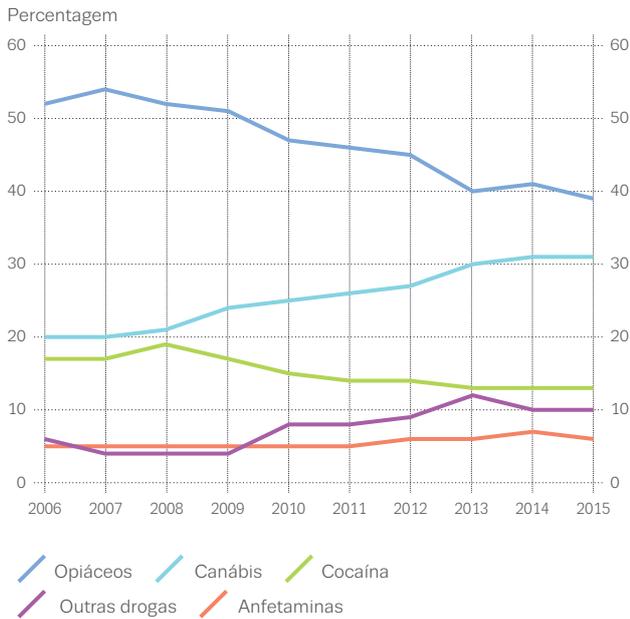
Estima-se que 1,4 milhões de pessoas tenham recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na União Europeia, em 2015 (1,6 milhões, incluindo a Noruega e a Turquia). Os consumidores de opiáceos representam o maior grupo em tratamento especializado na Europa e beneficiam da maior parte dos recursos de tratamento disponíveis, sobretudo sob a forma de tratamentos de substituição. Por ordem de importância, os consumidores de canábis e cocaína são o segundo e o terceiro grupos a ingressar nestes serviços (Figura 3.3), 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 representarem mais de 90 % dos utentes que iniciam tratamento na Estónia e menos de 5 % na Hungria.

Na Europa, o tratamento da toxicod dependência é predominantemente realizado em regime ambulatorio, sendo os centros de dia especializados os maiores prestadores de cuidados aos consumidores de drogas (Figura 3.4). Os centros de saúde gerais 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 dimensão, como a Alemanha e a França. Noutros países, por exemplo, na Eslovénia, os centros de cuidados de saúde mental podem também desempenhar um papel importante na oferta de cuidados em regime ambulatorio.

Os serviços prestados aos consumidores de canábis podem ser diversificados

FIGURA 3.3

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



Na Europa, uma percentagem mais pequena dos tratamentos da toxicodependência é realizada em regime de internamento, nomeadamente em centros residenciais localizados em hospitais (por exemplo, hospitais psiquiátricos), comunidades terapêuticas e centros residenciais de tratamento especializado. A importância relativa do tratamento em regime de internamento e em regime ambulatório nos sistemas de tratamento nacionais varia muito de país para país.

Existe cada vez mais um leque de intervenções de tratamento da toxicodependência que são também 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.

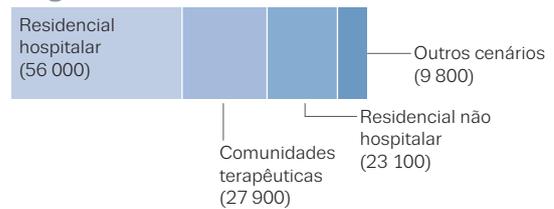
FIGURA 3.4

Número de consumidores de drogas que receberam tratamento na Europa, em 2015, por tipo de cenário de intervenção

Regime ambulatório



Regime de internamento



Estabelecimentos prisionais

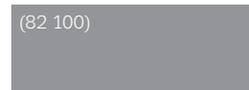
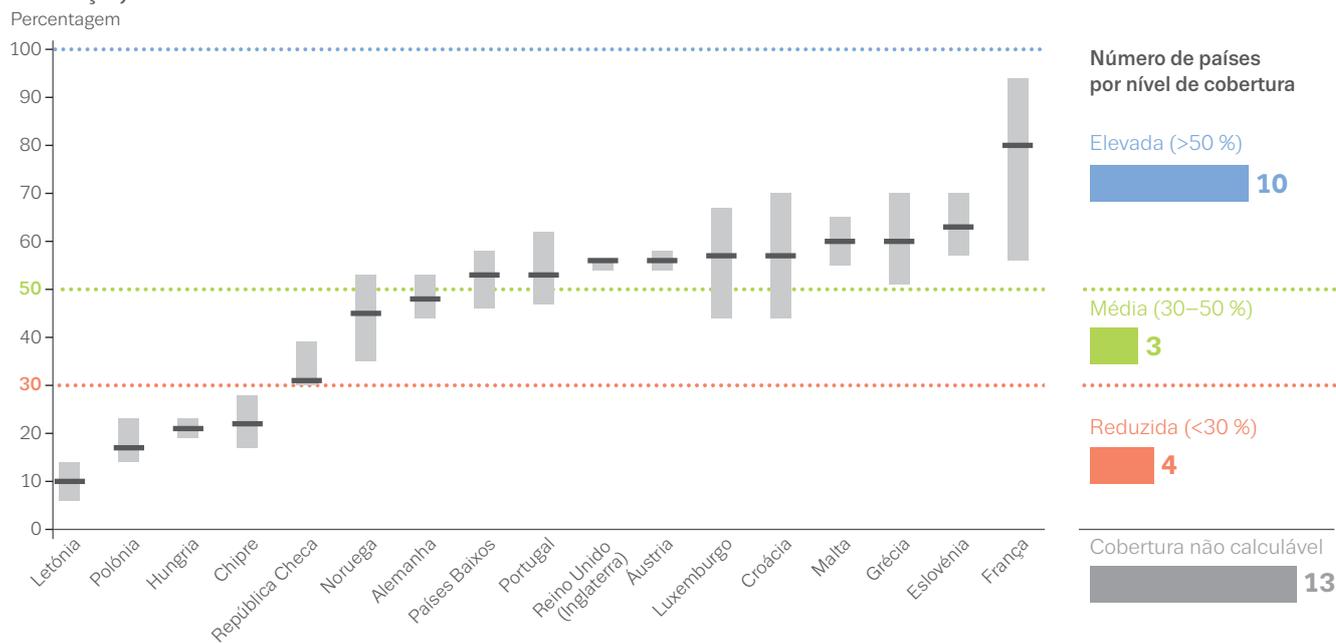


FIGURA 3.5

Cobertura do tratamento de substituição de opiáceos (percentagem estimada de consumidores de opiáceos de alto risco que recebem a intervenção)

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

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 de opiáceos ilícitos e aos comportamentos de risco notificados, bem como aos danos e à mortalidade relacionados com a droga.

Estima-se que 630 000 consumidores de opiáceos tenham recebido tratamento de substituição na União Europeia (650 000, se incluirmos a Noruega e a Turquia), em 2015. A tendência mostra um aumento dos utentes até atingir um pico em 2010, a que se seguiu um decréscimo de 6 % até 2015. Entre 2010 e 2015, foram observados decréscimos em 12 países, com os mais elevados (decréscimos de mais de 25 %) a serem comunicados por Espanha, Hungria, Países Baixos e Portugal. Este decréscimo pode ser explicado por fatores relacionados com a procura ou a oferta, incluindo a redução do número de consumidores crónicos de opiáceos mais velhos ou mudanças nos objetivos dos tratamentos em alguns países. Outros países continuaram a aumentar a oferta, uma vez que pretendem melhorar a cobertura do tratamento, com 12 países a comunicarem aumentos entre 2010 e 2015, nomeadamente a Letónia (157 %), a Finlândia (67 %) e a Grécia (61 %).

Estas duas tendências são confirmadas pelos dados mais recentes (2014-2015), com 12 países a comunicarem aumentos do número total de utentes em tratamento de substituição e 9 a comunicarem decréscimos.

Uma comparação com as estimativas atuais do número de consumidores de opiáceos de alto risco na Europa sugere que metade recebeu tratamento de substituição, mas existem diferenças de país para país (Figura 3.5). Contudo, por motivos metodológicos, estas conclusões devem ser interpretadas com prudência.

A metadona é o medicamento de substituição dos opiáceos mais receitado, sendo administrada a cerca de dois terços (63 %) dos utentes em tratamentos de substituição. Mais 35 % dos utentes são tratados com medicamentos à base de buprenorfina, que é a principal substância de substituição utilizada em oito 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.

**A metadona
é o medicamento
de substituição
dos opiáceos mais
receitado**

FIGURA 3.6

Principal opiáceo de substituição receitado

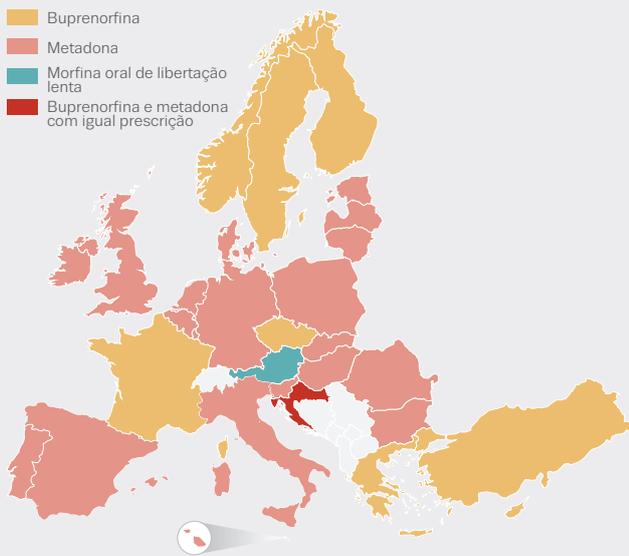
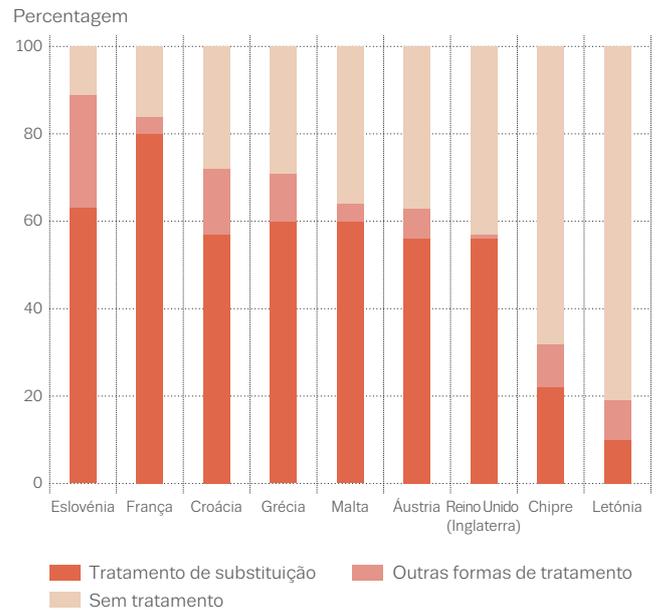


FIGURA 3.7

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



Embora menos comuns dos que os tratamentos de substituição, estão disponíveis em toda a Europa opções de tratamento alternativo para os consumidores de opiáceos. Nos nove países para os quais existem dados disponíveis, entre 1 % e 26 % de todos os consumidores de opiáceos em tratamento foram objeto de intervenções que não envolveram a substituição dos opiáceos (Figura 3.7).

Prisões: disponibilidade reduzida de tratamento da hepatite C

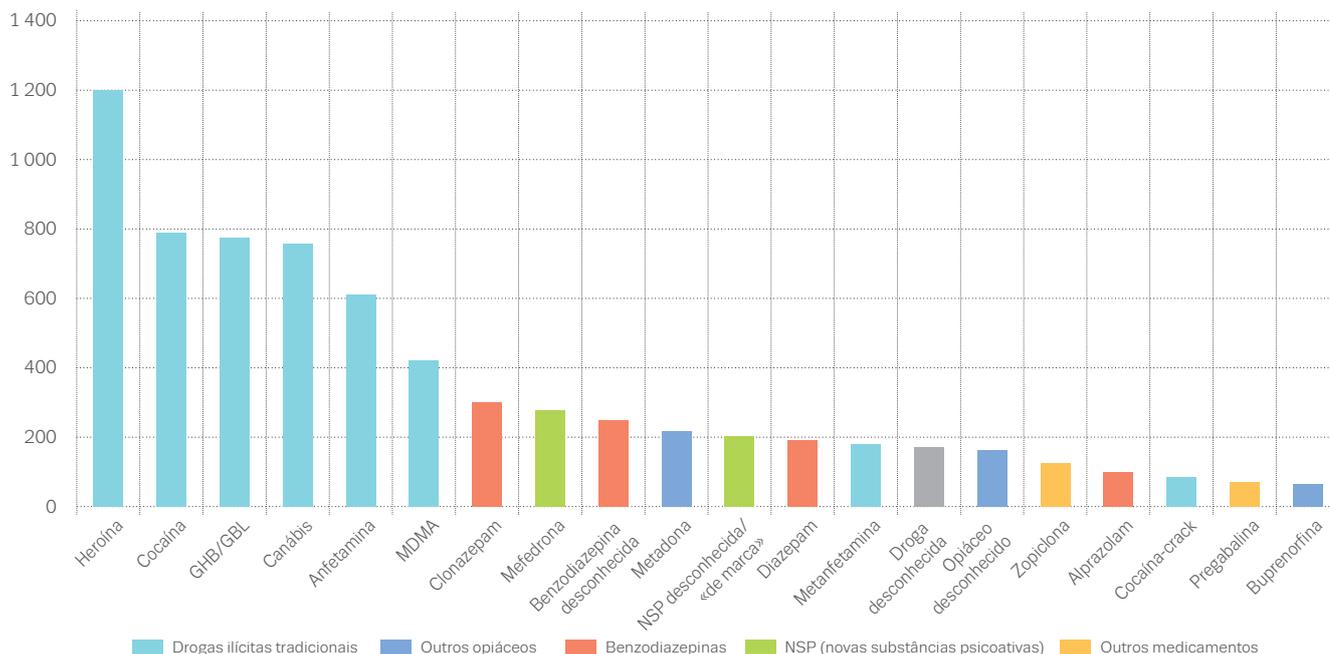
Entre os reclusos, registam-se taxas de consumo ao longo da vida mais elevadas e padrões mais nocivos de consumo de droga (incluindo as drogas injetáveis) do que entre a população em geral, tornando as prisões um local importante para intervenções relacionadas com a droga. Muitos reclusos têm necessidades complexas de cuidados de saúde e a avaliação dos problemas relacionados com a toxicod dependência é uma parte importante do rastreio de saúde realizado à entrada na prisão em muitos países.

Dois princípios importantes para a realização de intervenções de saúde nas prisões são a equivalência com a oferta em centros comunitários e a continuidade dos cuidados após a saída da prisão. A disponibilização de tratamentos de substituição de opiáceos nas prisões é comunicada por 28 dos 30 países monitorizados pelo EMCDDA. A desintoxicação, o aconselhamento individual ou em grupo e as comunidades terapêuticas ou as unidades de internamento especializadas estão disponíveis na maioria dos países. Muitos países europeus criaram parcerias interagências, entre os serviços de saúde prisionais e os prestadores de serviços na comunidade, tendo em vista facilitar a realização de intervenções de educação para a saúde e de tratamento nas prisões, bem como assegurar a continuidade dos cuidados de saúde à entrada e à saída da prisão.

FIGURA 3.8

Vinte principais drogas notificadas nas urgências de hospitais «sentinela», em 2015

Identificação da droga



Nota: Resultados de 5 054 casos de urgência atendidos em 15 hospitais «sentinela» de 9 Estados Membros.

Fonte: *European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus)*.

O rastreio de doenças infecciosas (VIH, VHB, VHC) está disponível nas prisões de muitos países, embora a oferta de tratamento da hepatite C seja rara. A existência de programas de vacinação contra a hepatite B foi referida em 16 países. A oferta de material de injeção esterilizado é menos comum, com apenas quatro países a comunicar a existência de um programa de troca de seringas neste contexto.

Muitos países preparam os reclusos para a saída da prisão, incluindo a reintegração social. Em cinco países, foram comunicados programas para prevenir o risco de *overdose*, particularmente elevado entre os consumidores de opiáceos injetáveis no período após a saída da prisão, que incluem formação e informação e a disponibilização de naloxona após a saída da prisão.

Emergências hospitalares: várias substâncias envolvidas

Os dados relativos às emergências hospitalares podem fornecer informações sobre danos graves relacionados com drogas. As informações são disponibilizadas pela Euro-DEN Plus, a rede europeia de emergências relacionadas com a droga, que monitoriza os casos de emergência relacionados com drogas em 15 hospitais («sentinela») de 9 países europeus. Os 5 054 casos registados pelo projeto, em 2015, tinham uma idade média de 31 anos e a maioria era do sexo masculino (77 %).

Em média, foram notificadas 1,5 drogas por caso (7768 no total) (ver Figura 3.8). Quase dois terços dos casos (65 %) envolveram o consumo de drogas tradicionais e as mais comuns eram a heroína, a cocaína, a canábis, a GHB/GLB, a anfetamina e a MDMA; um quarto (24 %) envolveu a utilização indevida de prescrições ou a venda ao balcão de drogas (normalmente opiáceos e benzodiazepinas); e 9 % envolveram novas substâncias psicoativas (um aumento face a 6 %, em 2014). Metade dos casos relativos a novas substâncias psicoativas envolveram uma catinona sintética e 14 % envolveram um canabinoide sintético. As drogas envolvidas nos casos de emergência apresentaram variações de local para local, refletindo padrões locais de consumo. Por exemplo, a heroína foi a principal responsável pelos casos de emergência ocorridos em Dublin (Irlanda) e em Oslo (Noruega), enquanto em Londres (Reino Unido) prevaleceram os casos associados ao consumo de GHB/GLB, cocaína e MDMA.

Muitos reclusos têm necessidades complexas de cuidados de saúde

A maioria (80 %) dos indivíduos que foram atendidos por problemas relacionados com intoxicações agudas provocadas por drogas teve alta hospitalar nas 12 horas seguintes; uma pequena minoria (6 %) desenvolveu intoxicações graves que exigiram internamento nos cuidados intensivos e 4 % foram internados numa unidade de psiquiatria. Cerca de metade (9) das 17 mortes registadas envolveu opiáceos.

Apenas alguns países dispõem de sistemas de monitorização que permitam uma análise a nível nacional das tendências relativas a intoxicações agudas provocadas pelo consumo de drogas. Entre esses países, os casos agudos de emergência relacionados com a heroína aumentaram no Reino Unido, mas continuam a diminuir na Dinamarca e na República Checa, onde os casos de emergência relacionados com a metadona estão a aumentar. Na Lituânia, os casos de emergência relacionados com opiáceos quase duplicaram entre 2013 e 2015. Em Espanha, a cocaína está envolvida em cerca de metade dos casos notificados de emergência relacionados com drogas, e a tendência está a estabilizar após um decréscimo, enquanto os casos de emergência relacionados com a canábida continuam a aumentar. A Eslovénia também indica uma tendência de subida nos casos de emergência relacionados com a canábida. Nos Países Baixos, metade dos indivíduos atendidos em postos de primeiros socorros integrados em festivais (51 %) envolveu MDMA e a proporção está a diminuir. Os casos de emergência relacionados com metanfetamina, registados por centros «sentinela» na República Checa, aumentaram mais de 50 % entre 2014 e 2015.

| Novas drogas: elevada potência e danos

As novas substâncias psicoativas, incluindo os novos opiáceos sintéticos, os canabinoides sintéticos e as catinonas sintéticas, estão a provocar uma série de danos graves na Europa.

Os fentanils são opiáceos excepcionalmente potentes que, embora representem apenas uma pequena parcela do mercado de droga europeu, constituem uma séria ameaça para a saúde individual e pública. Em parte, tal deve-se ao aumento do risco de intoxicações graves e fatais nos consumidores, muitas vezes manifestadas sob a forma de surtos, uma vez que os fentanils causam depressão respiratória rápida e profunda, bem como ao risco acrescido de exposição accidental resultante na intoxicação de terceiros. Os familiares e amigos de consumidores, bem como os responsáveis pela aplicação da lei, outros serviços de emergência, pessoal médico e pessoas que trabalham em laboratórios, podem estar em risco. A

utilização de equipamento de proteção para reduzir os riscos de danos resultantes da exposição accidental pode ser necessária em alguns cenários, por exemplo, instalações aduaneiras nas fronteiras europeias, nos quais podem ser efetuadas apreensões de pós de fentanil a granel. Além disso, existem dados que comprovam que foram vendidos fentanils a consumidores desprevenidos sob a forma de drogas ilícitas tradicionais e medicamentos de contrafação para a dor, aumentando potencialmente o risco de intoxicação grave e fatal em alguns grupos de consumidores. Nessas circunstâncias, poderá ser necessário avaliar a disponibilidade de naloxona como antídoto. Além dos riscos agudos de *overdose*, os fentanils apresentam elevados riscos de consumo excessivo e potencial para causar dependência, o que pode piorar os problemas sociais e de saúde pública normalmente associados ao consumo de opiáceos de alto risco.

Em 2016, o EMCDDA e a Europol lançaram investigações especiais ao acríloilfentanil e ao furanilfentanil, depois de terem sido detetados sinais através do mecanismo de alerta rápido da UE. Foram notificadas mais de 50 mortes, muitas das quais atribuídas diretamente a estas substâncias. Além disso, o EMCDDA também emitiu cinco alertas à sua rede europeia relacionados com estes e outros novos fentanils.

As novas substâncias psicoativas estão a provocar uma série de danos graves na Europa



Os canabinoides sintéticos são outro grupo de novas substâncias que continuaram a causar problemas em 2016. O EMCDDA emitiu alertas sobre três substâncias — MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA e 5F-MDMB-PINACA — com base em 45 ocorrências adversas graves, incluindo 18 mortes e 27 intoxicações não fatais. Além disso, o EMCDDA iniciou um procedimento que conduziu a uma avaliação do risco do MDMB-CHMICA, o que originou que a substância fosse sujeita a medidas de controlo em toda a Europa (ver caixa).

Novas drogas: desenvolvimento de capacidades de resposta

Os danos associados às novas drogas trazem um novo conjunto de desafios às unidades de intervenção de primeira linha. Uma análise recente do EMCDDA concluiu que os profissionais de saúde europeus em vários contextos (tratamento, prevenção e redução dos danos) baseiam-se essencialmente na experiência profissional adquirida na resposta às drogas ilícitas tradicionais e nas intervenções realizadas nesse contexto. Essas intervenções incluem a divulgação de materiais educativos, o fornecimento de equipamento estéril de injeção ou a gestão sintomática de casos graves de emergência. Normalmente, as intervenções baseadas em dados podem ser ajustadas para terem em conta toxicidades específicas, refletirem características socioculturais de grupos de risco (por exemplo, boémios, homens que mantêm relações sexuais com outros homens) ou darem resposta a comportamentos de risco específicos (p. ex., acesso facilitado a seringas para dar resposta a um elevado consumo de drogas injetáveis) associados às novas substâncias psicoativas. A análise também sublinha a necessidade de formação profissional, orientação e atividades de reforço de competências em matéria de resposta às novas drogas.

A realização de intervenções dirigidas a grupos de toxicod dependentes de difícil acesso que sofrem danos consideráveis relacionados com as novas substâncias psicoativas (por exemplo, homens que mantêm relações sexuais com outros homens, pessoas sem-abrigo e reclusos) constitui um importante desafio. Em alguns países, o aumento do consumo de canabinoides sintéticos entre reclusos causou preocupação devido ao impacto na saúde mental, ao elevado síndrome de privação e ao aumento dos níveis de violência associada. As respostas e colaborações multidisciplinares que envolvem um conjunto de prestadores de cuidados de saúde em contextos de intervenção (p. ex., clínicas de saúde sexual, instalações prisionais e centros de tratamento de drogas) parecem ser uma característica importante de respostas sanitárias adequadas aos danos relacionados com o consumo de novas substâncias psicoativas na Europa.

Avaliação do risco do MDMB-CHMICA

Em julho de 2016, o MDMB-CHMICA tornou-se o primeiro canabinoide sintético cujo risco foi avaliado pelo EMCDDA. A substância foi primeiro notificada ao mecanismo de alerta rápido da UE, em 2014, pela Hungria e subsequentemente detetada em 23 Estados-Membros da UE, na Turquia e na Noruega. A substância esteve envolvida em mais de 20 intoxicações graves e 28 mortes.

Os pós de MDMB-CHMICA a granel são produzidos na China e importados para a Europa, onde são processados e embalados em «misturas herbáceas para fumar». Estima-se que muitos dos eventos adversos provocados pelo MDMB-CHMICA e outros canabinoides sintéticos estejam relacionados com a elevada potência destas substâncias e práticas de fabrico deficientes. Os dados sugerem que os produtores «adivinham» as quantidades da substância a aplicar quando fabricam «misturas para fumar». Além disso, as técnicas de fabrico de crude utilizadas podem não aplicar uma distribuição uniforme da substância no produto. Deste modo, algumas amostras podem conter quantidades elevadas da substância, o que resulta em doses elevadas e num aumento do risco de intoxicação grave e morte.

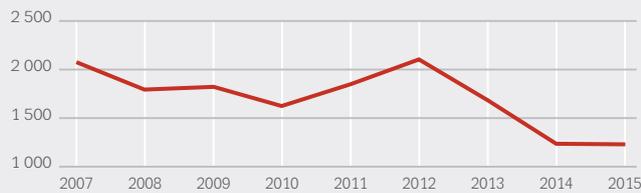
Danos relacionados com drogas crónicas: redução do VIH, surtos locais

Os consumidores de drogas, 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). Em 2015, foram notificados 1 233 novos diagnósticos de VIH em pessoas infetadas através do consumo de drogas injetáveis na União Europeia (Figura 3.9), o que representa 5 % dos diagnósticos para os quais a via de transmissão é conhecida. Esta percentagem manteve-se baixa e estável durante a última década. O número de novas infeções pelo VIH entre pessoas que consomem drogas injetáveis decresceu na maioria dos países europeus, uma redução global de 41 % entre 2007 e 2015. Contudo, o consumo de drogas injetáveis continua a ser um modo de transmissão importante em alguns países: em 2015, um quarto ou mais dos novos casos de VIH diagnosticados teve origem no consumo de drogas injetáveis na Lituânia (34 %), na Letónia (32 %), no Luxemburgo (27 %) e na Estónia (25 %).

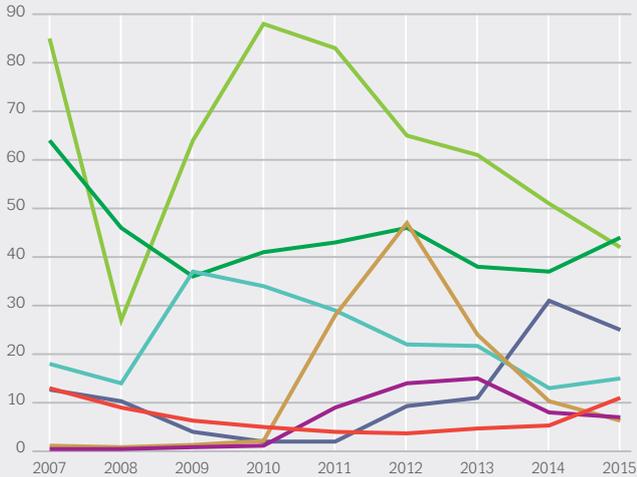
FIGURA 3.9

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

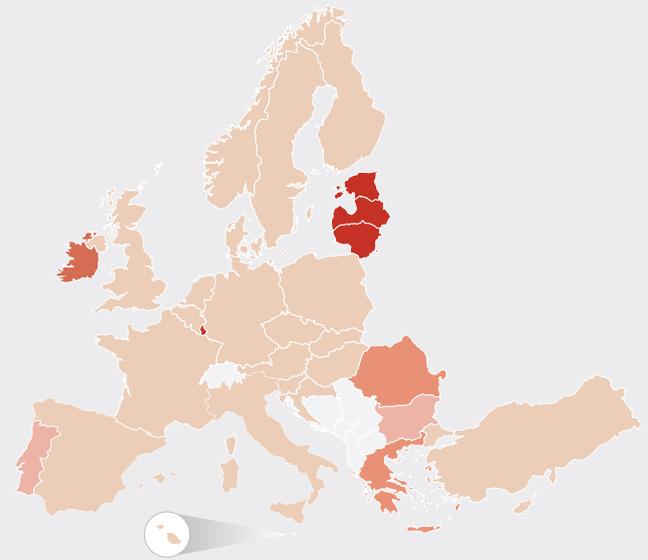
Casos na União Europeia



Casos por milhão de habitantes



Letónia Estónia Luxemburgo Lituânia
 Irlanda Roménia Grécia



Casos por milhão de habitantes
 <3 3,1-6 6,1-9 9,1-12 >12

Nota: Dados de 2015 (fonte: ECDC).

Enquanto a maioria dos países comunicou reduções nos casos de VIH relacionados com drogas injetáveis entre 2014 e 2015, a Alemanha, a Irlanda e o Reino Unido comunicaram aumentos para níveis não observados durante 7 ou 8 anos. Na Irlanda e no Reino Unido, tal deveu-se, em parte, a surtos localizados de novas infeções de VIH entre pessoas que injetam drogas. O Luxemburgo também comunicou um surto em 2014. O aumento do consumo de estimulantes injetáveis e os elevados níveis de marginalização dos consumidores têm sido fatores comuns nesses surtos. Além disso, o consumo de drogas estimulantes injetáveis num contexto sexual («slamming») entre pequenos grupos de homens que mantêm relações sexuais com outros homens tem sido associado a um aumento do risco de transmissão de infeções.

Em 2015, 14 % dos novos casos de SIDA na União Europeia, para os quais a via de transmissão era conhecida, tiveram origem no consumo de drogas injetáveis. As 479 comunicações relacionadas com o consumo de drogas injetáveis representam pouco mais de um quarto do número comunicado há uma década. Muitos dos casos foram comunicados na Grécia, na Letónia e na Roménia, onde os testes de VIH e as respostas de tratamento necessitam de ser reforçados.

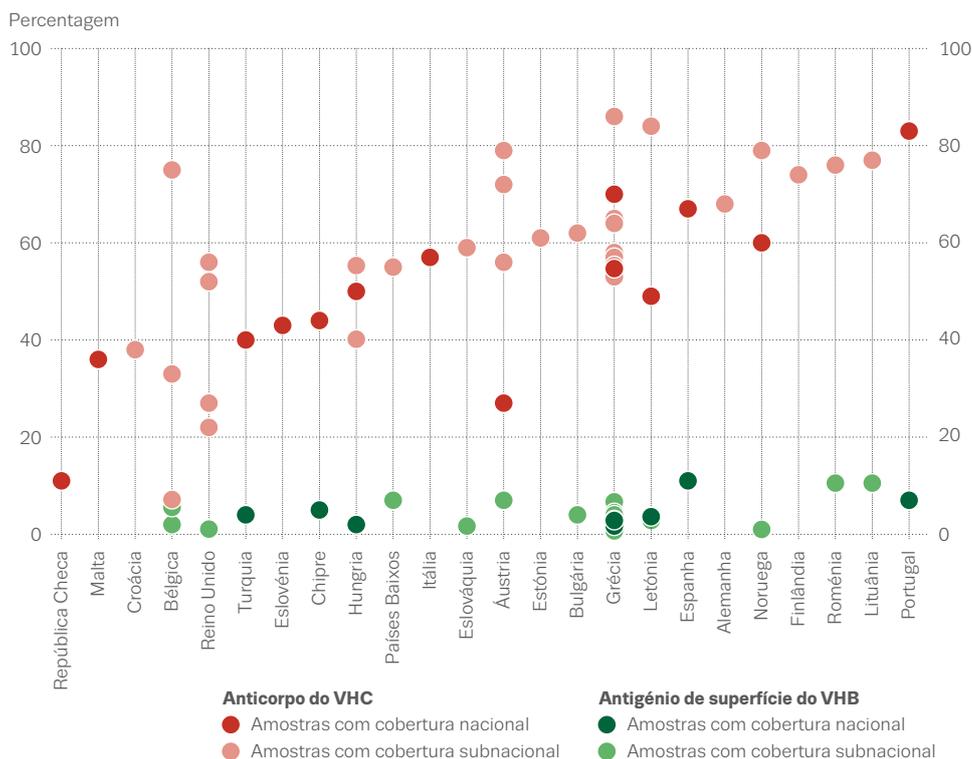
Prevalência de VHC: variação nacional

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. Em cada 100 pessoas infetadas com o VHC (anticorpo positivo), 75 a 80 desenvolvem uma infeção crónica. Este facto tem consequências importantes a longo prazo, na medida em que a infeção pelo VHC, frequentemente agravada pelo consumo excessivo de álcool, levará ao aumento do número de mortes e de casos de doenças hepáticas graves, incluindo cirrose e cancro do fígado, no grupo envelhecido de consumidores de alto risco.

O número de novas infeções de VIH entre pessoas que consomem drogas injetáveis decresceu

FIGURA 3.10

Prevalência de anticorpos do VHC e antigénio de superfície do VHB entre os consumidores de drogas injetáveis, 2014 a 2015



A prevalência de anticorpos do VHC, indicadores de infeções presentes ou passadas, nas amostras nacionais de consumidores de drogas injetáveis analisadas em 2014-2015 variava entre 16 % e 84 %, tendo 5 dos 13 países que notificaram dados nacionais apresentado taxas de prevalência superiores a 50 % (Figura 3.10). Entre os países que dispõem de dados sobre as tendências nacionais registadas no período 2010-2015, observou-se um decréscimo da prevalência do VHC entre os consumidores de droga injetada em quatro países, enquanto em três se observou um aumento.

Entre os consumidores de drogas, a infeção pelo vírus da hepatite B (VHB) é menos comum do que a infeção pelo VHC. Para este vírus, no entanto, a presença do antigénio de superfície do VHB indica a presença de uma infeção, que pode ser aguda ou crónica. Nos sete países que dispõem de dados a nível nacional, estima-se que entre 1,7 % e 11 % dos consumidores de drogas injetáveis estejam atualmente infetados com o VHB.

O consumo de drogas injetáveis é um fator de risco para outras doenças infecciosas, tendo sido comunicados casos de hepatite A relacionados com o consumo de drogas na República Checa, na Alemanha e no Luxemburgo, em 2016. Casos restritos e esporádicos de botulismo das feridas entre consumidores de drogas injetáveis foram também comunicados na Alemanha, na Noruega e no Reino Unido.

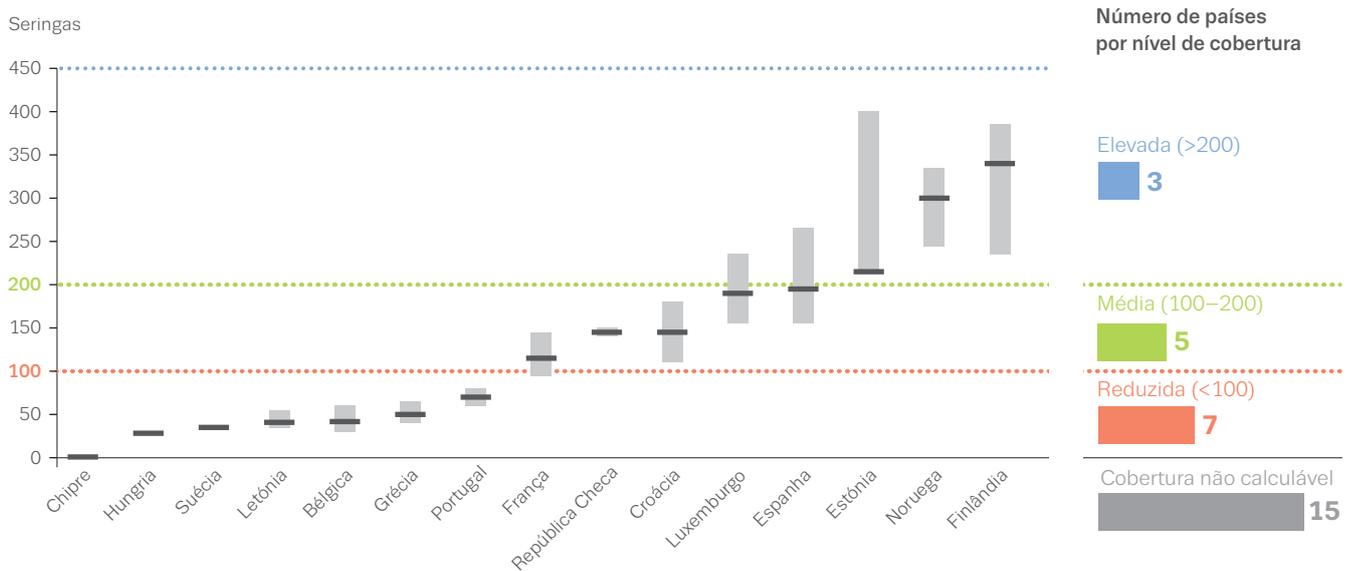
Doenças infecciosas: medidas de prevenção

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 esterilizado, de aconselhamento em matéria de comportamentos de risco com drogas injetáveis, de vacinação contra a hepatite B, de rastreio de doenças infetocontagiosas, de tratamento da hepatite C e de tratamento do VIH.

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 são eficazes na redução da transmissão do VIH entre consumidores de drogas injetáveis. Dos 30 países monitorizados pelo EMCDDA, todos, com exceção da Turquia, fornecem gratuitamente material de injeção esterilizado em centros especializados. Contudo, existem diferenças consideráveis entre os países no que respeita à distribuição geográfica dos centros de fornecimento de seringas e à cobertura da população-alvo conseguida pela intervenção (Figura 3.11). Vinte e cinco países forneceram informações sobre a disponibilização de seringas através de programas

FIGURA 3.11

Cobertura de programas especiais de seringas: número de seringas fornecidas por cada consumidor estimado de drogas injetáveis



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

especiais, o que, em termos globais, significa que a distribuição ascendeu a 52 milhões de seringas, em 2014/2015. Este valor está muito subestimado, uma vez que vários países de peso, como a Alemanha, a Itália e o Reino Unido, não comunicam todos os dados nacionais de que dispõem relativamente à disponibilização de seringas.

A ligação entre os serviços de combate à toxicod dependência e os serviços de saúde sexual pode ser particularmente importante para uma resposta eficaz aos problemas associados à injeção de estimulantes por homens que mantêm relações sexuais com outros homens. As intervenções de prevenção importantes para este grupo incluem a realização de testes de despistagem e os tratamentos de doenças infecciosas, educação na área da saúde e a distribuição de materiais de prevenção, incluindo preservativos e material de consumo injetável estéril. Para prevenir a infeção pelo VIH pela via sexual, a profilaxia de pré-exposição constitui uma opção de prevenção adicional para as populações de risco mais elevado.

Aumentar o diagnóstico precoce do VIH: mais oportunidades de rastreio

O diagnóstico tardio do VIH — quando a infeção já começou a danificar o sistema imunitário — constitui um problema específico para as pessoas que consomem drogas injetáveis. Em 2015, 58 % das novas transmissões notificadas relacionadas com drogas injetáveis foram diagnosticadas tardiamente, face à média da UE de 47 % de diagnósticos tardios para todas as vias de transmissão. O diagnóstico tardio do VIH está associado ao aumento da morbidade e da mortalidade, bem como a atrasos na iniciação de terapia antirretroviral. A política de «testar e tratar» para o VIH, em que a terapia antirretroviral é iniciada diretamente após um diagnóstico de VIH, resulta na redução da transmissão e é especialmente importante nos grupos com comportamentos de risco mais elevado, como as pessoas que consomem drogas injetáveis. O diagnóstico precoce e a iniciação da terapia antirretroviral proporcionam às pessoas infetadas uma esperança de vida normal.

Em muitos países, os serviços comunitários e os serviços de proximidade relacionados com as drogas estão a fornecer e a ampliar oportunidades de rastreio do VIH, com o objetivo de aumentar a realização de testes e a deteção precoce de infeções. As normas mínimas de qualidade da UE promovem o rastreio voluntário, em centros comunitários, de doenças infecciosas contraídas por via sanguínea, bem como aconselhamento sobre comportamentos de risco e assistência na gestão de doenças. Contudo, o estigma e a marginalização dos toxicod dependentes continuam a ser obstáculos importantes à aceitação de programas de rastreio e tratamento.

Tratamento contra o VHC: medicamentos mais eficazes

Uma vez que a infeção por VHC tem elevada prevalência entre os consumidores de drogas injetáveis, estes são um alvo essencial para fins de rastreio e tratamento, a fim de prevenir a progressão de doenças hepáticas e de mortes. Além disso, 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 diretrizes clínicas europeias recomendam que sejam considerados elegíveis para terapia todos os doentes com doenças hepáticas crónicas provocadas por infeção pelo VHC. As diretrizes recomendam ainda que o tratamento deve ser considerado sem demora para os indivíduos suscetíveis de transmitirem vírus (nomeadamente os consumidores ativos de drogas injetáveis) e que os tratamentos contra o VHC sejam disponibilizados a consumidores de droga de forma individualizada e em contexto multidisciplinar.

Estão disponíveis, desde 2013, regimes terapêuticos orais sem interferão eficazes e de maior tolerância, baseados em agentes antivirais de ação direta, os quais têm vindo a tornar-se o principal elemento de tratamento das infeções pelo VHC. Além disso, este tipo de tratamento pode ser disponibilizado em centros especializados de combate à toxicod dependência integrados na comunidade, facilitando assim a adesão ao mesmo e a sua disponibilização. Muitos países europeus estão a adotar novas estratégias em relação à hepatite viral, atualizando as diretrizes de tratamento e melhorando o rastreio do VHC e a ligação a cuidados de saúde. No entanto, continuam a existir desafios, tais como níveis reduzidos de rastreio, referência e vias de tratamento pouco claras, em muitos países, e o custo elevado dos novos medicamentos.

O consumo de drogas é reconhecidamente uma das causas de morte evitáveis entre adultos europeus

Mortes por *overdose*: aumentos recentes

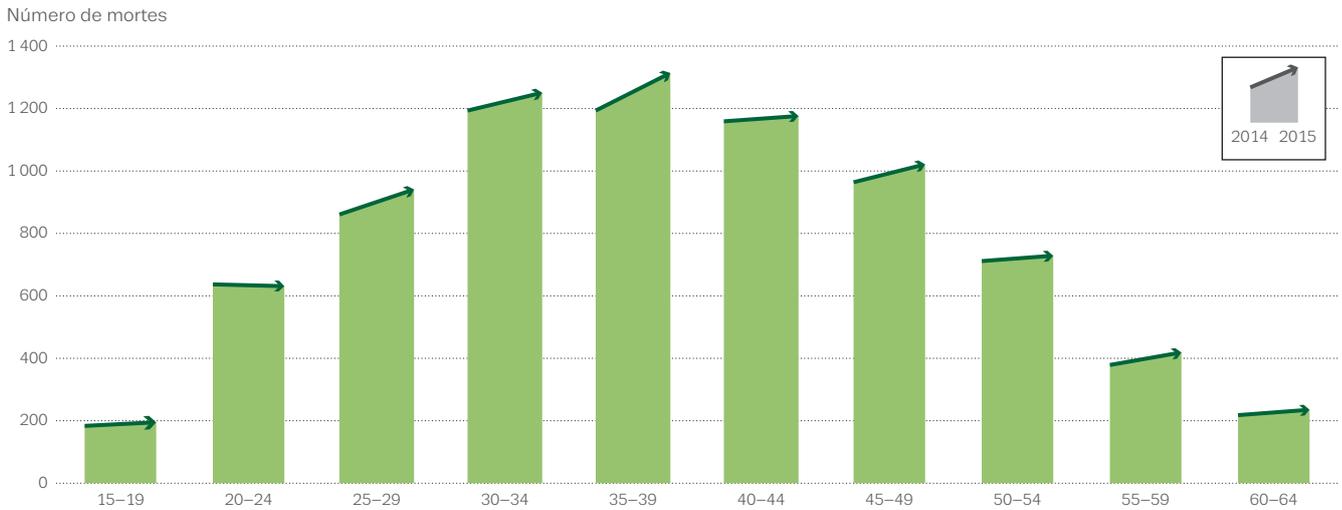
O consumo de drogas é reconhecidamente uma das causas de morte evitáveis entre adultos europeus. Alguns estudos realizados em grupos de consumidores de droga de alto risco revelam taxas de mortalidade na ordem de 1 % - 2 % por ano. De um modo geral, os consumidores de opiáceos na Europa correm um risco, 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. A saúde precária, marcada por doenças acumuladas e interligadas, é comum. As doenças hepáticas e pulmonares crónicas, bem como os problemas cardiovasculares, são frequentes e responsáveis por uma percentagem cada vez maior de mortes entre os consumidores de drogas crónicos e mais velhos.

Na Europa, a *overdose* continua a ser a principal causa de morte entre os consumidores de droga de alto risco, sendo mais de três quartos das vítimas do sexo masculino (78 %). Os dados relativos a *overdoses*, sobretudo o total cumulativo europeu, devem ser interpretados com precaução, por razões que incluem a omissão sistemática 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, em 2015, tenham ocorrido na União Europeia, pelo menos, 7 585 mortes por *overdose*, envolvendo, pelo menos, uma droga ilícita. Esta estimativa aumenta para 8441 mortes se incluirmos a Noruega e a Turquia, o que representa um aumento de 6 % em relação ao valor revisto de 7950 mortes em 2014, tendo sido referidos aumentos em quase todas as faixas etárias (Figura 3.12). Tal como nos anos anteriores, o Reino Unido (31 %) e a Alemanha (15 %) foram conjuntamente responsáveis por cerca de metade do total europeu. Em parte, estas percentagens estão relacionadas com a dimensão das populações de risco nesses países, mas também com a omissão de dados em alguns países. No que respeita aos países que dispõem de sistemas de notificação bastante fiáveis, os dados revistos para 2014 confirmam um aumento do número de mortes por *overdose* em Espanha. Os aumentos do número de mortes por *overdose* notificados em 2014 na Lituânia e no Reino Unido continuaram em 2015 e foram também notificados aumentos na Alemanha e nos Países Baixos. Também na Suécia se verifica uma tendência continuada de aumento, apesar de este poder ser parcialmente devido aos efeitos combinados de alterações nas práticas de investigação, codificação e notificação. Na

FIGURA 3.12

Número de mortes induzidas pela droga notificadas na Europa em 2014 e 2015, por faixa etária



Turquia, as notificações continuam a aumentar, mas este aumento parece ser, em grande parte, devido a melhorias nas práticas de recolha de dados e de notificação.

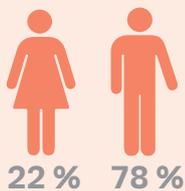
Refletindo a natureza envelhecida do grupo de consumidores de opiáceos na Europa, que correm maiores riscos de virem a sofrer uma morte por *overdose*, entre 2007 e 2015 assistiu-se a um aumento das notificações de mortes por *overdose* entre os grupos etários mais velhos, paralelamente a uma redução das mesmas entre os grupos mais jovens. No entanto, 10 % dos casos de *overdose* registaram-se em pessoas com menos de 25 anos e vários países, incluindo a Suécia e a Turquia, notificaram recentemente um ligeiro aumento do número de mortes por *overdose* nessa faixa etária.

Mortes relacionadas com opiáceos contribuem para o aumento global

A heroína ou os seus metabolitos, frequentemente em combinação com outras substâncias, estão presentes na maioria das *overdoses* fatais notificadas na Europa. Os dados mais recentes revelam um aumento do número de mortes relacionadas com a heroína na Europa, nomeadamente no Reino Unido. Em Inglaterra e no País de Gales, a heroína ou a morfina foram mencionadas em 1200 mortes registadas em 2015, o que representa um aumento de 26 % em relação ao ano anterior e um aumento de 57 % em relação a 2013. As mortes relacionadas com a heroína também aumentaram na Escócia (Reino Unido), na Irlanda e na Turquia. Outros

MORTES INDUZIDAS PELA DROGA

Características



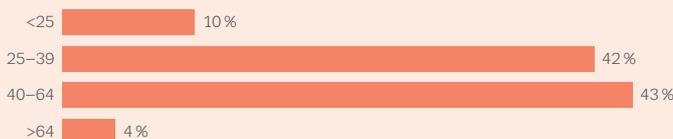
Média de idades no momento da morte

38

Mortes com presença de opiáceos



Idade no momento da morte

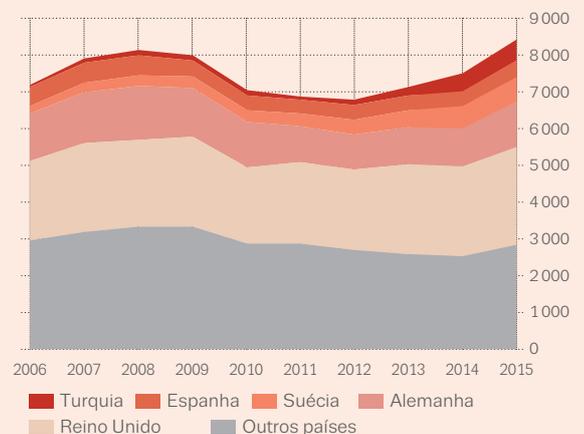


Número de mortes

7 585 UE

8 441 UE + 2

Tendências nas mortes por overdose



Nota: UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega.

opiáceos são regularmente mencionados nos relatórios toxicológicos. Estas substâncias, nomeadamente a metadona e a buprenorfina, mas também os fentanils e o tramadol, são associadas a uma parte substancial das mortes por *overdose* verificadas em alguns países. De acordo com os dados mais recentes, o número registado de mortes relacionadas com a metadona excedeu o número de mortes relacionadas com a heroína na Croácia, na Dinamarca, em França e na Irlanda.

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), o número de mortes envolvendo a cocaína aumentou de 169, em 2013, para 320, em 2015, embora se pense que muitas delas se devem a *overdoses* de heroína entre pessoas que também consumiram *crack*. Em Espanha, onde o número de mortes relacionadas com o consumo de cocaína se mantém estável há alguns anos, esta droga ilícita continuou a ser a segunda maior responsável pelo número de *overdoses* fatais em 2014 (com 269 casos). Em 2015, as mortes relacionadas com o consumo de estimulantes na Turquia incluíam 56 casos associados à cocaína, 206 casos associados a anfetaminas e 166 casos associados à MDMA (dos quais 62 atribuídos exclusivamente ao consumo de MDMA). Os canabinoides sintéticos foram notificados em 137 casos na Turquia, dos quais 63 foram atribuídos exclusivamente ao consumo destas drogas.

Norte da Europa com taxas de mortalidade mais elevadas

A taxa de mortalidade causada por *overdoses* na Europa, em 2015, é estimada em 20,3 mortes por milhão de habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos. A taxa entre os homens (32,3 casos em cada milhão) é quase o quádruplo da taxa entre as mulheres (8,4 casos em cada milhão). As taxas de mortalidade por *overdose* atingem um pico na faixa etária dos 35 aos 39 anos para os homens e dos 30 aos 34 anos para as mulheres. A média das idades no momento da morte, no entanto, é inferior nos homens: 38, em comparação com 41 nas

mulheres. As taxas de mortalidade e as tendências a nível nacional variam consideravelmente (Figura 3.13) e são influenciadas por fatores como a prevalência e os padrões de consumo de drogas, bem como pelas práticas nacionais em matéria de notificação, registo de informações e codificação de casos de *overdose* nas bases de dados de mortalidade nacionais. De acordo com os últimos dados disponíveis, oito países do norte da Europa notificaram taxas superiores a 40 mortes por milhão de habitantes, sendo as mais elevadas notificadas pela Estónia (103 por milhão), pela Suécia (100 por milhão), pela Noruega (76 por milhão) e pela Irlanda (71 por milhão) (Figura 3.13).

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*.

Uma meta-análise de estudos de observação comprova a eficácia do tratamento de substituição com metadona na redução da mortalidade (*overdose* e todas as causas) entre as pessoas dependentes de opiáceos. A taxa de mortalidade dos utentes no tratamento com metadona era inferior a um terço da taxa prevista de consumidores de opiáceos que não estavam em tratamento. A análise do risco de morte em diferentes fases do tratamento sugere a necessidade de centrar as intervenções no início do tratamento (durante as quatro primeiras semanas, em particular no tratamento com metadona) e quando este termina. Após a conclusão do tratamento, as quatro primeiras semanas estão associadas a um maior risco de *overdose*, o que sugere que os doentes que são sujeitos a tratamentos frequentes são particularmente vulneráveis à *overdose*.

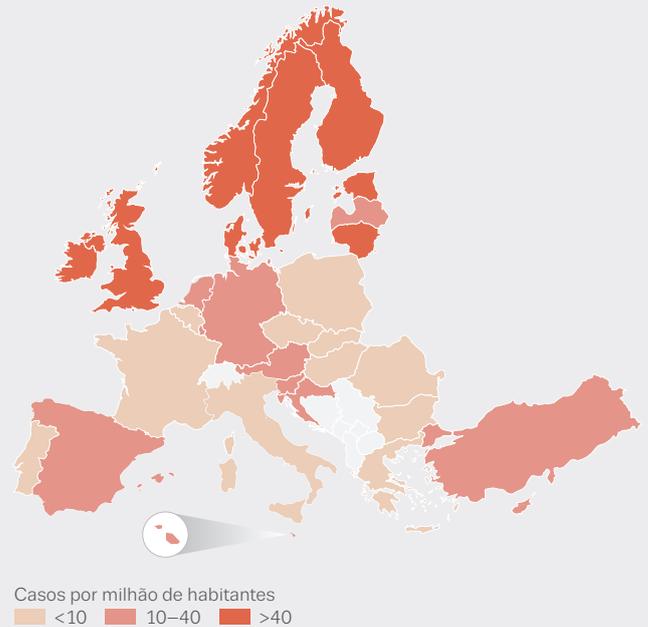
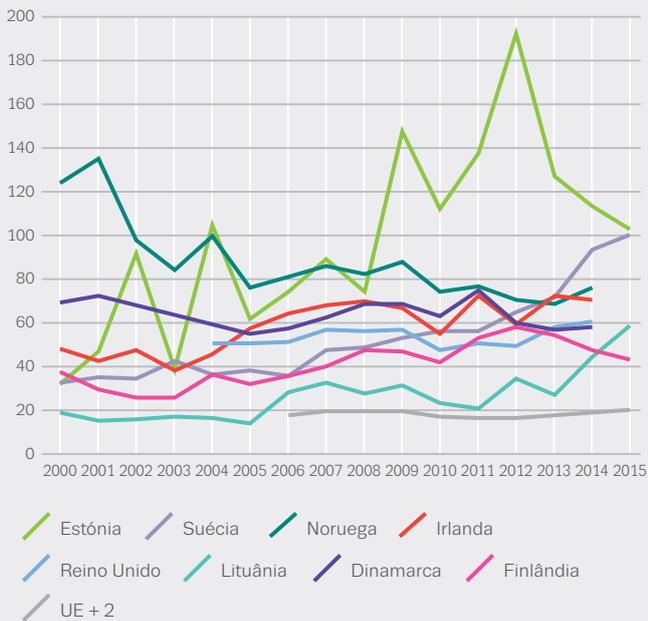
As salas de consumo assistido têm por objetivo impedir a ocorrência de *overdoses* e assegurar apoio profissional em caso de *overdose*. Atualmente, estas instalações funcionam em 6 países da UE e na Noruega, num total de 78 salas de consumo. Em 2016, abriram duas salas de consumo em França durante um período experimental de seis anos, e foram criadas novas instalações na Dinamarca e na Noruega.

Os doentes que são sujeitos a tratamentos frequentes são particularmente vulneráveis à *overdose*

FIGURA 3.13

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

Casos por milhão de habitantes



Nota: Tendências nos oito países que notificaram os valores mais elevados em 2015 ou 2014 e tendência global na Europa. UE + 2 refere-se aos Estados Membros da UE, Turquia e Noruega.

Naloxona: novos produtos em desenvolvimento

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, bem como dos 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. Atualmente, dez países europeus têm implementados programas de oferta de naloxona para consumo diário. Os *kits* de naloxona disponibilizados pelos serviços de saúde e combate à toxicodependência incluem normalmente seringas pré-preparadas, embora a Noruega e a Dinamarca ofereçam um adaptador que

permite administrar a substância por via nasal. Em França, foi concedida uma autorização temporária de utilização de uma nova formulação nacional do medicamento. Depois de ter sido disponibilizada em centros comunitários desde 2013, a oferta de naloxona para consumo domiciliário foi alargada aos estabelecimentos prisionais, em 2015. Uma recente revisão sistemática da eficácia da oferta de naloxona para consumo domiciliário revelou que a oferta deste medicamento, combinada com intervenções educativas e formativas nesta matéria, reduz 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 recente do programa nacional de oferta de naloxona no Reino Unido (Escócia) permitiu concluir que a substância contribuiu para uma redução significativa da percentagem de mortes relacionadas com opiáceos no período de um mês após a saída da prisão.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

2016

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

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

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

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Publicações conjuntas do EMCDDA e do ECDC

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

2011

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

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

Anexo

Dados nacionais referentes a estimativas de prevalência do consumo de drogas, incluindo o consumo de opiáceos problemáticos, tratamentos de substituição, número total de indivíduos em tratamento, 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 2017**, do EMCDDA, onde também estão disponíveis notas e metadados. Estão indicados os anos a que os dados se referem.

QUADRO A1

OPIÁCEOS

País	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 injetados (principal via de administração)			
			Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	
Ano da estimativa	Casos por cada 1 000	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	Total	
Bélgica	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgária	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
República Checa	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Dinamarca	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Alemanha	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estónia	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irlanda	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Grécia	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Espanha	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
França	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Croácia	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Itália	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Chipre	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Letónia	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Lituânia	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luxemburgo	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Hungria	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Países Baixos	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Áustria	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Polónia	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugal	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Roménia	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Eslovénia	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Eslováquia	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finlândia	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Suécia ⁽¹⁾	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Reino Unido	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Turquia	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Noruega ⁽²⁾	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
União Europeia	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
UE, Turquia e Noruega	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Os dados sobre utentes em tratamento de substituição referem-se a 2015 ou ao ano mais recente disponível: Dinamarca, Finlândia, Espanha e Países Baixos, 2014; Turquia, 2011.

⁽¹⁾ Os dados relativos a utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez e a utentes anteriormente tratados estão disponíveis apenas para duas das três fontes de dados na Suécia e, por conseguinte, não são comparáveis com os dados para todos os utentes.

⁽²⁾ A percentagem de utentes em tratamento de problemas relacionados com opiáceos é um valor mínimo, não contribuindo para o número de consumidores de opiáceos registados como policonsumidores.

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)	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os utentes	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
		%	%	%						
Bélgica ⁽¹⁾	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgária	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
República Checa	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dinamarca	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Alemanha ⁽³⁾	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estónia	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Grécia	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Espanha	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
França	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Croácia	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Itália	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Chipre	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Letónia	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituânia	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luxemburgo	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Hungria ⁽²⁾	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Países Baixos	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Áustria	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Polónia	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugal	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Roménia	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Eslovénia	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Eslováquia	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finlândia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Suécia ^(4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Reino Unido ^(2,4)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Turquia	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Noruega ⁽⁴⁾	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
União Europeia	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

As estimativas da prevalência na população escolar foram extraídas de inquéritos escolares realizados a nível nacional ou do projeto ESPAD. Devido à incerteza dos procedimentos de recolha de dados, os dados relativos à Letónia podem não ser comparáveis.

(1) As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem apenas respeito a Flandres.

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

(3) Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 18-64, 18-34.

(4) Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 16-64, 16-34.

(5) Os dados relativos a utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez e a utentes anteriormente tratados estão disponíveis apenas para duas das três fontes de dados na Suécia e, por conseguinte, não são comparáveis com os dados para todos os utentes.

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	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
		%	%	%						
Bélgica (1)	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgária	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2015	4,4	2,2	1	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	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Alemanha (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estónia	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irlanda	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Grécia	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Espanha	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
França	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Croácia	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Itália	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Chipre	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Letónia	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Lituânia	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxemburgo	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Hungria (4)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Países Baixos	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Áustria	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Polónia	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugal	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Roménia	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovénia	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Eslováquia	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finlândia	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Suécia (3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Reino Unido (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Turquia	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Noruega (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
União Europeia	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

As estimativas da prevalência na população escolar foram extraídas de inquéritos escolares realizados a nível nacional ou do projeto ESPAD. Devido à incerteza dos procedimentos de recolha de dados, os dados relativos à Letónia podem não ser comparáveis.

(1) As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem apenas respeito à Flandres.

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

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

(4) Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 18-64, 18-34.

(5) Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 16-64, 16-34.

(6) Os dados relativos a utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez e a utentes anteriormente tratados estão disponíveis apenas para duas das três fontes de dados na Suécia e, por conseguinte, não são comparáveis com os dados para todos os utentes.

QUADRO A4

MDMA

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano		
	Ano do inquérito	População em geral		População escolar	Utentes consumidores de MDMA, em % dos que iniciam tratamento		
		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	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	
Bélgica ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgária	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
República Checa	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dinamarca	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Alemanha ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estónia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Grécia	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Espanha	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
França	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Croácia	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Itália	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Chipre	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Letónia	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Lituânia	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–
Hungria ⁽³⁾	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Países Baixos	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Áustria	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Polónia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugal	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Roménia	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Eslovénia	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Eslováquia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finlândia	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Suécia ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Reino Unido ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turquia	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Noruega ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
União Europeia	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

As estimativas da prevalência na população escolar foram extraídas de inquéritos escolares realizados a nível nacional ou do projeto ESPAD. Devido à incerteza dos procedimentos de recolha de dados, os dados relativos à Letónia podem não ser comparáveis.

(1) As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem apenas respeito à Flandres.

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

(3) Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 18-64, 18-34.

(4) Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 16-64, 16-34.

QUADRO A5

CANÁBIS

	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano		
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de canábis, 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	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
País		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgária	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
República Checa	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dinamarca	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Alemanha ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estónia	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Grécia	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Espanha	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
França	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Croácia	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Itália	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Chipre	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Letónia	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Lituânia	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxemburgo	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Hungria ⁽³⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Países Baixos	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Áustria	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Polónia	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugal	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Roménia	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Eslovénia	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Eslováquia	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finlândia	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Suécia ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Reino Unido ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turquia	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Noruega ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
União Europeia	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

As estimativas da prevalência na população escolar foram extraídas de inquéritos escolares realizados a nível nacional ou do projeto ESPAD. Devido à incerteza dos procedimentos de recolha de dados, os dados relativos à Letónia podem não ser comparáveis.

⁽¹⁾ As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem apenas respeito à Flandres.

⁽²⁾ As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem apenas respeito à Inglaterra e ao País de Gales.

⁽³⁾ Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 18-64, 18-34.

⁽⁴⁾ Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 16-64, 16-34.

⁽⁵⁾ Os dados relativos a utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez e a utentes anteriormente tratados estão disponíveis apenas para duas das três fontes de dados na Suécia e, por conseguinte, não são comparáveis com os dados para todos os utentes.

QUADRO A6

OUTROS INDICADORES

País	Mortes induzidas pela droga (15-64)	Diagnósticos de VIH atribuídos aos consumidores de droga injetável (ECDC)	Estimativa do consumo de droga injetável		Seringas distribuídas através de programas especiais
	Casos por milhão de habitantes (total)	Casos por milhão de habitantes (total)	Ano da estimativa	Casos por 1000 habitantes	Total
Bélgica	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgária	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
República Checa	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Dinamarca	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Alemanha	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estónia	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irlanda (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Grécia	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Espanha (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
França (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Croácia	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Itália	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Chipre	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Letónia	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Lituânia	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxemburgo	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Hungria	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Países Baixos	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Áustria	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Polónia	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugal	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Roménia	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Eslovénia	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Eslováquia	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finlândia	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Suécia	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Reino Unido (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turquia	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Noruega	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
União Europeia	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
UE, Turquia e Noruega	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

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

(¹) O número de seringas distribuídas através de programas especiais é referente a 2014.

(²) Dados relativos a seringas no Reino Unido: Inglaterra, sem dados disponíveis; Escócia, 4 376 456 e País de Gales, 3 398 314 (ambos em 2015); Irlanda do Norte, 292 390 (2014).

QUADRO A7

APREENSÕES

País	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		MDMA	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
	kg	Total	kg	Total	kg	Total	Comprimidos (kg)	Total
Bélgica	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgária	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
República Checa	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Dinamarca	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Alemanha	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estónia	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irlanda	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Grécia	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Espanha	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
França	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Croácia	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Itália	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Chipre	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Letónia	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Lituânia	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luxemburgo	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Hungria	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Países Baixos	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Áustria	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Polónia	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugal	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Roménia	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Eslovénia	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Eslováquia	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finlândia	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Suécia	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Reino Unido	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turquia	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Noruega	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
União Europeia	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
UE, Turquia e Noruega	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

As anfetaminas englobam a anfetamina e a metanfetamina.

Todos os dados são referentes a 2015. Não estão disponíveis dados relativos à Escócia (Reino Unido).

QUADRO A7

APREENSÕES (continuação)

País	Resina de cânabis		Cânabis herbácea		Plantas de cânabis	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
	kg	Total	kg	Total	Plantas (kg)	Total
Bélgica	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgária	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
República Checa	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Dinamarca	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Alemanha	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estónia	812	21	60	597	0 (12)	44
Irlanda	–	192	–	1 049	– (–)	182
Grécia	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Espanha	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
França	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Croácia	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Itália	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Chipre	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Letónia	1 272	63	71	712	– (20)	17
Lituânia	591	32	143	456	– (–)	–
Luxemburgo	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Hungria	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Países Baixos	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Áustria	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Polónia	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugal	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Roménia	5	178	180	1 987	– (293)	90
Eslovénia	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Eslováquia	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finlândia	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Suécia	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Reino Unido	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turquia	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Noruega	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
União Europeia	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
UE, Turquia e Noruega	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Todos os dados são referentes a 2015. Não estão disponíveis dados relativos à Escócia (Reino Unido).

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/eurodirect/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, cabinas 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 detalhada 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](#) em linha e 30 [Relatórios nacionais sobre a droga](#), faz parte do pacote que constitui o [Relatório Europeu sobre Drogas 2017](#).

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 as 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 os 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.

