



Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência

PT

ISSN 2314-9175

# **Relatório Europeu sobre Drogas**

Tendências e evoluções

2015





Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência

# **Relatório Europeu sobre Drogas**

Tendências e evoluções

2015

## Aviso legal

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

Europe Direct é um serviço que responde às suas perguntas sobre 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 rede Internet, via servidor Europa (<http://europa.eu>)

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

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2015

ISBN 978-92-9168-793-0

doi:10.2810/7534

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2015

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte

*Printed in Spain*

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](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | Índice

5	Prefácio
9	Nota introdutória e agradecimentos
11	SÍNTESE <b>As dinâmicas do mercado de droga na Europa: influências a nível mundial e diferenças locais</b>
19	CAPÍTULO 1 <b>A oferta de drogas e o mercado</b>
39	CAPÍTULO 2 <b>Consumo de droga e problemas conexos</b>
61	CAPÍTULO 3 <b>Respostas sanitárias e sociais para problemas relacionados com drogas</b>
75	ANEXO Quadros de dados nacionais



## | Prefácio

Temos a honra de apresentar a vigésima análise anual do fenómeno da droga na Europa sob a forma de Relatório Europeu sobre Drogas (EDR) de 2015.

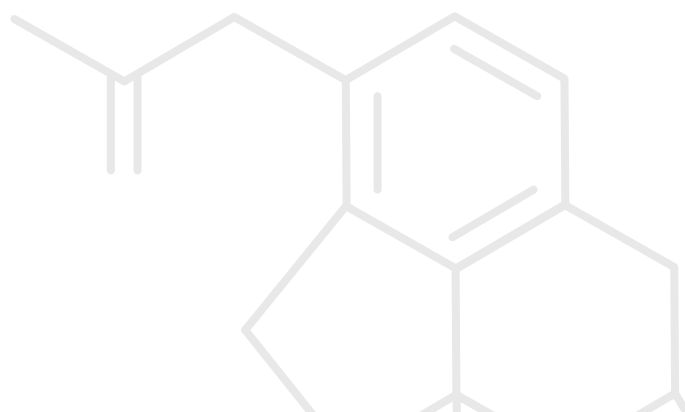
No relatório deste ano, poderá encontrar uma panorâmica global deste fenómeno e das medidas que estão a ser tomadas para lhe fazer face. O Relatório Europeu sobre Drogas é constituído por um conjunto de produtos interligados (o pacote EDR) cujo elemento central é o relatório «Tendências e evoluções». Baseado em dados europeus e nacionais, este pacote contém informações de alto nível sobre as principais tendências, respostas e políticas, bem como análises aprofundadas das questões atuais. Inclui ainda novas análises sobre as intervenções psicossociais, as salas de consumo assistido, o consumo indevido de benzodiazepinas e as rotas de tráfico de heroína.

Há um grande contraste entre o atual pacote de informação multimédia integrada que designamos por EDR e o relatório anual sobre o fenómeno da droga que o EMCDDA publicou em 1996. Há 20 anos, a criação de sistemas de vigilância harmonizados nos 15 Estados-Membros da União Europeia deve ter-se afigurado uma tarefa assustadora para o EMCDDA. Por isso, ainda é mais impressionante que o incipiente mecanismo de monitorização criado em 1995 tenha amadurecido a ponto de ser agora um sistema europeu presente em 30 países e reconhecido em todo o mundo.

Embora acreditemos que o EMCDDA contribuiu muito para os progressos alcançados, também estamos cientes de que o nosso trabalho depende de uma estreita colaboração com os nossos parceiros. Fundamentalmente, é o investimento feito pelos Estados-Membros no desenvolvimento de sólidos sistemas nacionais de informação sobre a droga que possibilita a análise a nível europeu aqui apresentada.

O presente relatório tem por base os dados recolhidos pela rede Reitox de pontos focais nacionais, em estreita colaboração com os peritos nacionais. A análise beneficia também de uma colaboração permanente 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. Desejamos agradecer também o contributo dos numerosos grupos e iniciativas de investigação europeus, cujo trabalho enriqueceu enormemente o conteúdo do nosso relatório.

No entanto, não foi só o nosso relatório que mudou radicalmente nos últimos 20 anos: o mesmo aconteceu com a amplitude e a natureza do fenómeno da droga. Quando a agência foi criada, a Europa estava a braços com um consumo epidémico de heroína e, por isso, a necessidade de reduzir a transmissão do VIH e as mortes relacionadas com a SIDA eram os principais vetores da luta contra a droga. Atualmente, o consumo de heroína e os problemas associados ao VIH conservam uma posição de destaque nos nossos relatórios — mas o contexto evolutivo em que se inserem é mais otimista e sabe-se mais



sobre as respostas de saúde pública realmente eficazes. Porém, a complexidade do problema é agora muito maior, como patenteia o facto de muitas das substâncias referidas neste relatório serem praticamente desconhecidas na Europa quando a agência foi criada.

Presentemente, os mercados de droga europeus continuam a mudar e a evoluir rapidamente. Esta evolução é ilustrada pela deteção, em 2014, de mais de cem substâncias psicoativas novas e pela realização de avaliações dos riscos de seis novas drogas: números recorde em ambos os casos. O EMCDDA continua a colaborar estreitamente com investigadores e profissionais desta área para acompanhar estas mudanças e assegurar que a nossa análise está devidamente atualizada. Enquanto agência, sempre reconhecemos a importância de fornecer informações bem fundamentadas e politicamente relevantes de forma oportuna. Mantemos o nosso empenho em cumprir este objetivo e em garantir que, seja qual for a natureza do fenómeno de droga que enfrentemos, as respostas europeias serão apoiadas por um sistema de informação que continue a ser viável, pertinente e adequado aos seus fins.

**João Goulão**

Presidente do Conselho de Administração do EMCDDA

**Wolfgang Götz**

Diretor do EMCDDA







## Nota introdutória e agradecimentos

O presente relatório baseia-se em informação fornecida ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) pelos Estados-Membros da União Europeia, pelo país candidato Turquia e pela Noruega, sob a forma de 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 2013 (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. Importa assinalar também que a monitorização dos padrões e tendências de um comportamento oculto e estigmatizado como o consumo de droga é difícil tanto em termos práticos como metodológicos, o que nos levou a utilizar múltiplas fontes de dados para efetuar a análise que aqui apresentamos. Embora se observem melhorias consideráveis, tanto a nível nacional como nas análises que hoje são possíveis a nível europeu, importa reconhecer as dificuldades metodológicas existentes neste domínio. Recomenda-se, assim, uma interpretação prudente dos dados, sobretudo quando se comparam os países em relação a cada medida. Na versão em linha do presente relatório, bem como no Boletim estatístico, poderão encontrar-se advertências e restrições relativas aos dados, bem como informações detalhadas sobre a metodologia, os condicionalismos analíticos e os comentários sobre as limitações do conjunto de informações disponíveis. Estão igualmente disponíveis informações sobre os métodos e os dados utilizados nas estimativas a nível europeu, com destaque para eventuais interpolações.

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

- os diretores e 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) e o Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN);
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia, Missing Element Designers, Nigel Hawtin e Composiciones Rali.

### Pontos focais nacionais da Reitox

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

# Síntese

**A importância que os fatores  
globais assumem na oferta  
de droga e no debate político  
está bem patente na análise  
este ano apresentada**

# As dinâmicas do mercado de droga na Europa: influências a nível mundial e diferenças locais

As principais conclusões retiradas da última análise do EMCDDA sobre o fenómeno da droga na Europa apontam para uma situação em que, não obstante a persistência de padrões e tendências há muito existentes, os padrões de consumo e as respostas aos mesmos começam a mudar. A importância que os fatores globais assumem na oferta de droga e no debate político está bem patente na análise este ano apresentada, embora os padrões de consumo e as respetivas respostas a nível local estejam na vanguarda das novas tendências. A fronteira entre as categorias de mercado de drogas «antigas» e drogas novas está a esbater-se e, tal como as novas drogas imitam cada vez mais as substâncias tradicionais, também as respostas comprovadamente eficazes aos problemas com drogas tradicionais podem ser reproduzidas no combate às novas drogas.

## | A *cannabis* no centro das atenções

Enquanto as iniciativas relativas à venda regulamentada de *cannabis* e produtos de *cannabis* empreendidas no continente americano suscitam interesse e discussão a nível internacional, na Europa o debate sobre a *cannabis* continua a estar largamente centrado nos potenciais custos para a saúde associados a esta droga. Novos dados relevam o importante papel desempenhado pela *cannabis* nas estatísticas da criminalidade relacionada com a droga, mostrando que é responsável por 80 % das apreensões e que o consumo ou a posse de *cannabis* para consumo individual correspondem a mais de 60 % das infrações à legislação em matéria de droga notificadas na Europa (ver Figura). Além disso, a produção e o tráfico desta droga são reconhecidos como um domínio de crescente importância para a ação policial devido ao maior envolvimento da criminalidade organizada. Todavia, os diversos países revelam uma considerável diversidade em termos de práticas condenatórias das infrações relacionadas com a oferta de *cannabis* e, segundo os peritos nacionais, as sanções penais aplicadas a uma primeira infração de fornecimento de um quilograma de *cannabis* podem variar entre menos de um ano e mais de dez anos de cadeia.

Há novos dados que também mostram a crescente importância da *cannabis* nos sistemas europeus de tratamento da toxicodependência, designadamente o aumento do número de pedidos de tratamento devido a problemas relacionados com o seu consumo. Este aumento deve ser entendido no contexto da prestação de serviços e das práticas de encaminhamento. Por exemplo, em alguns países, uma percentagem elevada dos novos

utentes que iniciam o tratamento são coercivamente encaminhados pelo sistema de justiça penal. Os dados também são influenciados pelas diferentes definições e práticas nacionais relativas ao tratamento dos problemas de saúde causados pela *cannabis*, as quais podem variar entre uma breve sessão de intervenção através da Internet e o internamento num centro residencial. A disponibilidade de tratamento para consumidores de *cannabis* também parece estar a mudar, provavelmente em resposta à maior consciência da necessidade desses serviços ou, em alguns países, devido à capacidade de tratamento libertada pela redução da procura de serviços por outros tipos de consumo de droga. Independentemente do tipo de tratamento utilizado para os problemas relacionados com a *cannabis*, os dados confirmam a eficácia das intervenções psicossociais — que são objeto de uma análise que acompanha o presente relatório. Alguns estudos sobre acidentes e urgências têm encontrado indícios de um aumento dos problemas de saúde agudos associados a produtos de *cannabis* extremamente potentes. Num contexto de maior disponibilidade desse tipo de produtos, a necessidade de monitorizar melhor os problemas agudos associados ao consumo desta droga tornou-se claramente necessária.

### A concorrência nos mercados estará a fazer surgir produtos mais potentes?

Os dados recolhidos este ano evidenciam o aumento da pureza ou da potência, no médio ou curto prazo, para

todas as drogas habitualmente consumidas na Europa. Este aumento dever-se-á provavelmente a razões complexas, nas quais parecem incluir-se, todavia, a inovação tecnológica e a concorrência nos mercados. No caso da *cannabis*, em que produtos herbáceos extremamente potentes e produzidos a nível interno têm vindo a conquistar uma crescente quota de mercado nos últimos anos, os dados apontam agora para um aumento da potência da resina importada, provavelmente associado a mudanças nas práticas de produção. A inovação nos mercados e a maior pureza são igualmente evidentes no caso do MDMA. Após um período em que os comprimidos vendidos como «ecstasy» tinham má reputação entre os consumidores devido à sua má qualidade e adulteração, aliás confirmadas pelas provas forenses, agora já é mais fácil encontrar pó e comprimidos de MDMA de elevada pureza. Aparentemente, a introdução no mercado de MDMA em pó ou cristais com alto grau de pureza é uma estratégia deliberada para diferenciar esta forma de apresentação da droga e torná-la mais atrativa para os consumidores. Do mesmo modo, estão a surgir comprimidos de altas dosagens e com formas e logótipos característicos, presumivelmente com o mesmo objetivo de *marketing*. No último ano, o EMCDDA e a Europol emitiram um alerta relativo aos riscos para a saúde resultantes do consumo de produtos de MDMA de pureza muito elevada. Foram ainda emitidos alertas sobre comprimidos vendidos como *ecstasy*, mas que continham PMMA, eventualmente misturado com o MDMA; a farmacologia dessa droga torna-a particularmente preocupante do ponto de vista da saúde pública.

## MAIORIA DAS INFRAÇÕES À LEGISLAÇÃO EM MATÉRIA DE DROGA RELACIONADAS COM A CANNABIS

**1,25 milhões**  
de infrações à legislação  
em matéria de droga

781 000

Consumo de *Cannabis*\*

223 000

Consumo de outras drogas\*

116 000

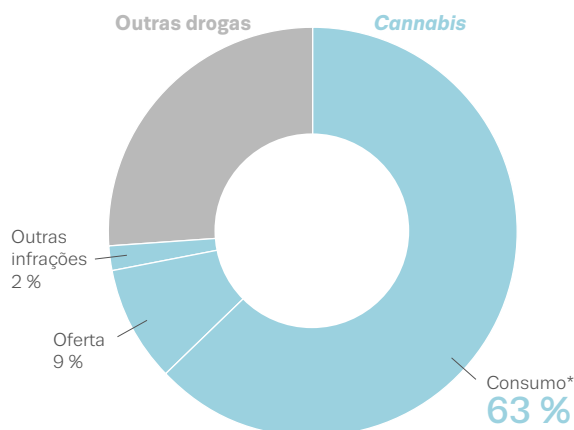
Oferta de *Cannabis*

86 000

Oferta de outras drogas

42 000

Outras infrações



\* "Consumo" inclui infrações por consumo e posse para consumo individual.

Quanto ao MDMA e às substâncias sintéticas em geral, a qualidade e a oferta do produto são muito condicionadas pela disponibilidade das substâncias químicas precursoras. A inovação neste domínio também é notória, sobretudo em relação às práticas de produção, como provam as novas vias de síntese química e a grande capacidade de produção de algumas instalações recentemente detetadas. Também tem sido sugerido que, em alguns países, a disponibilidade de novas substâncias psicoativas pode ter alguma influência. Por exemplo, tem sido, por vezes, referido que a disponibilidade de canabinóides e catinonas sintéticos de qualidade elevada faz concorrência direta a drogas tradicionais de baixa qualidade e relativamente mais caras.

### **Evolução do mercado de heroína europeu**

Na Europa, os problemas relacionados com a heroína ainda são responsáveis por grande parte dos custos de saúde e sociais relacionados com a droga, embora ultimamente se tenham observado tendências bastante positivas neste domínio. Os dados mais recentes continuam a mostrar uma diminuição da procura de tratamento e dos danos relacionados com o consumo de heroína, mas há indicadores de mercado que suscitam preocupação. As estimativas da ONU indicam um aumento substancial da produção de ópio no Afeganistão, país que fornece a maior parte da heroína consumida na Europa. Esse aumento poderá ter repercussões na disponibilidade desta droga, sendo igualmente preocupante que as estimativas apontem para uma crescente pureza da mesma, tanto mais que os dados mais recentes de alguns países onde se observou um aumento da pureza da heroína também revelam um acréscimo das mortes por *overdose*. Ainda não se sabe ao certo se estes dois factos estão relacionados entre si, mas é uma possibilidade que deve ser investigada. A natureza clandestina do mercado de droga obriga a uma atitude cautelosa quando se analisa a sua dinâmica, mas estão a surgir sinais de inovação da oferta de heroína nos mercados europeus e o ressurgimento dessa droga é muito possível. Entre esses sinais de mudança figuram a deteção de laboratórios de transformação de heroína na Europa — antes inexistentes — e vários indícios de adaptação das rotas de tráfico e do *modus operandi* dos grupos criminosos. A entrada na Europa de heroína oriunda do Paquistão e do Afeganistão com trânsito através da África continua a ser motivo de preocupação. Os dados das apreensões também apontam para um importante papel da Turquia como ponto geográfico de passagem das drogas que entram e saem da União Europeia, tendo as apreensões de heroína nesse país recuperado parcialmente em relação ao baixo valor registado em 2011. Estas questões são abordadas de

forma mais aprofundada na análise do tráfico de heroína que acompanha o presente relatório.

### **Os utentes mais idosos colocam novos desafios aos serviços**

Os eventuais aumentos da disponibilidade de heroína devem ser analisados no contexto da estagnação geral da procura desta droga, a qual resulta, em grande medida, da diminuição do recrutamento para o seu consumo e da admissão de muitos consumidores problemáticos nos serviços de tratamento. Para além dos benefícios terapêuticos da oferta de tratamento, é provável que a sua elevada taxa de cobertura a nível europeu, que segundo as estimativas abrange 50 % dos casos ou mais, torne o mercado da União Europeia mais pequeno e potencialmente menos atrativo para os fornecedores desta droga. A dependência da heroína é um problema de saúde crónico e a análise apresentada no presente relatório confirma as previsões de que os serviços teriam de adaptar-se às necessidades de uma população de consumidores envelhecida. Em consequência, os serviços de tratamento da toxicodependência têm cada vez mais dificuldade em responder adequadamente aos problemas de saúde e sociais deste grupo, tanto mais que os danos causados pelo consumo prolongado de outras substâncias, incluindo tabaco e álcool, tornam tais respostas ainda mais complexas. O consumo indevido de benzodiazepinas por consumidores de droga de alto risco está menos bem documentado, mas é objeto de uma nova análise que acompanha o presente relatório. O consumo indevido de benzodiazepinas em combinação com



opiáceos está associado a um risco elevado de *overdose*. A formulação de respostas eficazes que permitam reduzir as mortes por *overdose* continua a ser um dos principais desafios políticos europeus. Entre os progressos obtidos neste domínio figuram a adoção de estratégias específicas, os programas de distribuição de naloxona e as iniciativas de prevenção dirigidas a grupos de alto risco. Alguns países há muito que criaram «salas de consumo assistido», com o intuito de chegar a consumidores difíceis de contactar e minorar os danos relacionados com a droga, incluindo as mortes por *overdose*. O presente relatório é acompanhado de uma recapitulação dos serviços prestados nestes contextos.

Historicamente, um dos principais elementos da política de luta contra a droga e das respostas ao consumo de heroína, sobretudo por via injetável, foi a necessidade de reduzir os comportamentos de risco e a transmissão do VIH. Os recentes surtos e a situação existente em alguns países europeus realçam a necessidade de manter a vigilância e assegurar níveis adequados de prestação de serviços. No entanto, o panorama a longo prazo revela uma clara melhoria global, bem como o impacto que uma prestação de serviços adequados pode ter. Esta é uma mensagem relevante para os esforços de combate aos índices relativamente elevados de infeção com o vírus da hepatite C entre os consumidores de droga injetada, um domínio em que estão a surgir tratamentos novos e eficazes, embora sejam caros. O EMCDDA constata, todavia, que em alguns países se estão a envidar esforços para melhorar a situação, com apoio a nível europeu.

### **Comportamento de risco a nível sexual e de consumo de drogas: uma mistura cada vez mais preocupante**

As análises circunstanciais aqui apresentadas estão muitas vezes centradas na comparação das diferenças existentes entre países, mas importa não esquecer que alguns comportamentos de consumo resultam de fatores socioculturais que não são necessariamente específicos de cada país. Um exemplo é a preocupante propagação, em algumas grandes cidades europeias, do consumo de estimulantes injetados por pequenos grupos de homens que têm relações sexuais com outros homens. As práticas que envolvem o denominado «*slamming*» de metanfetaminas, catinonas e outras substâncias em festas de «sexo químico» (*chem-sex*) têm implicações tanto para a transmissão do VIH como para a ação dos serviços de saúde sexual e realçam a necessidade de unir esforços neste domínio. Este fenómeno contraria a tendência global do consumo de droga injetada a nível europeu, que está a diminuir na maioria das populações, e mostra que é

genericamente necessário prestar mais atenção à relação entre as drogas e o comportamento sexual de risco.

### **A Internet e as aplicações informáticas: os mercados virtuais de droga emergentes**

Refletindo a evolução que se faz sentir noutros campos, os serviços de tratamento da toxicodependência e de saúde sexual tendem a utilizar cada vez mais a Internet e as aplicações informáticas. A divulgação de informações sobre as drogas, os programas de prevenção e os serviços de proximidade estão, em graus variáveis, a deslocar-se dos espaços físicos para os ambientes virtuais. Do mesmo modo, muitos programas de tratamento da toxicodependência estão presentemente acessíveis em linha, aumentando a sua disponibilidade para grupos-alvo novos ou existentes.

A consciência do papel que a Internet pode ter em termos de oferta e venda de droga também está a aumentar. Tanto as novas substâncias psicoativas como as drogas «tradicionais» são vendidas na Internet «de superfície» e na web oculta, embora a amplitude deste fenómeno não seja conhecida. Tendo em conta que, na maioria dos outros setores comerciais, a atividade de consumo se está a transferir dos mercados físicos para os mercados em linha, os mercados de droga em linha poderão vir a tornar-se uma área de monitorização importante. Esta poderá vir a colocar grandes desafios às políticas de controlo da droga, dada a sua rápida evolução, patente na introdução de novos mercados e criptomoedas, sendo necessário adaptar os modelos regulamentares existentes para que funcionem num contexto mundial e virtual.

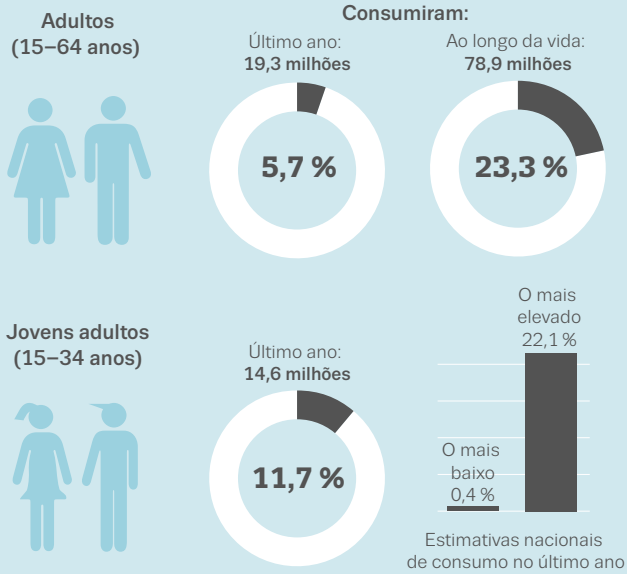
### **Prevalência das novas substâncias psicoativas: é necessário compreendê-las melhor**

A Internet também tem sido um importante fator de desenvolvimento do mercado das novas substâncias psicoativas, quer diretamente, através das lojas em linha, quer indiretamente, ao permitir que os produtores acedam facilmente a dados de investigação e farmacêuticos, e ao proporcionar aos potenciais consumidores um fórum de intercâmbio de informações. Em pouco tempo, a preocupação do público e dos responsáveis políticos com o consumo de novas substâncias psicoativas aumentou consideravelmente, mas a nossa compreensão da dimensão desse consumo e dos danos que lhe estão associados não acompanhou essa evolução. Porém, esta situação está a começar a mudar, à medida que mais países procuram estimar a prevalência do consumo dessas substâncias. É difícil fazer estimativas neste

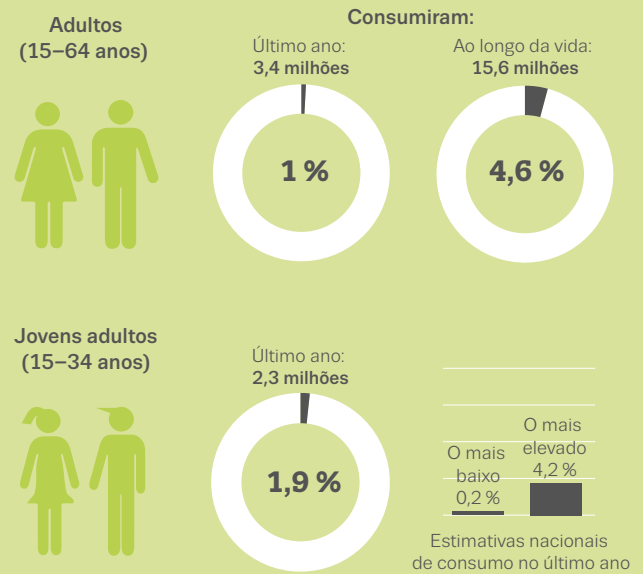


## NUM RELANCE — ESTIMATIVAS DO CONSUMO DE DROGA NA UNIÃO EUROPEIA

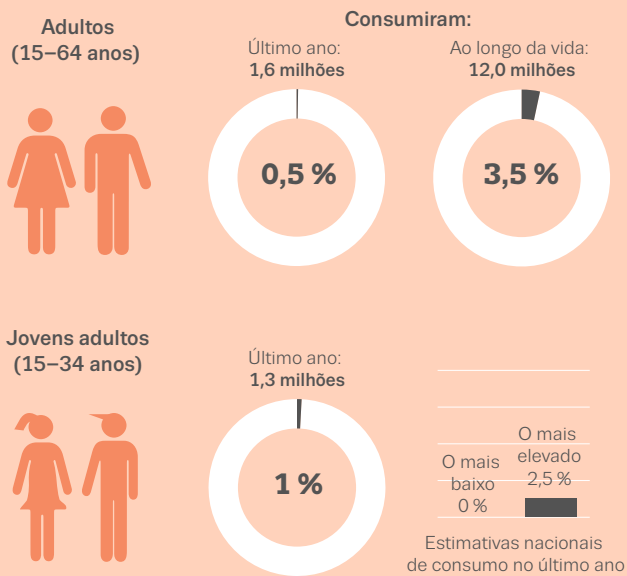
### Cannabis



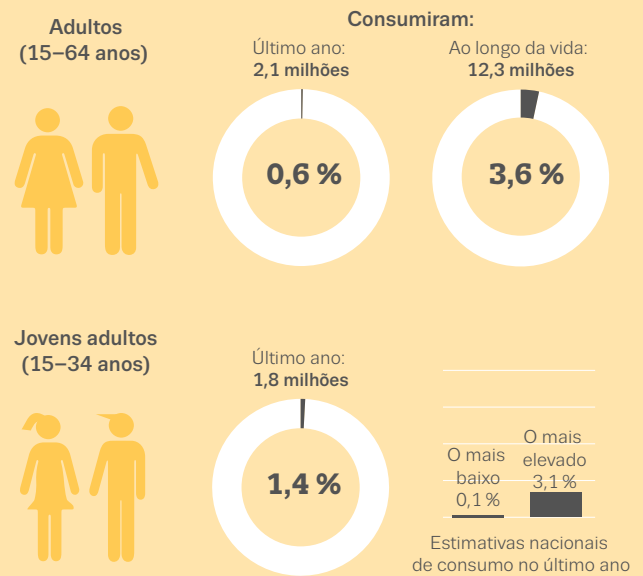
### Cocaína



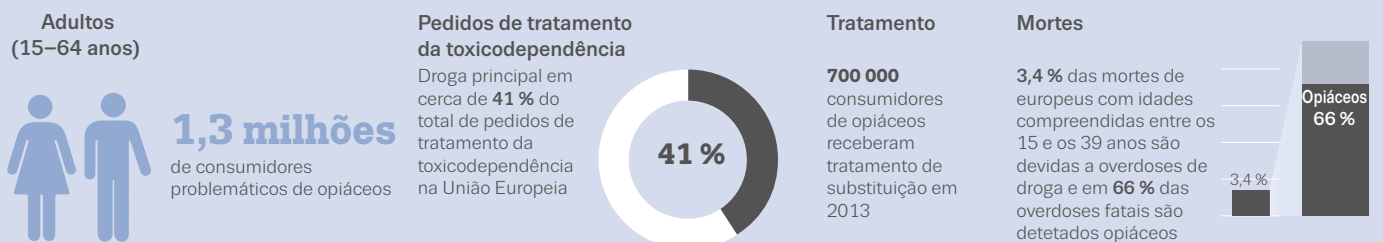
### Anfetaminas



### Ecstasy



### Opiáceos



NB: Ver a série de dados completa e informações sobre a metodologia utilizada no Boletim Estatístico em linha.

domínio, por razões metodológicas, e até agora não tem sido fácil comparar as estimativas nacionais, embora já existam alguns dados disponíveis comparáveis. O recente Flash Eurobarómetro sobre os jovens e a droga tem reconhecidas limitações metodológicas como instrumento para estimar a prevalência, mas fornece dados de todos os Estados-Membros, obtidos através de um questionário uniformizado. Os resultados do estudo sugerem que o nível do consumo de novas substâncias psicoativas ao longo da vida continua a ser baixo entre a população jovem da maior parte dos países.

Outros estudos que começam agora a ser disponibilizados dão-nos algumas perspetivas sobre formas específicas desse consumo. Apesar de estes estudos não poderem ser considerados representativos, mostram que o consumo de novas substâncias psicoativas se verifica entre grupos tão diversificados como a população escolar, frequentadores de festas, «psiconautas», reclusos e consumidores de droga injetada. As motivações desse consumo são cada vez mais conhecidas e, também elas, diversificadas, incluindo fatores como o estatuto legal, a disponibilidade e o custo, bem como o desejo de evitar a deteção e a preferência dos consumidores por determinadas propriedades farmacológicas. Alguns indícios sugerem também que as novas substâncias psicoativas têm funcionado, a nível do mercado, como substitutas de drogas ilícitas tradicionais, em alturas em que estas estão menos disponíveis ou são de má qualidade. Por exemplo, a popularidade da mefedrona em alguns países, no início desta década, foi parcialmente atribuída à má qualidade de estimulantes ilícitos como o MDMA e a cocaína. Será interessante averiguar se o aumento da potência e da pureza das drogas tradicionais presentemente observado irá afetar o consumo das novas substâncias psicoativas.

### Número de novas substâncias psicoativas identificadas no mercado de droga continua a aumentar

Embora o consumo de novas substâncias psicoativas pareça ser, de um modo geral, limitado, o ritmo a que elas vão surgindo está longe de abrandar. As notificações ao mecanismo de alerta rápido da UE indicam que tanto a variedade como a quantidade de novas substâncias psicoativas no mercado europeu continuam a aumentar. Em 2014, foram pela primeira vez detetadas 101 substâncias novas e é interessante constatar como as novas drogas introduzidas no mercado, sobretudo canabinóides sintéticos, estimulantes, alucinogénios e opiáceos, imitam as substâncias tradicionais. Neste relatório, o EMCDDA apresenta também novos dados sobre a apreensão destas substâncias, mas é importante esclarecer que o método utilizado na sua recolha difere do aplicado na monitorização regular das apreensões de droga e que os dois conjuntos de dados não podem ser diretamente comparados.

Em 2014 foram realizadas seis avaliações de risco, um número sem precedentes e que recorda a importância de centrar esforços nas substâncias mais nocivas. A maior disponibilidade de informações sobre as urgências hospitalares e a toxicologia contribuiu grandemente para a execução deste trabalho. Não obstante a melhor monitorização dos danos agudos relacionados com a droga, a insuficiente capacidade existente neste domínio continua a limitar-nos a visão das consequências para a saúde pública, não só das novas substâncias psicoativas, mas também dos atuais padrões de consumo de droga em geral.

As respostas sanitárias e sociais aos desafios colocados pelas novas drogas têm sido fragmentadas e demoradas, mas já estão a ganhar algum ímpeto. Entre elas figuram múltiplas medidas correspondentes a todo o espectro de respostas às substâncias ilícitas tradicionais, desde as atividades de educação e formação às intervenções de proteção dos consumidores na Internet e aos programas de troca de agulhas e seringas nos serviços de baixo limiar de exigência.



# 1

**A Europa é um importante  
mercado para as drogas,  
tanto produzidas a nível interno  
como traficadas de outras regiões**

# A oferta de drogas e o mercado

No contexto mundial, a Europa é um importante mercado para as drogas, tanto produzidas a nível interno como traficadas de outras regiões. A América Latina, a Ásia Oriental e o Norte de África são importantes regiões de origem das drogas que entram na Europa, ao mesmo tempo que algumas drogas e substâncias precursoras transitam para outros continentes através do continente europeu. A Europa também é uma região produtora de *cannabis* e drogas sintéticas: a primeira é sobretudo produzida para consumo local, enquanto algumas drogas sintéticas se destinam à exportação para outras partes do mundo.

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

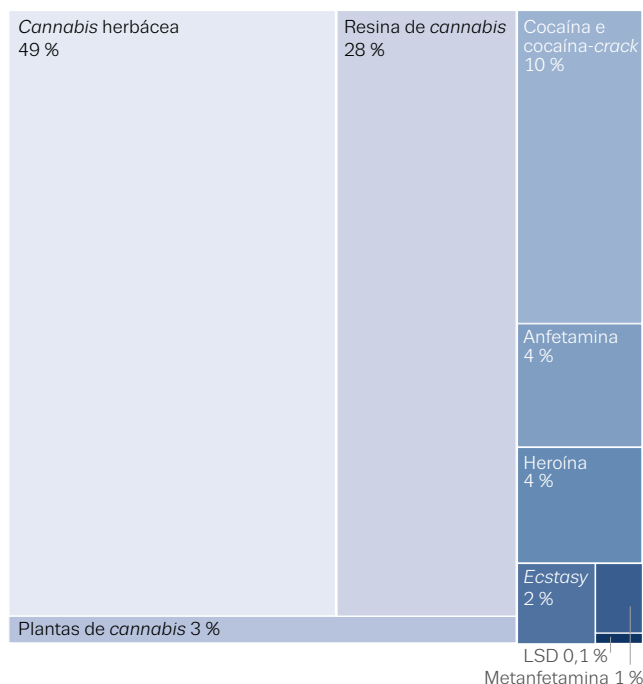
A análise apresentada no presente capítulo baseia-se nos dados comunicados sobre as apreensões de droga, as instalações de produção de droga desmanteladas, as infrações à legislação em matéria de droga, os preços de venda a retalho, a pureza e a potência das drogas. Em alguns domínios, a ausência de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

Também são aqui fornecidos dados referentes 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 de rotina, as estimativas das apreensões correspondem a um valor mínimo. Os dados são influenciados por fatores como o conhecimento crescente destas substâncias, a alteração do seu estatuto legal e as práticas de notificação das forças policiais. Uma descrição completa desse mecanismo encontra-se disponível no sítio do EMCDDA, sob a rubrica Action on new drugs.

Estão disponíveis dados exaustivos sobre a legislação europeia em matéria de droga em European Legal Database on Drugs. A aplicação desta legislação é monitorizada através de relatórios relativos às infrações notificadas.

FIGURA 1.1

Percentagem das apreensões notificadas relativas às principais drogas ilícitas em 2013



### Apreensões de droga na Europa: predominio da *cannabis*

São notificadas anualmente na Europa cerca de um milhão de apreensões de drogas ilícitas. Na maioria dos casos, tratase de pequenas quantidades de droga apreendidas a consumidores, embora uma grande proporção do total apreendido corresponda a remessas de vários quilos confiscadas a traficantes e produtores.

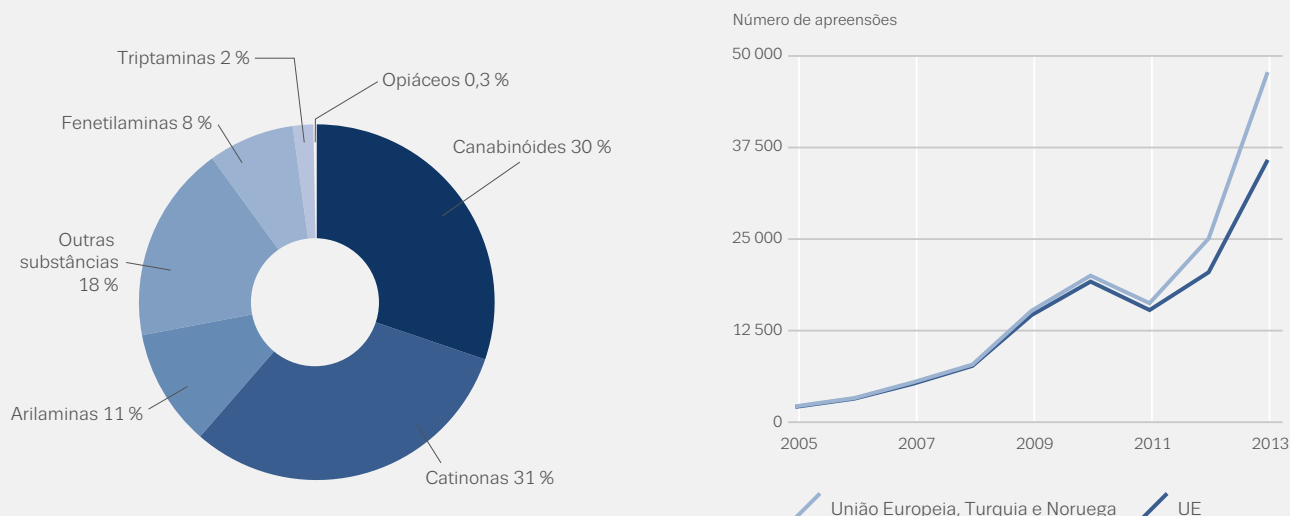
A *cannabis* é, de longe, a droga mais apreendida, respondendo por 8 em cada 10 apreensões na Europa (Figura 1.1), o que reflete a prevalência relativamente elevada do seu consumo. A cocaína figura em segundo lugar na tabela geral, com cerca do dobro das apreensões notificadas para as anfetaminas ou a heroína. O número de apreensões de *ecstasy* é relativamente baixo.

Em 2013, apenas dois países, a Espanha e o Reino Unido, foram responsáveis por cerca de dois terços das apreensões realizadas na União Europeia, embora também tenham sido notificados números consideráveis de apreensões pela Bélgica, Alemanha, Itália e quatro países nórdicos. Importa igualmente notar que não estão disponíveis dados recentes relativos aos números de apreensões de França e Países Baixos — países que no passado comunicaram números elevados. A ausência destes dados introduz incerteza na presente análise. Outro país importante no que respeita à apreensão de drogas é a

**A *cannabis* é, de longe, a droga mais apreendida, respondendo por 8 em cada 10 apreensões na Europa**

FIGURA 1.2

Número crescente de apreensões de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE: decomposição por categoria de substância principal de apreensões em 2013 (esquerda) e tendência (direita)



Turquia, destinando-se algumas das drogas apreendidas ao consumo noutros países, tanto da Europa como do Médio Oriente.

São apresentados igualmente dados relativos ao número crescente de apreensões de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE. Em 2013, foram notificadas cerca de 35 000 apreensões, principalmente de canabinóides sintéticos e catinonas (Figura 1.2). Este número deve ser considerado como uma estimativa mínima, devido à ausência de rotina neste domínio. Note-se que estes dados não são diretamente comparáveis com os dados relativos a drogas estabelecidas como a *cannabis*.

### Produtos de *cannabis*: um mercado diversificado

No mercado de droga europeu, podem encontrar-se, frequentemente, dois produtos de *cannabis* distintos: a *cannabis* herbácea («marijuana») e a resina de *cannabis* («haxixe»). A *cannabis* herbácea consumida na Europa é cultivada internamente ou traficada a partir de países terceiros. A maior parte da resina de *cannabis* é importada de Marrocos por via marítima ou aérea.

Na Europa, em 2009, o número de apreensões de *cannabis* herbácea ultrapassou o de resina de *cannabis* e, desde então, a diferença tem continuado a aumentar (Figura 1.3). Esta evolução é provavelmente impulsionada, em grande medida, pela disponibilidade crescente de *cannabis* herbácea, produzida internamente por muitos países europeus, e reflete-se no número crescente de apreensões de plantas de *cannabis*.

Contudo, a quantidade de resina de *cannabis* apreendida na União Europeia, é ainda muito superior à de *cannabis* herbácea (460 toneladas contra 130 toneladas). Esta diferença é explicada pelo facto da resina de *cannabis* ser traficada através de maiores distâncias e ter de atravessar fronteiras, o que a torna mais vulnerável às medidas de combate ao tráfico de droga.

A emergência recente de produtos canabinóides sintéticos veio conferir uma nova dimensão ao mercado da *cannabis*. Nos últimos anos, foram detetados mais de 130 canabinóides sintéticos diferentes. A maioria destas substâncias terão sido produzidas na China. Após a sua expedição em forma de pó para a Europa, estas substâncias são normalmente adicionadas ao material

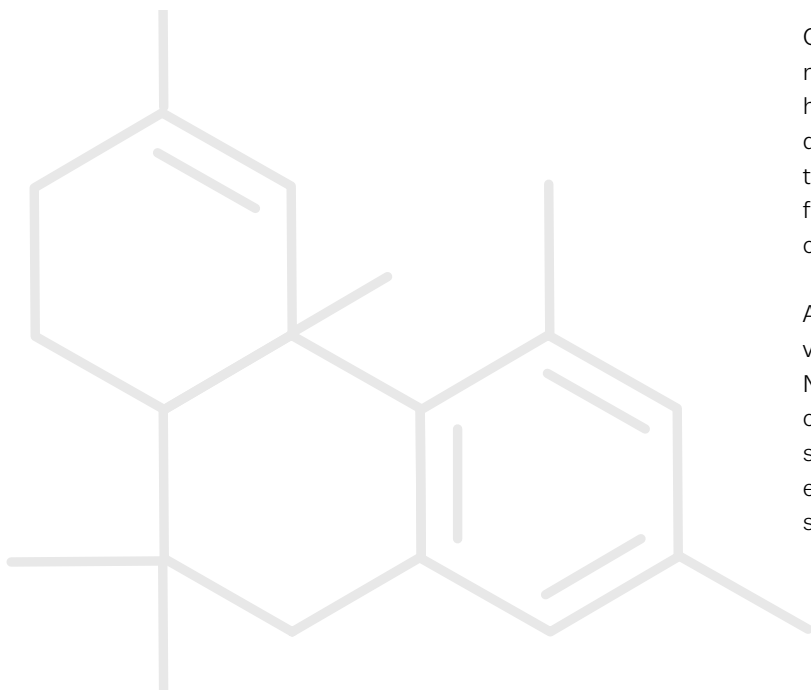
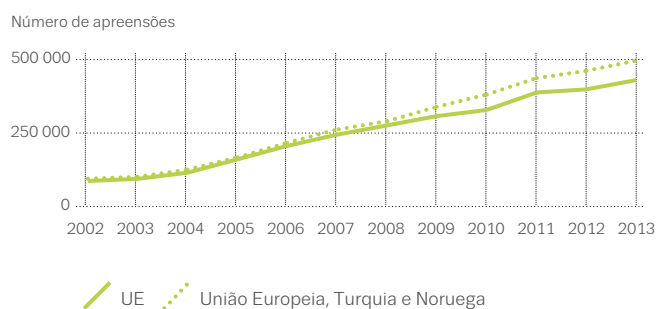
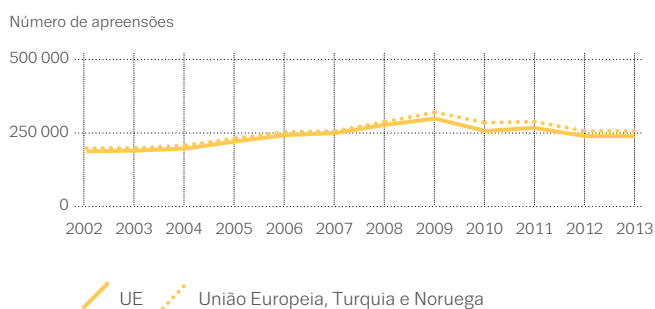
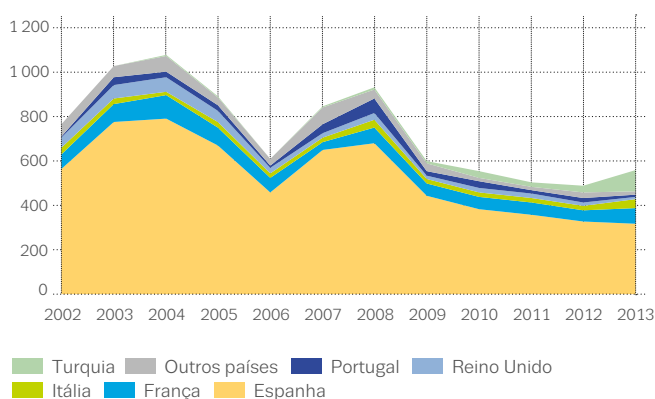


FIGURA 1.3

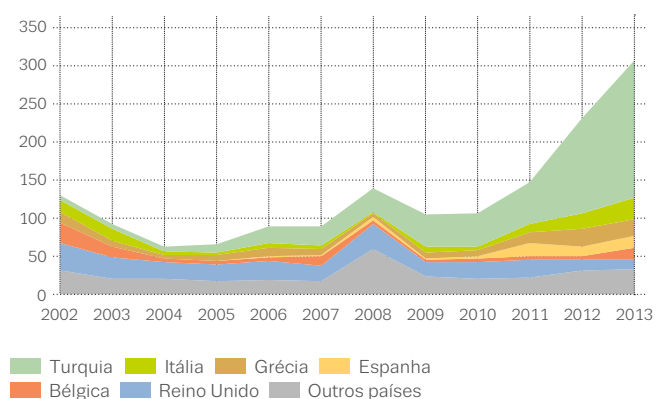
Número de apreensões de *cannabis* e quantidade apreendida em toneladas: resina (esquerda) e herbácea (direita)



Resina (toneladas)



Herbácea (toneladas)



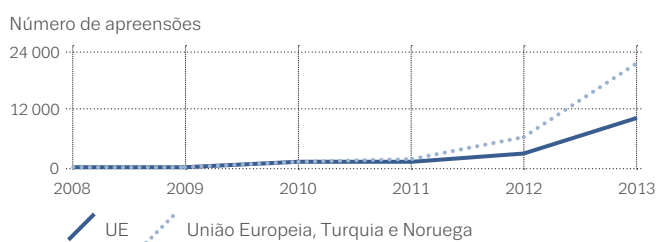
vegetal para venda como produtos «legal high» («droga legal»).

Em 2013, foram notificadas 671 000 apreensões de *cannabis* na União Europeia (431 000 de *cannabis* herbácea e 240 000 de resina de *cannabis*). Foram notificadas mais 30 000 apreensões de plantas de *cannabis*. Além disso, em 2013, os países da UE notificaram mais 10 000 apreensões de canabinóides sintéticos ao mecanismo de alerta rápido, um forte aumento em relação a 2011, e a Turquia notificou mais 11 000 apreensões (ver Figura 1.4).

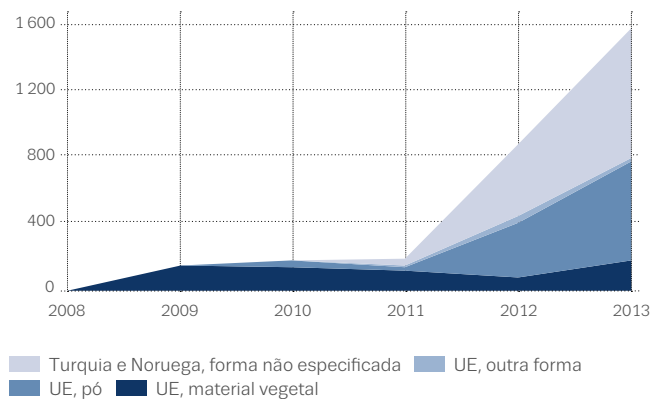
No que se refere à análise da quantidade de *cannabis* apreendida, um pequeno número de países respondem por quantidades desproporcionadamente elevadas devido ao facto de estarem situados em importantes rotas de tráfico desta droga. A Espanha, nomeadamente, sendo um importante ponto de entrada da *cannabis* produzida em Marrocos, notificou mais de dois terços da quantidade total de *cannabis* apreendida na Europa em 2013 (Figura 1.5). Quanto à *cannabis* herbácea, a Grécia, a Espanha e a Itália comunicaram aumentos substanciais. Nos últimos anos, a Turquia tem apreendido maiores quantidades de *cannabis* herbácea do que qualquer outro estado europeu, tendo o total apreendido em 2013 (180 toneladas) sido superior ao do conjunto de todos os Estados-Membros da UE.

FIGURA 1.4

Apreensões de canabinóides sintéticos notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE: número de apreensões e quantidades apreendidas, 2013



Quilogramas





O número de apreensões de plantas de *cannabis* pode ser considerado como um indicador da produção desta droga num dado país. Embora os dados relativos às apreensões de *cannabis* tenham de ser considerados com prudência devido a problemas de ordem metodológica, o número de apreensões de plantas de *cannabis* aumentou de 1,5 milhões em 2002 para 3,7 milhões em 2013.

A análise das tendências indexadas entre os países que comunicam dados revelam sistematicamente grandes

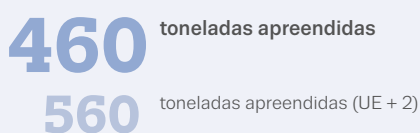
aumentos na potência (teor de THC tetrahydrocannabinol) da *cannabis* herbácea e da resina de *cannabis* entre 2006 e 2013. Entre os fatores deste aumento da potência podem estar a introdução de técnicas de produção intensiva na Europa e, mais recentemente, a introdução de plantas de elevada potência em Marrocos.

As tendências indexadas relativas às infrações à legislação em matéria de droga na União Europeia também evidenciam acentuados aumentos entre 2006 e 2013.

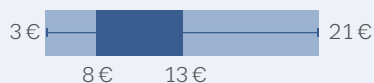
## CANNABIS

### Resina

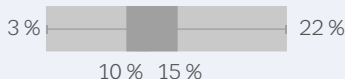
#### Apreensões



#### Preço (EUR/g)



#### Potência (% THC)



#### Tendências indexadas: preço e potência

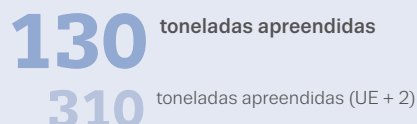
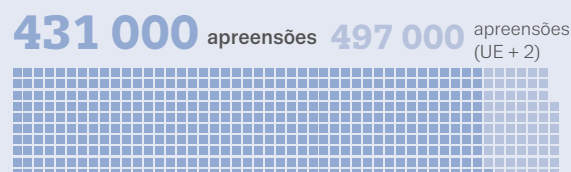


### Plantas de *cannabis*

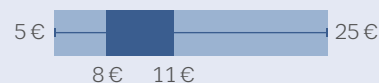
**30 000** apreensões **3,7** milhões de plantas apreendidas

### Herbácea

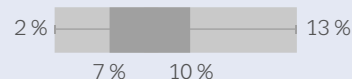
#### Apreensões



#### Preço (EUR/g)



#### Potência (% THC)



#### Tendências indexadas: preço e potência



### Infrações à legislação em matéria de droga

**782 000** infrações comunicadas relacionadas com o consumo/posse de *cannabis* **116 000** infrações comunicadas relacionadas com a oferta de *cannabis*

**78 %** infrações comunicadas relacionadas com o consumo/posse

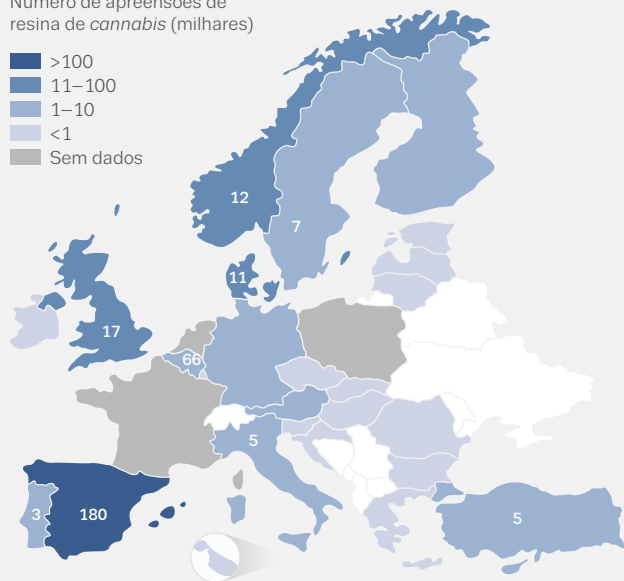
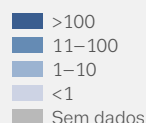
**57 %** infrações comunicadas relacionadas com a oferta

Tendências indexadas: infrações relacionadas com o consumo/posse e oferta

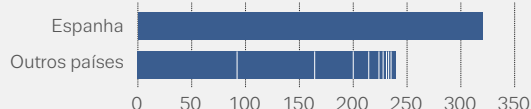
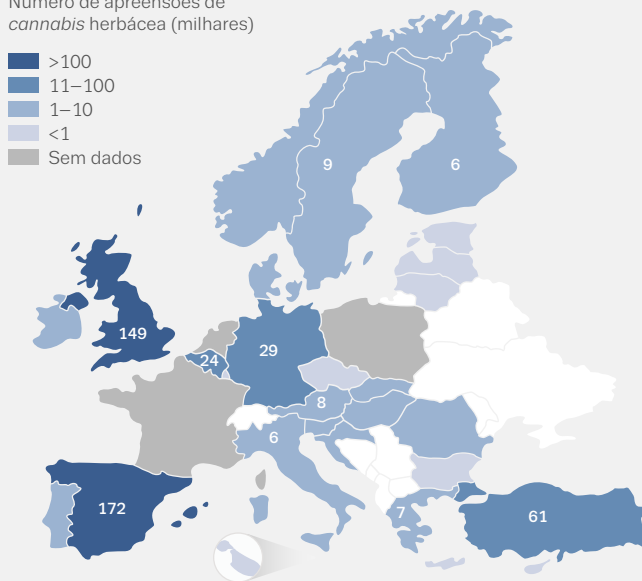
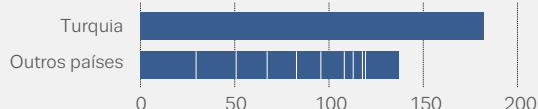


UE + 2 refere-se aos Estados Membros da UE, Turquia e Noruega. As tendências indexadas relativas às infrações referem-se a casos em que estão envolvidos produtos de *cannabis*. Preço e potência dos produtos de *cannabis*: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 1.5

**Apreensões de resina de *cannabis* e de *cannabis* herbácea, 2013**Número de apreensões de resina de *cannabis* (milhares)

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

Quantidade de resina de *cannabis* apreendida (toneladas)Número de apreensões de *cannabis* herbácea (milhares)Quantidade de *cannabis* herbácea apreendida (toneladas)**Opiáceos: um mercado em evolução?**

A heroína é o opiáceo mais comum no mercado de droga europeu. Tradicionalmente, a heroína importada tem sido oferecida sob duas formas no mercado de drogas ilícitas da Europa: a mais comum destas formas é a heroína castanha (a forma química de base), proveniente essencialmente do Afeganistão. Muito menos comum é a heroína branca (uma forma de sal), tradicionalmente originária do Sudeste Asiático, mas que agora também pode ser produzida no Afeganistão ou noutros países vizinhos. Entre os outros opiáceos apreendidos pelas autoridades nos países europeus em 2013, são referidos o ópio e medicamentos como a morfina, a metadona, a buprenorfina, o fentanil e o tramadol. Alguns opiáceos medicinais podem ter sido desviados de fornecimentos da indústria farmacêutica, enquanto outros foram fabricados especificamente para o mercado ilícito. Constitui motivo de preocupação o facto de, desde 2005, terem sido notificados ao mecanismo de alerta rápido da UE 14 novos opiáceos sintéticos, entre os quais vários fentanils de alta potência.

O Afeganistão continua a ser o maior produtor ilegal de ópio a nível mundial, julgando-se que a maior parte da heroína encontrada na Europa seja produzida nesse país ou nos países vizinhos, Irão e Paquistão. Há sinais de

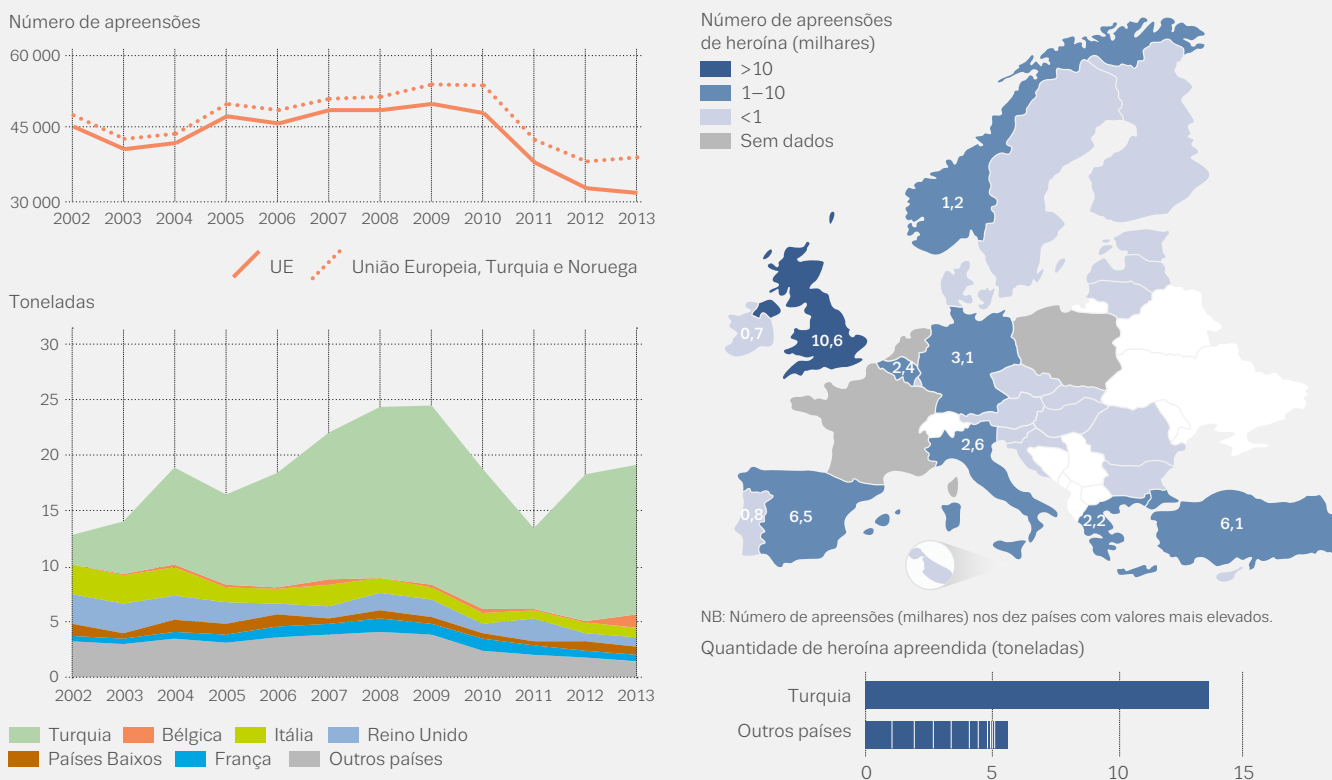
que as fases finais da produção de heroína podem estar, presentemente, a realizar-se na Europa, o que é indiciado, nomeadamente, pela descoberta, em Espanha, em 2013–2014, de dois laboratórios de conversão de morfina em heroína. Tradicionalmente, as notificações de drogas opiáceas de origem europeia têm-se limitado a produtos caseiros obtidos a partir da papoila produzidos em algumas zonas da Europa Oriental.

A heroína é introduzida na Europa através de quatro rotas de tráfico. As duas mais importantes são a «rota dos Balcãs» e a «rota meridional». Uma destas rotas atravessa a Turquia até aos países balcânicos (Bulgária, Roménia ou Albânia) e prossegue para a Europa Central, Meridional e Ocidental. As remessas de heroína provenientes do Irão e do Paquistão podem igualmente entrar na Europa por via aérea ou marítima, quer diretamente, quer depois de transitarem por países da África Ocidental, Austral e Oriental. A rota da África Austral parece ter adquirido importância nos últimos anos.

A partir de 2010 a Europa tem assistido a um declínio considerável nas apreensões de heroína, após quase uma década de relativa estabilidade. Em 2013, os números de apreensões de heroína (32 000) e de quantidade total apreendida (5,6 toneladas) estão entre os níveis mais

FIGURA 1.6

Número de apreensões de heroína e quantidade apreendida: tendências (esquerda) e em 2013 (direita)



baixos comunicados na última década. A diminuição das apreensões na União Europeia tem coincidido com a importância crescente das apreensões na Turquia (13,5 toneladas em 2013), onde, desde 2006, tem sido apreendida anualmente mais heroína do que no conjunto dos países da União (Figura 1.6).

Paralelamente às recentes diminuições nos números de apreensões de heroína, foram também observadas reduções nas tendências indexadas dos preços e das infrações relacionadas com a oferta (ver infografia sobre a heroína). Em 2010 e 2011, mercados de vários países registaram situações de escassez de heroína, das quais

## HEROÍNA

## Apreensões

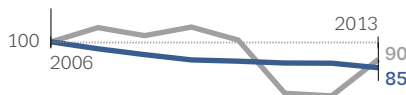
32 000  
apreensões39 000  
apreensões (UE + 2)5,6  
toneladas apreendidas19,1  
toneladas apreendidas (UE + 2)

## Preço (EUR/g)

25 € 33 € 58 € 158 €

## Pureza (%)

6 % 13 % 23 % 75 %

Tendências indexadas:  
preço e pureza

## Infrações à legislação em matéria de droga

37 800

infrações comunicadas relacionadas com o consumo/posse de heroína

17 000

infrações comunicadas relacionadas com a oferta de heroína



de infrações comunicadas relacionadas com o consumo/posse



de infrações comunicadas relacionadas com a oferta

Tendências indexadas:  
infrações relacionadas com o consumo/posse e oferta

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.

nem todos os mercados parecem ter recuperado completamente. Entretanto, entre os países que comunicam sistematicamente dados, as tendências indexadas sugerem que a pureza de heroína aumentou em 2013 e alguns países manifestaram preocupação sobre um possível aumento da oferta. Na Turquia, o número de apreensões aumentou em 2013, bem como a quantidade apreendida; por outro lado, as Nações Unidas comunicaram um aumento substancial da produção de ópio no Afeganistão. No conjunto, há sinais que sugerem um potencial aumento da oferta desta droga.

### Cocaína: estabilização dos níveis de apreensão e aumento da pureza

Na Europa, a cocaína encontrase disponível sob duas formas, das quais a mais comum é a cocaína em pó (um sal hidrocloreto, HCl). Menos comum é a cocaína-*crack*, uma forma dessa droga que pode ser fumada. A cocaína é produzida a partir das folhas de coca. É quase exclusivamente fabricada na Bolívia, na Colômbia e no Peru, sendo transportada para a Europa por via aérea e marítima. Os dados disponíveis indicam que o tráfico de

cocaína para a Europa se concentra principalmente nos países da Europa ocidental e meridional, respondendo a Espanha, a Bélgica, os Países Baixos, a França e a Itália por 86 % das 62,6 toneladas apreendidas em 2013 (Figura 1.7).

Em 2013, foram notificadas cerca de 78 000 apreensões de cocaína na União Europeia, correspondentes a 63 toneladas de droga, no total. A situação tem-se mantido relativamente estável desde 2010, embora tanto o número de apreensões como os volumes apreendidos apresentem níveis consideravelmente inferiores aos valores máximos atingidos em 2006 e 2008 (Figura 1.7). Embora a Espanha continue a ser o país europeu que apreende mais cocaína, há indícios de que as rotas de tráfico com destino à Europa se estão a diversificar, tendo sido recentemente notificadas apreensões de droga em portos do Mediterrâneo Oriental, do Báltico e do Mar Negro. De um modo geral, as tendências indexadas sugerem que a pureza da cocaína aumentou nos últimos anos, enquanto o seu preço se manteve relativamente estável. As tendências indexadas das infrações relacionadas com a cocaína mostram que estas aumentaram desde 2006.

## COCAÍNA

### Apreensões

**78 000**  
apreensões

**80 000**  
apreensões (UE + 2)

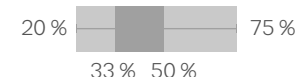
**62,6**  
toneladas apreendidas

**63,2**  
toneladas apreendidas (UE + 2)

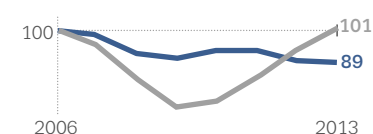
### Preço (EUR/g)



### Pureza (%)



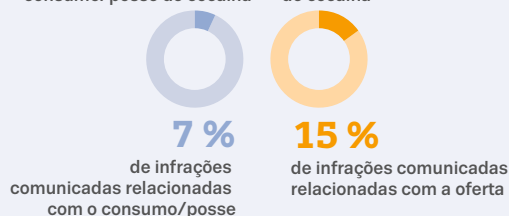
### Tendências indexadas: preço e pureza



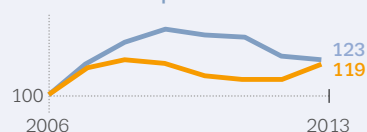
### Infrações à legislação em matéria de droga

**72 300** infrações comunicadas relacionadas com o consumo/posse de cocaína

**29 900** infrações comunicadas relacionadas com a oferta de cocaína



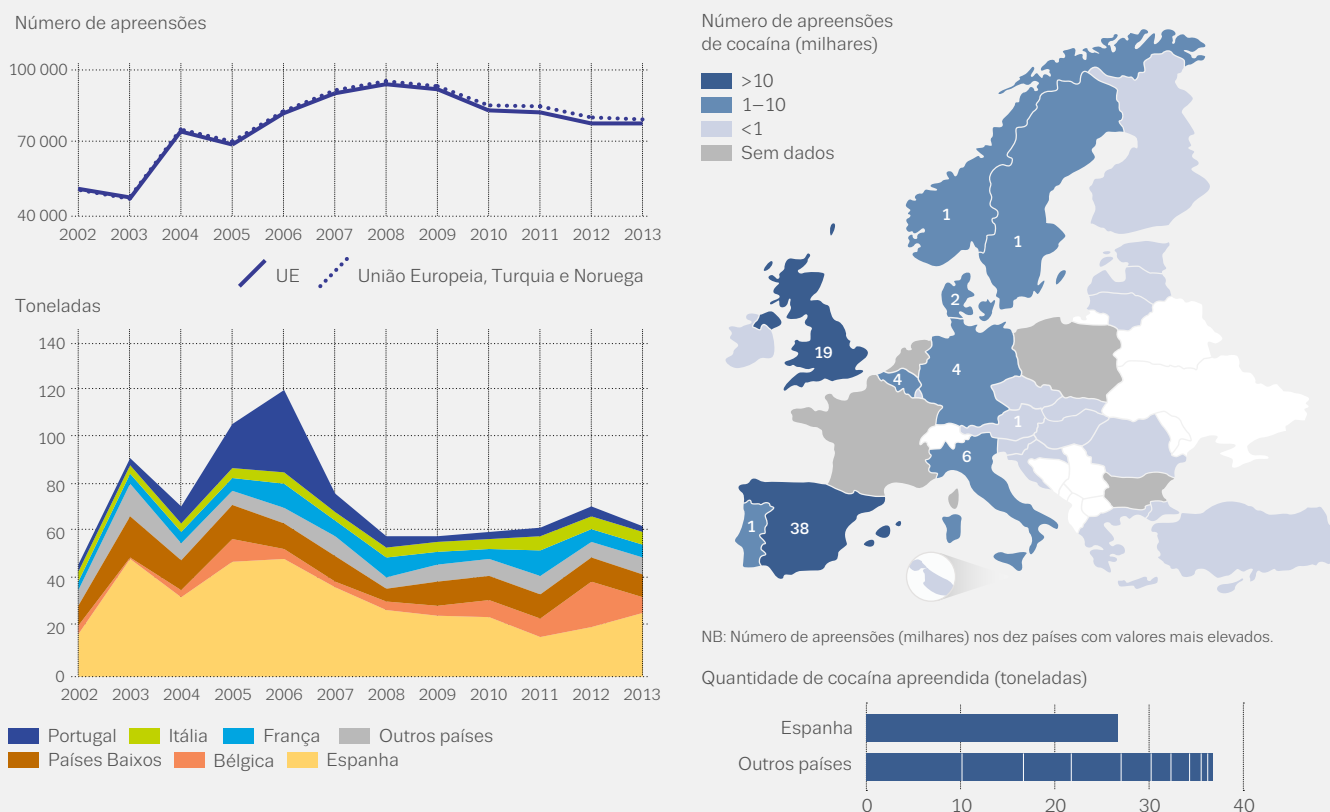
### Tendências indexadas: infrações relacionadas com o consumo/posse e oferta



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 1.7

Número de apreensões de cocaína e quantidade apreendida: tendências (esquerda) e 2013 ou ano mais recente (direita)



### Anfetaminas: aumento das apreensões de anfetamina e de metanfetamina

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

Ambas as drogas são fabricadas na Europa para consumo interno, embora alguma anfetamina e alguma metanfetamina também sejam produzidas para exportação, principalmente para o Médio Oriente e o Extremo Oriente, respetivamente. A Europa também é uma plataforma para o tráfico de metanfetamina da África e do Irão para o Extremo Oriente. Os dados disponíveis indicam que a produção de anfetamina tem sobretudo lugar na Bélgica, nos Países Baixos, na Polónia e nos Estados Bálticos e, em menor escala, na Alemanha, enquanto a produção de metanfetamina está concentrada nos Estados Bálticos e na Europa Central.

A produção de metanfetamina na Europa parece estar a mudar, em parte devido à oferta das substâncias precursoras. A produção de metanfetamina em que se utiliza a BMK (benzilmetilcetona) como precursor principal tem o seu centro na Lituânia e a droga é maioritariamente exportada para os países do norte da Europa, onde tem afetado o mercado da anfetamina. Esta realidade tem sido revelada pelo número de apreensões relativamente elevado ocorridas na Noruega. A produção baseada na efedrina e na pseudoefedrina está centrada na República Checa, embora também já exista alguma na Eslováquia e, agora, na Alemanha. Tradicionalmente, na República Checa, a metanfetamina era sobretudo produzida pelos consumidores, em instalações de pequena dimensão, para consumo próprio ou local, como evidenciado pelo elevado número de instalações de produção detetadas neste país (em 2013 foram desmanteladas 261, de um total de 294 instalações no continente europeu). No entanto, surgiram recentemente sinais de produção em larga escala e informações sobre grupos de criminosos vietnamitas que produzem grandes volumes desta droga, tanto para o mercado interno como para os mercados externos.

Em 2013, os Estados-Membros notificaram 34 000 apreensões de anfetamina, num total de 6,7 toneladas.

Mais de metade desta quantidade de anfetamina foi apreendida na Alemanha, nos Países Baixos e no Reino Unido. Após um período de relativa estabilidade, verificou-se um aumento na quantidade de anfetamina apreendida em 2013 (Figura 1.8). As apreensões de metanfetamina são em número muito inferior, correspondendo a cerca de um sexto de todas as apreensões de anfetaminas em 2013, com 7 000 apreensões notificadas na União Europeia, num total de 0,5 toneladas (Figura 1.9). Essas apreensões têm vindo a aumentar, tanto em número como em quantidade, desde 2002.

Normalmente, as amostras de metanfetamina apresentam uma pureza média superior à das amostras de anfetamina e apesar das tendências indexadas, entre os países que apresentam relatórios sistemáticos, sugerirem que a pureza da anfetamina aumentou recentemente, a pureza média desta droga permanece relativamente baixa.

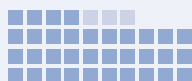
## ANFETAMINAS

### Anfetamina

#### Apreensões

**34 000**  
apreensões

**37 000**  
apreensões (UE + 2)



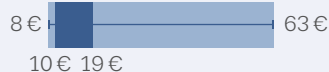
**6,7**  
toneladas  
apreendidas

**8,2**

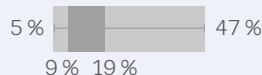
toneladas apreendidas (UE + 2)



#### Preço (EUR/g)



#### Pureza (%)



#### Tendências indexadas: preço e pureza



### Metanfetamina

#### Apreensões

**7 000**  
apreensões

**11 300**  
apreensões (UE + 2)



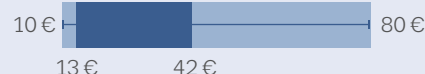
**0,5**  
toneladas  
apreendidas

**0,8**

toneladas apreendidas (UE + 2)



#### Preço (EUR/g)



#### Pureza (%)



### Infrações à legislação em matéria de droga

**55 000**

infrações comunicadas  
relacionadas com o  
consumo/posse de anfetamina

**1 900**

infrações comunicadas  
relacionadas com o  
consumo/posse de metanfetamina

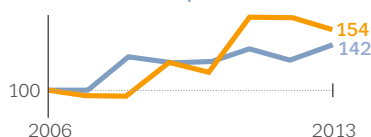
**5 %**

de infrações comunicadas  
relacionadas com  
o consumo/posse

**<1 %**

de infrações comunicadas  
relacionadas com o  
consumo/posse

#### Tendências indexadas: infrações relacionadas com o consumo/posse e oferta



**16 000**

infrações comunicadas  
relacionadas com  
a oferta de anfetamina

**8 %**

de infrações comunicadas  
relacionadas com a oferta

**2 700**

infrações comunicadas  
relacionadas com a oferta  
de metanfetamina

**1 %**

de infrações comunicadas  
relacionadas com a oferta

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 1.8

Número de apreensões de anfetamina e quantidade apreendida: tendências (esquerda) e 2013 ou ano mais recente (direita)

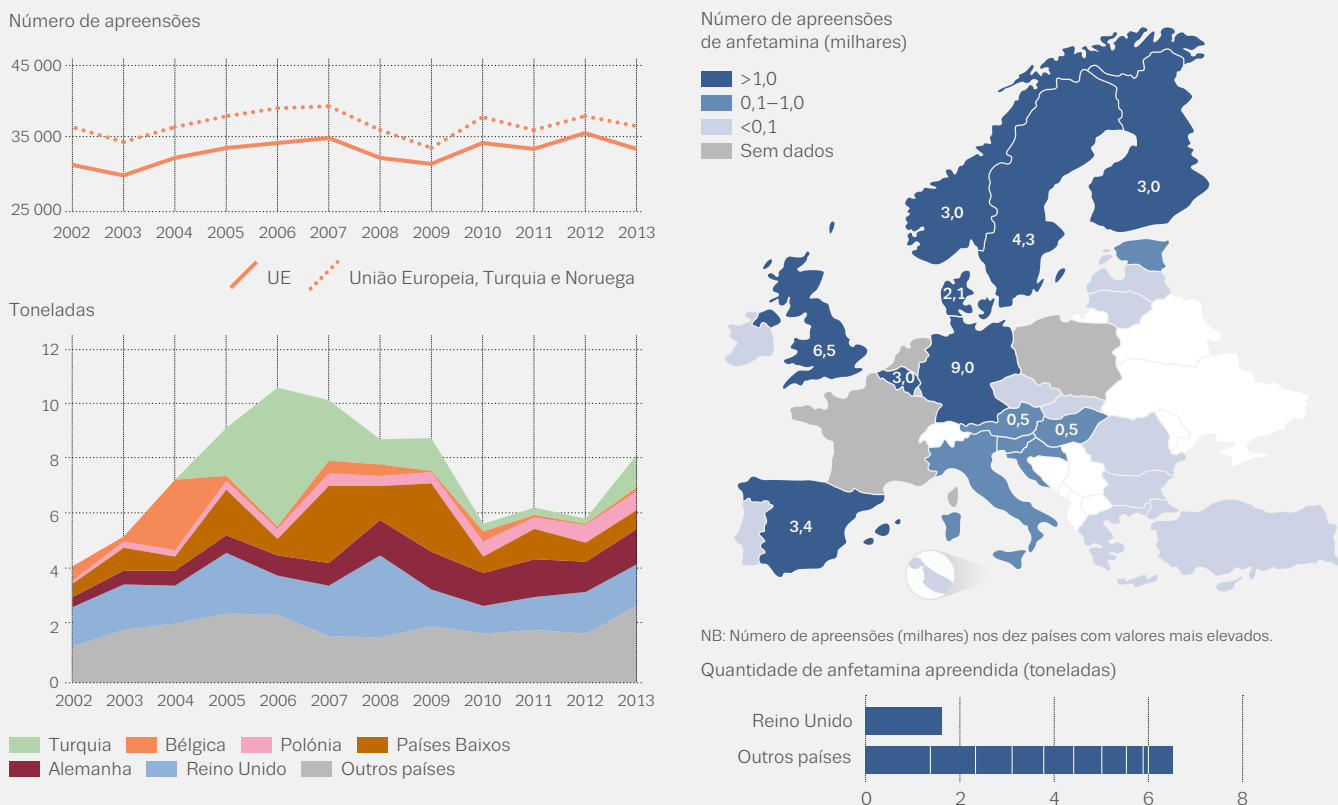
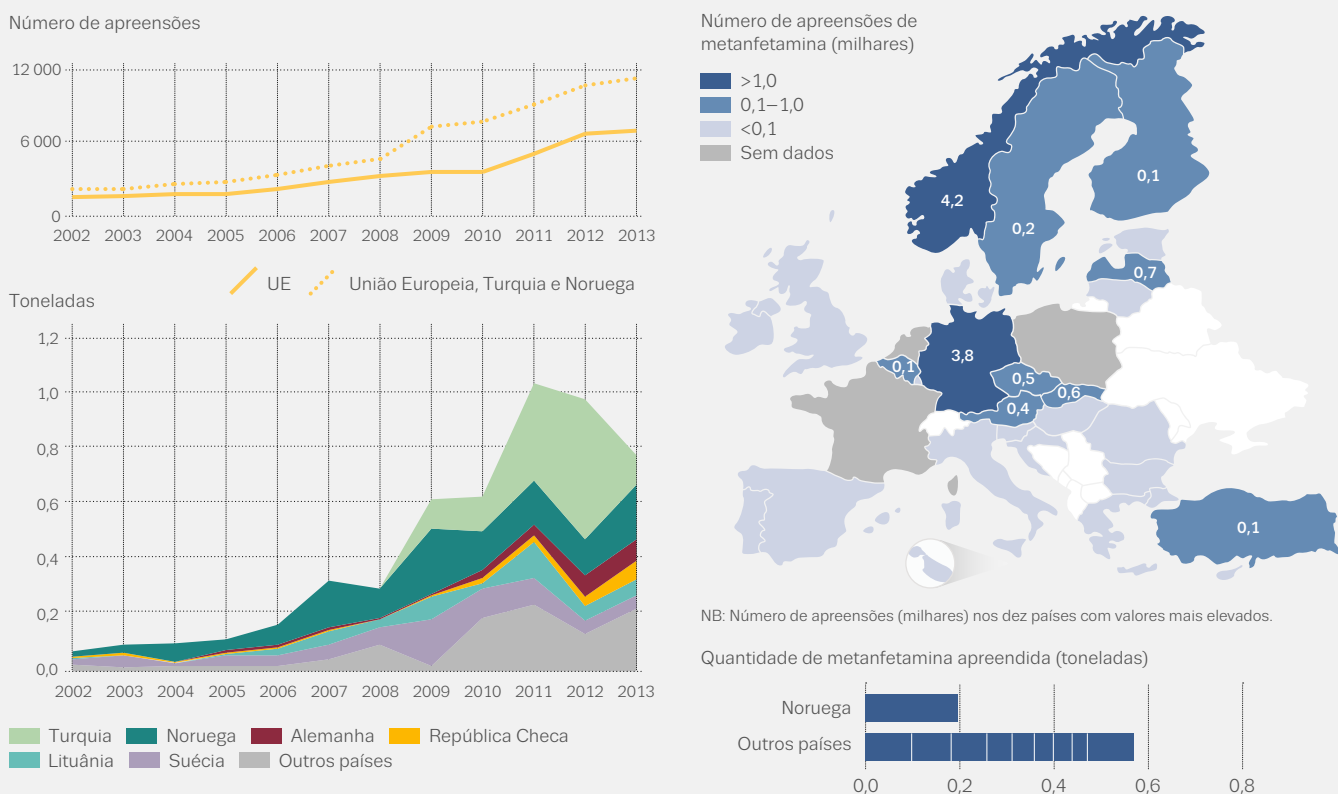


FIGURA 1.9

Número de apreensões de metanfetamina e quantidade apreendida: tendências (esquerda) e 2013 ou ano mais recente (direita)



## MDMA/ecstasy: aumento dos produtos de elevada pureza

### A substância sintética MDMA

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

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

É difícil avaliar as tendências mais recentes das apreensões de MDMA devido à ausência de dados de alguns países que poderão contribuir grandemente para o número total. Relativamente ao ano de 2013, não há dados disponíveis dos Países Baixos, e a França e a Polónia não comunicaram o número de apreensões. Os Países Baixos comunicaram a apreensão de 2,4 milhões de comprimidos de MDMA em 2012 e, presumindo que os números relativos a 2013 serão semelhantes, poderá estimar-se que nesse ano foram apreendidos 4,8 milhões de comprimidos de MDMA na União Europeia, ou seja, aproximadamente o dobro do valor registado em 2009. Note-se que a quantidade de MDMA agora apreendido na Turquia (4,4 milhões de comprimidos de MDMA) é equivalente ao total apreendido em todos os Estados-Membros da UE, o que suscita interrogações sobre se estas drogas se destinariam ao consumo interno ou à exportação para a União Europeia ou outras regiões (Figura 1.10).

Nas tendências indexadas também é visível um aumento recente das infrações relacionadas com o MDMA. Entre os países que apresentam relatórios sistemáticos, as tendências indexadas indicam igualmente que o teor de MDMA aumentou desde 2010, tendo a disponibilidade de produtos com elevado teor de MDMA levado a Europol e o EMCDDA a emitirem alertas conjuntos em 2014. Globalmente, estes indicadores do mercado de MDMA apontam para uma recuperação desta droga relativamente ao acentuado declínio registado há cerca de 5 anos.

## ECSTASY

### Apreensões

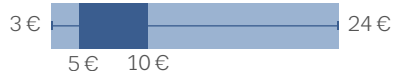
**13 400**  
apreensões

**18 000**  
apreensões (UE + 2)

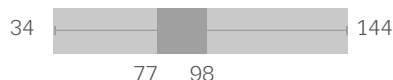
**4,8**  
milhões de comprimidos  
apreendidos

**9,3**  
milhões de comprimidos  
apreendidos (UE + 2)

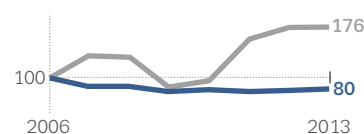
### Preço (EUR/comprimido)



### Pureza (MDMA mg/comprimido)



### Tendências indexadas: preço e pureza



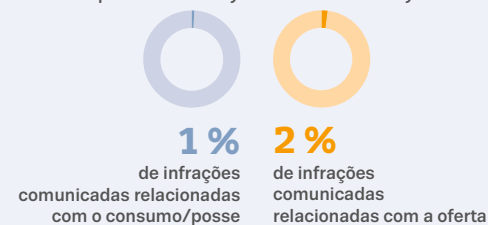
### Infrações à legislação em matéria de droga

**11 000**

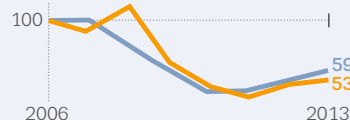
infrações comunicadas  
relacionadas com o  
consumo/posse de *ecstasy*

**3 700**

infrações comunicadas  
relacionadas com a  
oferta de *ecstasy*



### Tendências indexadas: infrações relacionadas com o consumo/posse e oferta

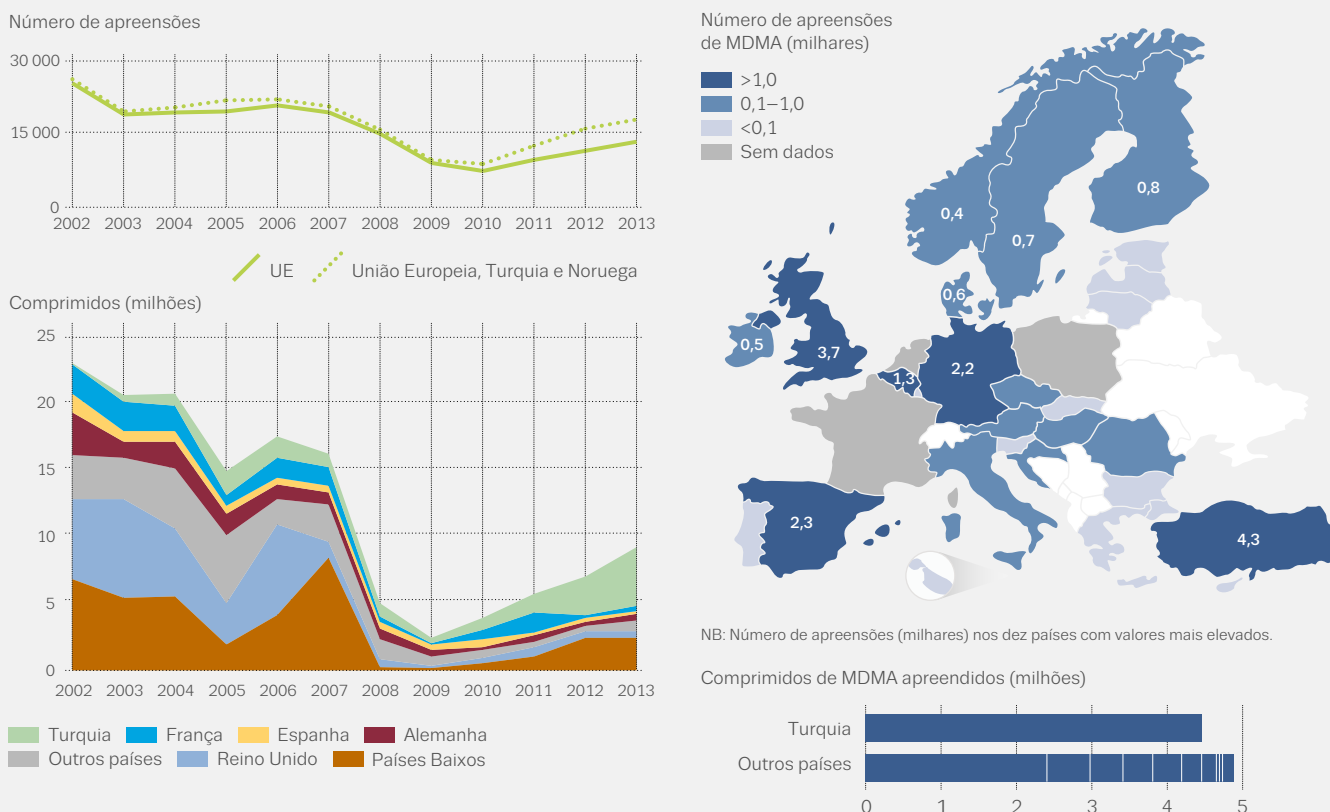


UE + 2 refere-se aos Estados Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e pureza do *ecstasy*: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador.



FIGURA 1.10

Número de apreensões de MDMA e comprimidos apreendidos: tendências (esquerda) e 2013 ou ano mais recente (direita)



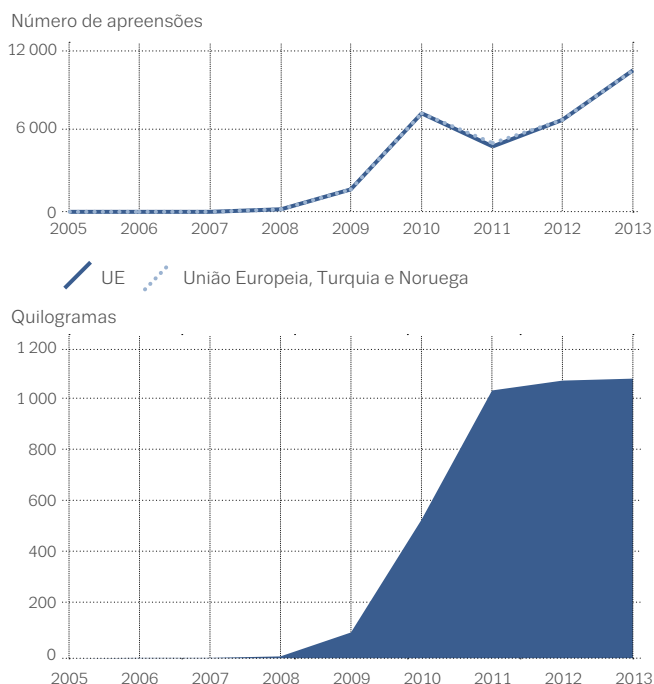
### Novos estimulantes no mercado de drogas ilícitas

Inicialmente apresentadas como novas substâncias psicoativas não controladas pela legislação em matéria de droga, as catinonas sintéticas, designadamente a mefedrona, a pentedrona e a MDPV (3,4-metilenedioxipirovalerona), passaram a marcar presença no mercado de drogas ilícitas de alguns países europeus. As catinonas são utilizadas de formas semelhantes a outros estimulantes, como a anfetamina e a MDMA, e são frequentemente intermutáveis com eles, estando geralmente disponíveis em pó ou em comprimidos. A produção de catinonas parece ter sobretudo lugar na China e na Índia, sendo depois transportadas para a Europa, onde são embaladas e comercializadas como «drogas legais» (*legal highs*) ou vendidas no mercado de drogas ilícitas. O mecanismo de alerta rápido identificou mais de 70 novas catinonas na Europa e em 2013 foram-lhe notificadas mais de 10 000 apreensões de catinonas sintéticas (Figura 1.11).

**As catinonas são utilizadas de formas semelhantes a outros estimulantes, como a anfetamina e a MDMA, e são frequentemente intermutáveis com eles**

FIGURA 1.11

**Apreensões de catinonas sintéticas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE: número de apreensões e quantidades apreendidas, 2013**



### Novas substâncias psicoativas: um mercado de diversidade crescente

A disponibilidade de novas substâncias psicoativas no mercado de drogas europeu aumentou rapidamente ao longo da última década, como prova o número crescente de apreensões comunicadas ao mecanismo de alerta rápido e através dos sistemas de monitorização normais. Estas novas drogas incluem substâncias sintéticas e naturais não controladas no âmbito do direito internacional e frequentemente produzidas com a intenção de reproduzir os efeitos das substâncias controladas. Normalmente, as substâncias químicas são importadas de fornecedores não europeus e depois preparadas, embaladas e comercializadas na Europa. Verifica-se, no entanto, um aumento da produção de novas drogas na Europa, em laboratórios clandestinos, seguida da sua venda direta no mercado.

Para evitar os controlos, é frequente os produtos estarem rotulados de forma errónea, por exemplo como «substâncias químicas usadas em investigação», com declarações de exoneração de responsabilidade afirmando que o produto não se destina a consumo humano. Estas substâncias são comercializadas através de retalhistas em linha e de lojas especializadas, sendo crescentemente vendidas através dos mesmos canais que são utilizados para as substâncias ilícitas. Este mercado, tal como a sua relação com o mercado de drogas ilícitas, é caracterizado

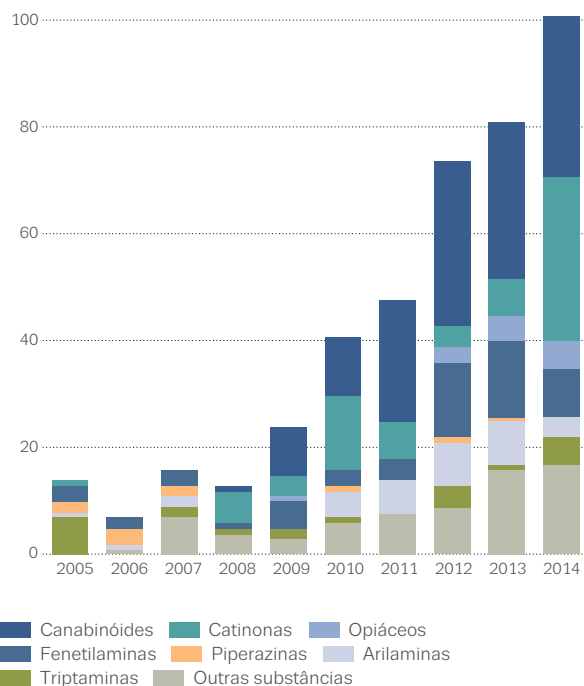
pelo dinamismo e pela contínua introdução de novos produtos e medidas de controlo. Os canabinóides sintéticos e as catinonas sintéticas são os grupos de novas substâncias psicoativas mais frequentemente apreendidos, o que reflete a procura relativamente elevada de *cannabis* e de estimulantes no mercado de drogas ilícitas.

Para além do crescente número de apreensões de novas drogas anualmente notificadas na Europa, o número de novas substâncias detetadas não cessa também de aumentar. Em 2014, os Estados-Membros comunicaram ao mecanismo de alerta rápido da UE 101 substâncias psicoativas que não tinham sido anteriormente notificadas, um valor equivalente a um aumento de 25 % comparativamente a 2013 (Figura 1.12). Trinta e uma destas substâncias são catinonas sintéticas, o que as torna a maior categoria de novas drogas identificadas na Europa em 2014, logo seguidas por trinta canabinóides sintéticos. No entanto, há outros treze compostos que não se enquadram facilmente em nenhum dos grupos de substâncias monitorizadas. Quatro das novas substâncias psicoativas notificadas em 2014 são utilizadas como princípios ativos de medicamentos. O mecanismo de alerta rápido da UE está atualmente a monitorizar mais de 450 novas substâncias psicoativas.

**Em 2014, os Estados-Membros comunicaram ao mecanismo de alerta rápido da UE 101 substâncias psicoativas que não tinham sido anteriormente notificadas**

FIGURA 1.12

Número e principais grupos de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE, 2005–2014



### Riscos de novas substâncias avaliados na Europa em 2014

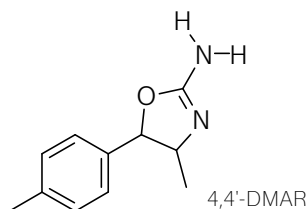
A União Europeia dispõe de um mecanismo para identificar, avaliar e eventualmente controlar as novas substâncias psicoativas na Europa. Em 2014, seis dessas substâncias foram objeto de avaliações de risco (ver Quadro 1.1). Trata-se de drogas novas que surgiram na Europa nos últimos anos e têm estado associadas a números crescentes de notificações de danos, incluindo hospitalizações e mortes. A partir de fevereiro de 2015, quatro das seis substâncias foram sujeitas a medidas de controlo em toda a Europa.

**Em 2014, seis dessas substâncias foram objeto de avaliações de risco**

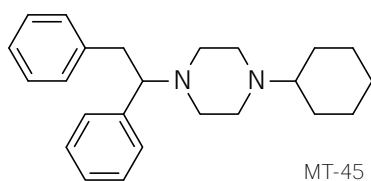
QUADRO 1.1

### Riscos de novas substâncias avaliados em 2014

Em setembro de 2014, realizaram-se avaliações de risco ao 4,4'-DMAR e ao MT-45. Antes destas, em abril de 2014, tinham-se realizado quatro avaliações de risco, nomeadamente ao 25I-NBOMe (um substituto da fenetilamina com efeitos alucinogénios e vendido como alternativa «legal» ao LSD), ao AH-7921 (um opiáceo sintético), ao MDPV (um derivado da catinona sintético) e à metoxetamina (uma arilciclohexilamina estreitamente relacionada com a cetamina e comercializada como alternativa «legal»).



O 4,4'-DMAR é um psicoestimulante disponível no mercado de drogas da União desde, pelo menos, dezembro de 2012 e detetado em nove Estados-Membros. Em cerca de 20 % das deteções o 4,4'-DMAR foi encontrado em combinação com outras drogas (predominantemente estimulantes). Foi detetado em 31 casos de morte, na Hungria, Polónia e Reino Unido, ao longo de um período de 12 meses.



O MT-45, um opiáceo sintético com potência analgésica semelhante à da morfina, foi detetado pela primeira vez em outubro de 2013. Foi detetado em 28 casos de morte e em 12 intoxicações não fatais, na Suécia, ao longo de um período de 9 meses. Em 19 das mortes, o MT-45 foi notificado como causa da morte ou como tendo contribuído para ela.

## Respostas jurídicas à evolução dos mercados de droga

O rápido surgimento de novas substâncias psicoativas e a diversidade de produtos disponíveis têm constituído um importante desafio para os decisores políticos europeus. A nível da UE, existe desde 1997 um sistema de vigilância associado a um mecanismo legal de controlo — o mecanismo de alerta rápido da UE, que foi reforçado em 2005. O sistema atualmente existente foi revisto e a proposta de um novo quadro jurídico está a ser debatida.

A nível nacional, têm sido utilizadas várias medidas para controlar as novas substâncias, sendo possível identificar três grandes tipos de resposta a nível jurídico. Em alguns países, utilizou-se a legislação em vigor para questões não relacionadas com as drogas controladas, como a leis de defesa do consumidor; noutros, a legislação ou os processos jurídicos aplicáveis às drogas foram alargados ou adaptados; e noutros ainda foram elaboradas novas leis. Apesar de as definições das infrações e de as sanções aplicadas variarem muito, as respostas tendem a centrar-se na oferta e não na posse das substâncias.

## A Internet, um mercado para as drogas novas e para as drogas tradicionais

Há já algum tempo que é reconhecido que a Internet constitui um mercado importante para a venda de novas substâncias psicoativas aos europeus. Em 2013, um estudo seletivo do EMCDDA identificou 651 sítios *Web* que vendiam «*legal highs*» e, em 2014, estudos mais específicos realizados na Internet identificaram sítios *Web* que vendiam certas drogas, como o opioide sintético MT-45, por vezes ao quilo.

A Internet e as redes sociais também foram adquirindo uma importância crescente no mercado de drogas ilícitas. Têm surgido indícios dos denominados «mercados cinzentos» — sítios em linha que vendem novas substâncias psicoativas e que operam tanto à superfície da *web* como na *web oculta*, uma parte da Internet que não está acessível através dos motores de busca normais e onde as vendas de droga podem ser realizadas em mercados, em redes descentralizadas e entre indivíduos. Os criptomercados de droga, como o Silk Road, o Evolution e o Agora, têm merecido especial atenção. Estes mercados em linha só estão acessíveis utilizando *software* de encriptação, que permite um elevado nível de anonimato, e à semelhança de mercados em linha como o eBay fornecem aos vendedores e aos compradores uma infraestrutura para a realização de transações e serviços, designadamente uma classificação dos vendedores e

compradores e o alojamento de fóruns de debate. Criptomoedas, como a Bitcoin, são utilizadas para facilitar a realização de transações anónimas e o transporte das drogas é efetuado em pequenas quantidades e em embalagens discretas através dos canais comerciais convencionais. Segundo os relatórios, de entre todos os produtos publicitados nos criptomercados, os mais disponíveis são as drogas ilícitas tradicionais e os medicamentos sujeitos a receita médica. Os dados sugerem que muitas drogas ilícitas compradas na *web oculta* se destinam a revenda.

Outra evolução prende-se com a oferta e a partilha de drogas, ou de experiências de consumo de drogas, através das redes sociais, incluindo as aplicações usadas em telemóveis, um domínio ainda pouco conhecido e difícil de monitorizar. Em conjunto, o crescimento dos mercados de droga em linha e virtuais representa um grande desafio para as forças da lei e para as políticas de controlo da droga. O facto de fabricantes, fornecedores, retalhistas, serviços de alojamento de sítios Internet e serviços de processamento de pagamentos poderem estar todos sediados em países diferentes torna o controlo dos mercados de droga em linha particularmente difícil.

**A Internet constitui um mercado importante para a venda de novas substâncias psicoativas aos europeus**

## Resposta à oferta de droga: princípios comuns mas na prática com diferenças

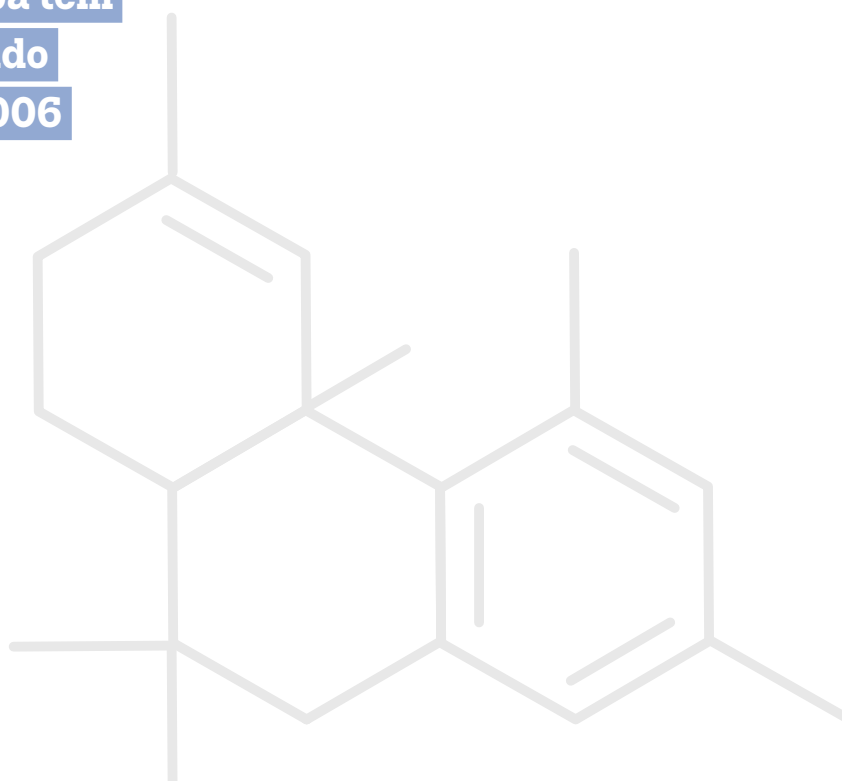
Os Estados-Membros adotam medidas para impedir a oferta de drogas ilícitas ao abrigo de três Convenções das Nações Unidas, que providenciam um quadro internacional para o controlo da produção, do tráfico e da posse de mais de 240 substâncias psicoativas. Cada um dos países é obrigado a tratar a oferta não autorizada como crime. O mesmo se exige em relação à posse de droga para consumo próprio, mas «sob reserva dos princípios constitucionais e dos conceitos fundamentais dos respetivos sistemas jurídicos». Esta cláusula não tem sido uniformemente interpretada pelos países europeus e por outros, facto que se reflete nas diferentes abordagens jurídicas neste domínio.

A aplicação da legislação tendente a restringir a oferta e o consumo de droga é monitorizada através dos dados relativos às infrações notificadas. Globalmente, o número de infrações comunicadas relacionadas com a oferta de droga na Europa tem aumentado desde 2006. Em 2013, foram notificadas 230 000 infrações, a maioria (57 %) relacionadas com a *cannabis*. No mesmo ano, em 1,1 milhões de infrações notificadas por consumo ou posse de droga para consumo, três quartos (76 %) estão relacionadas com a *cannabis*.

## Grande variação no domínio das decisões judiciais na Europa

A oferta não autorizada de droga é crime em todos os países europeus, mas as penas consagradas na lei diferem entre os estados. Em alguns deles, as infrações relacionadas com a oferta de droga são objeto de um único espectro de penas muito amplo (que pode chegar à prisão perpétua). Outros fazem uma distinção entre infrações graves e leves, em função de fatores como a quantidade de droga detetada, com as sanções máximas e mínimas correspondentes. Uma análise de cenários de casos recentemente efetuada pelo EMCDDA não detetou uma relação clara entre as penas máximas previstas por lei e as sentenças proferidas pelos tribunais. Além disso, concluiu que as penas previstas para os crimes de tráfico de droga variavam de país para país. Por exemplo, um infrator sem cadastro que trafique 1 kg de *cannabis* pode ser condenado a uma pena de prisão que varia entre menos de um ano nuns países e dez anos noutros. Do mesmo modo, consoante o país, o tráfico de 1 kg de heroína pode ser punido com penas de prisão que variam entre 2 e 15 anos.

**Globalmente, o número de infrações comunicadas relacionadas com a oferta de droga na Europa tem aumentado desde 2006**



## Apreensões e controlo dos precursores químicos

Os precursores são substâncias químicas que podem ser utilizadas na produção de drogas ilícitas, pelo que um aspeto importante dos esforços internacionais de combate a essa produção consiste em impedir o desvio dos precursores das suas utilizações legítimas. Com efeito, a maioria dos precursores de drogas têm utilizações industriais legítimas, como a produção de plásticos, medicamentos e cosméticos. Por exemplo, a efedrina — princípio ativo de medicamentos contra as constipações e o congestionamento das vias respiratórias — pode ser usada para produzir metanfetamina. Devido às suas utilizações legítimas, não é possível proibir a produção e o comércio de substâncias químicas precursoras. Estas são, por isso, controladas através da monitorização da sua produção e comércio lícitos.

Os dados fornecidos pelos Estados-Membros da UE sobre as apreensões e remessas intercetadas de precursores de drogas confirmam que continuam a ser utilizadas substâncias inventariadas e não inventariadas na produção de drogas ilícitas na União Europeia (Quadro 1.2). Em 2013 foram intercetadas, ao abrigo da legislação nacional, mais de 48 000 kg do pré-precursor

APAAN (alfa-fenilacetato de acetonitrila), uma quantidade suficiente para produzir mais de 22 toneladas de anfetamina ou metanfetamina. Para dar maiores competências às forças policiais em relação a esta substância, em dezembro de 2013 o APAAN foi classificado como precursor químico ao abrigo da legislação da UE e inscrito nas listas de substâncias controladas a nível internacional em outubro de 2014. Apreensões importantes de precursores do MDMA confirmam que o *ecstasy* voltou a ser produzido em grande escala na União Europeia. Em 2013, foram apreendidos 5 061 kg de PMK (3,4-metilenedioxifenil-2-propanona) e 13 836 litros de safrole, que em conjunto poderiam produzir cerca de 170 milhões de comprimidos de *ecstasy*.

Em 2013 A UE adotou novas medidas legislativas para reforçar os controlos do comércio de alguns precursores de droga, tanto na União Europeia como entre os Estados-Membros e países terceiros. Entre as medidas adotadas, figuram os controlos mais rigorosos do comércio de anidrido acético, uma substância química necessária para produzir heroína, bem como de efedrina e pseudoefedrina, precursores da metanfetamina. A nova legislação introduziu também um mecanismo de resposta rápida ao desvio de substâncias não inventariadas.

## QUADRO 1.2

Resumo das apreensões e das remessas intercetadas de precursores utilizados na produção de determinadas drogas sintéticas na Europa, 2013

Precursor/pré-precursor	Apreensões		Remessas intercetadas <sup>(1)</sup>		TOTAIS	
	Casos	Quantidade	Casos	Quantidade	Casos	Quantidade
<b>MDMA ou substâncias conexas</b>						
PMK (litros)	12	5 061	0	0	12	5 061
Safrole (litros)	4	13 837	1	574	5	14 411
Isosafrole (litros)	1	10	0	0	1	10
Piperonal (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK glicidido/glicidato (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
<b>Anfetamina e metanfetamina</b>						
BMK (litros)	5	32	0	0	5	32
PAA, ácido fenilacético (kg)	1	97	6	225	7	322
Efedrina, granel (kg)	15	13	0	0	15	13
Pseudoefedrina, granel (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

<sup>(1)</sup> Designa-se por remessa «intercetada» uma remessa recusada, suspensa ou voluntariamente retirada pelo exportador por suspeita de desvio para fins ilícitos. Fonte: Comissão Europeia.

## SAIBA MAIS

## Publicações do EMCDDA

## 2015

Heroin trafficking routes, Perspetivas sobre drogas.

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

The Internet and drug markets, Relatórios técnicos.

## 2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, Documentos EMCDDA.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), Avaliações de riscos.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR, Avaliações de riscos.

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Avaliações de riscos.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Avaliações de riscos.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Avaliações de riscos.

Report on the risk assessment of 3, 4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Avaliações de riscos.

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Avaliações de riscos.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Avaliações de riscos.

## 2013

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspetivas sobre drogas.

Synthetic drug production in Europe, Perspetivas sobre drogas.

## 2012

Cannabis production and markets in Europe, série Insights.

## 2011

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

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Avaliações de riscos.

Responding to new psychoactive substances, Drogas em destaque.

## 2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

## Publicações conjuntas do EMCDDA e da Europol

## 2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

## 2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

## 2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

## 2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Todas as publicações estão disponíveis em [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 2

A prevalência do consumo  
de *cannabis* é cerca  
de cinco vezes superior  
à do consumo de outras  
substâncias



# Consumo de droga e problemas conexos

Numa análise de alto nível dos padrões e tendências do consumo de droga e dos danos com este relacionados, é útil distinguir três grandes grupos de substâncias: produtos de *cannabis*, várias drogas estimulantes e opiáceos. A prevalência do consumo de *cannabis* é cerca de cinco vezes superior à do consumo de outras substâncias e o número de consumidores que iniciam o tratamento devido a problemas causados pela *cannabis* tem vindo a aumentar nos últimos anos. Embora o consumo de heroína e outros opiáceos continue a ser relativamente raro, ainda são essas drogas que mais impacto têm na morbilidade, na mortalidade e nos custos do tratamento relacionado com o consumo de droga na Europa.

## Monitorização do consumo de droga e dos problemas relacionados com a droga

Os cinco indicadores epidemiológicos fundamentais do EMCDDA são utilizados para a monitorização do consumo de droga na Europa. Estes indicadores integram séries de dados que abrangem estimativas do consumo recreativo (baseadas principalmente em inquéritos), estimativas do consumo de alto risco, mortes relacionadas com a droga, doenças infecciosas e início de tratamento da toxicodependência. No seu conjunto, estes indicadores providenciam os pilares que sustentam a análise europeia das tendências e desenvolvimentos no consumo de droga e danos conexos. Para obter informações técnicas sobre os indicadores, consultar na Internet Key indicators gateway (Portal de indicadores fundamentais) e Statistical Bulletin (Boletim estatístico). Neste capítulo, os dados dos indicadores fundamentais são complementados por dados adicionais fornecidos pelos pontos focais Reitox e por outras fontes.

O consumo de droga também se caracteriza por diferentes padrões, que vão desde o consumo experimental pontual até ao consumo habitual e dependente. Para todas as drogas, o consumo é normalmente mais elevado entre o sexo masculino, diferença que é frequentemente mais acentuada nos padrões de consumo mais intensivo ou mais regular. Os diferentes padrões de consumo também estão associados a diversos níveis e tipos de danos; e o consumo mais frequente ou em altas doses, o consumo concomitante de várias substâncias e o consumo de droga injetada estão, todos eles, ligados a elevados riscos para a saúde.

## Quase um em cada quatro europeus já experimentaram drogas ilícitas

Estima-se que mais de 80 milhões de adultos, ou seja, quase um quarto da população adulta na União Europeia, já terão experimentado drogas ilícitas em algum momento das suas vidas. A droga mais consumida é a *cannabis* (75,1 milhões), seguida de estimativas de consumo ao longo da vida mais baixas para a cocaína (14,9 milhões), as anfetaminas (11,7 milhões) e a MDMA (11,5 milhões). Os níveis de consumo de droga ao longo da vida diferem consideravelmente em função dos países, desde cerca de um terço dos adultos na Dinamarca, França e Reino Unido, até 8 % ou menos de um em 10 na Bulgária, Roménia e Turquia.

## Consumo de *cannabis*: em ascensão nos países nórdicos

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

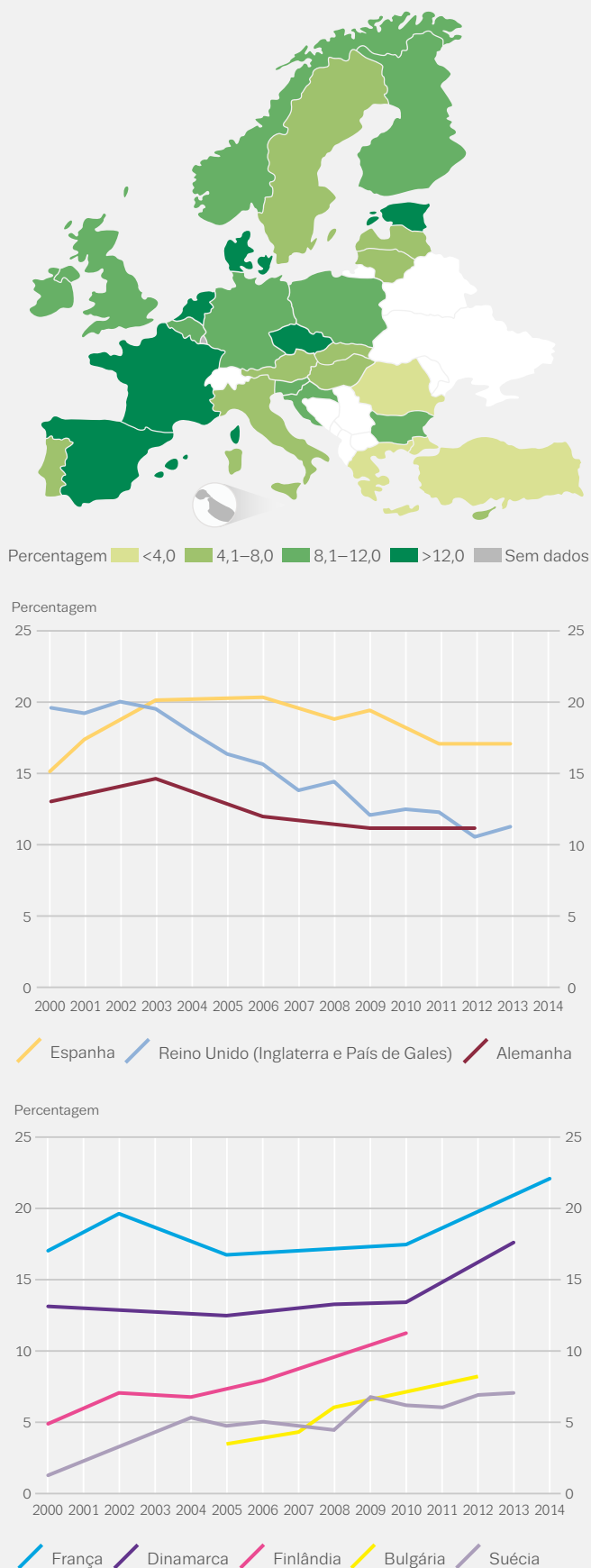
Estima-se que 14,6 milhões de jovens europeus (15–34 anos), ou seja, 11,7 % desta faixa etária, 8,8 milhões dos quais com idades compreendidas entre 15 e 24 anos (15,2 %), consumiram *cannabis* no último ano.

Um número crescente de países possuem dados suficientes provenientes de inquéritos para proceder a uma análise estatística das tendências a longo prazo do consumo de *cannabis* entre jovens adultos (15–34) no último ano. Os inquéritos à população realizados na Alemanha, em Espanha e no Reino Unido indicam um decréscimo ou uma estabilização da prevalência do consumo de *cannabis* na última década. Pelo contrário, observa-se uma prevalência crescente na Bulgária, em França e em três países nórdicos (Dinamarca, Finlândia e Suécia). Além disso, no seu inquérito mais recente, a Noruega registou um aumento, que elevou a prevalência para um valor recorde de 12 %, embora a atual série cronológica seja insuficiente para fazer uma análise estatística das tendências.

Globalmente considerados, os resultados dos inquéritos mais recentes continuam a revelar padrões divergentes no consumo de *cannabis* no último ano (Figura 2.1). Dos países que produziram inquéritos desde 2012, quatro comunicaram estimativas mais baixas, dois tinham estabilizado e oito registaram estimativas mais elevadas do que no inquérito anterior comparável. Atualmente, poucos inquéritos nacionais apresentam dados sobre o

FIGURA 2.1

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



consumo de canabinóides sintéticos e, naqueles que o fazem, os níveis de prevalência são geralmente baixos.

### Consumo de *cannabis* entre a população escolar

A monitorização do consumo de substâncias entre a população escolar fornece boas indicações sobre os atuais comportamentos de risco dos jovens. Relativamente à Europa, o estudo ESPAD (Programa Europeu para o Estudo do Álcool e Outras Substâncias em Meio Escolar) contribuiu para a compreensão da evolução das tendências do consumo de substâncias entre os estudantes de 15–16 anos. Na última recolha de dados (2011), a *cannabis* foi a droga ilícita consumida pela maioria destes jovens, 24 % dos quais referem já a ter consumido, variando desde 5 % na Noruega a 42 % na República Checa. A prevalência do consumo de outras drogas ilícitas, que não a *cannabis*, é muito menor.

Nos sete países que comunicaram a realização de inquéritos escolares a nível nacional após o estudo ESPAD (2011), as tendências relativas à prevalência do consumo de *cannabis* entre a população escolar variam consideravelmente.

### Preocupação com os consumidores de *cannabis*

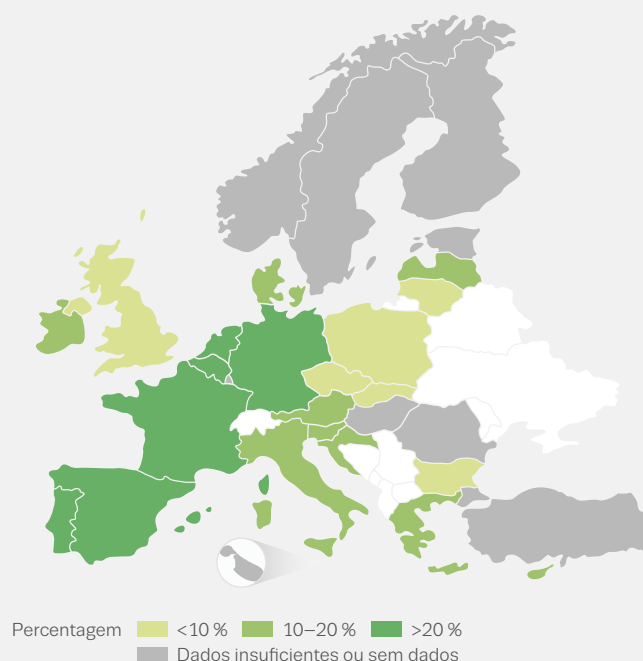
Uma minoria significativa dos consumidores de *cannabis* consome esta substância intensivamente. Considera-se que o consumo de *cannabis* é diário ou quase diário quando ocorre em 20 ou mais dias do mês anterior ao inquérito. Com base em inquéritos à população em geral, estima-se que quase 1 % dos europeus adultos sejam consumidores diários ou quase diários de *cannabis*. Cerca de três quartos dessas pessoas têm idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos e mais de três quartos são do sexo masculino.

Embora o consumo diário de *cannabis* seja raro entre a população em geral, dos quase 3 % de adultos (15–64 anos) que consumiram essa droga no último mês, cerca de um quarto consumiu-a diariamente ou quase diariamente. Esta proporção varia substancialmente de país para país (ver Figura 2.2). Nos que têm um número de inquéritos suficiente para identificar tendências, a percentagem de consumidores diários ou quase diários entre a população adulta em geral manteve-se estável durante a última década.

A *cannabis* é a droga mais frequentemente indicada como principal motivo do tratamento pelos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez na Europa, variando, no entanto, consideravelmente a resposta ao tratamento dos consumidores de *cannabis*. O número total de utentes que

FIGURA 2.2

Percentagem de consumidores de *cannabis* (15–64 anos) que no último mês consumiram a substância diária ou quase diariamente



iniciaram o tratamento pela primeira vez aumentou de 45 000 para 61 000 entre 2006 e 2013. Tendo em conta os utentes que repetem o tratamento, a *cannabis* foi a segunda droga mais referida por todos os utentes que iniciaram tratamento em 2013 (123 000, 29 %). Contudo, a variação de país para país é significativa, tendo a *cannabis* sido indicada como a droga mais consumida por 3 % de todos os consumidores que iniciaram tratamento na Lituânia, enquanto na Dinamarca e Hungria esta percentagem é de 60 %. Vários fatores podem contribuir para esta heterogeneidade. Por exemplo, cerca de um quarto das pessoas que iniciaram o tratamento, na Europa, devido ao consumo de *cannabis* como droga principal, foram encaminhadas pelo sistema de justiça penal (23 000), uma percentagem que varia entre menos de 5 % dos utentes consumidores de *cannabis* como droga principal na Bulgária, Estónia, Letónia e Países Baixos, até mais de 80 % na Hungria.

**A *cannabis* é a droga mais frequentemente indicada como principal motivo do tratamento pelos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez na Europa**

## Emergências hospitalares associadas ao consumo de *cannabis*

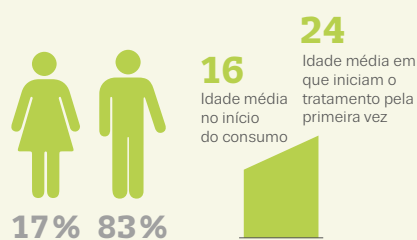
Embora sejam raras, podem ocorrer emergências graves após o consumo de *cannabis*, especialmente em doses elevadas. Em países com níveis de prevalência mais elevados, a *cannabis* é responsável por uma percentagem significativa das emergências relacionadas com a droga. Um estudo recente concluiu que o seu número tinha aumentado entre 2008 e 2012 em 11 dos 13 países europeus analisados. Em Espanha, por exemplo, o número de emergências relacionadas com a *cannabis* aumentou de 1 589 (25 % do número total de emergências relacionadas com a droga), em 2008, para 1 980 (33 %), em 2011.

A European Drug Emergencies Network (Euro-DEN), que monitoriza as emergências hospitalares relacionadas com a droga em 16 sítios *web* de 10 países europeus, comunicou que 10 % a 48 % (16 % em média) das mesmas envolviam o consumo de *cannabis*, embora houvesse outras substâncias igualmente presentes em 90 % dos casos. A associação mais comum era entre a

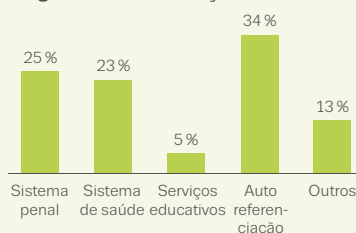
*cannabis*, o álcool, as benzodiazepinas e os estimulantes. Os problemas mais frequentes foram as perturbações neurocomportamentais (agitação, agressividade, psicose e ansiedade) e vômitos, e na maioria dos casos não foi necessário internar os doentes.

## CONSUMIDORES DE *CANNABIS* QUE INICIAM TRATAMENTO

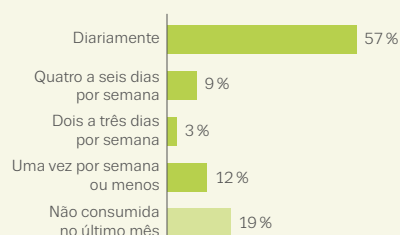
### Características



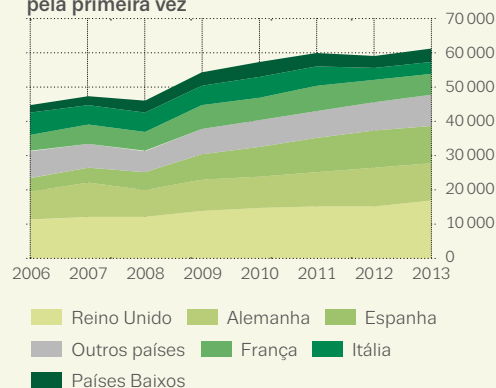
### Origem da referência



### Frequência do consumo no último mês



### Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



NB: As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de *cannabis* como droga principal. As tendências referem-se aos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez por consumo de *cannabis* como droga principal. Os países abrangidos variam consoante o indicador. Origem da referência: o «sistema penal» inclui tribunais, polícia e serviços de reinserção; o «sistema de saúde» inclui clínicos gerais, outros centros de tratamento da toxicodependência e serviços de saúde, médicos e sociais; a «auto referência» inclui o próprio utente, a família e os amigos.

### Cocaína o estimulante mais consumido na Europa

A cocaína em pó é principalmente inalada ou aspirada, embora às vezes também seja injetada, enquanto a cocaína-crack é normalmente fumada. Em traços gerais, podem distinguir-se duas categorias de consumidores regulares: os mais bem integrados socialmente, que frequentemente inalam cocaína em pó num contexto recreativo, e os marginalizados, que consomem cocaína injetada ou fumam cocaína-crack, muitas vezes associada a opiáceos. O consumo regular de cocaína tem sido associado a problemas cardiovasculares, neurológicos e mentais, bem como a um elevado risco de acidentes e de dependência. O consumo de cocaína injetada e o de cocaína-crack são os que apresentam maiores riscos para a saúde, incluindo a transmissão de doenças infecciosas.

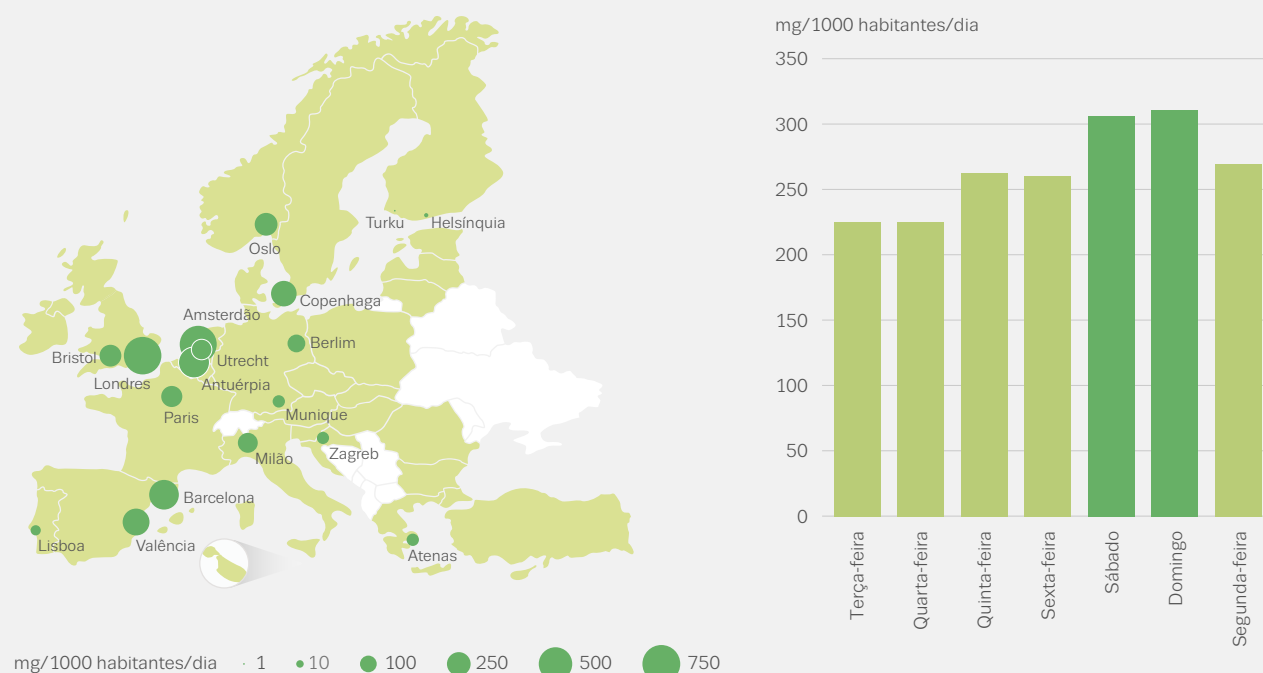
A cocaína é a droga estimulante mais consumida na Europa, apesar de os consumidores, na sua maioria, estarem concentrados num número relativamente pequeno de países. Os dados dos inquéritos revelam que o consumo de cocaína é mais prevalente na Europa meridional e ocidental.

Estima-se que cerca de 2,3 milhões de jovens europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (1,9 % desta faixa etária) terão consumido cocaína no último ano. Muitos consumidores de cocaína consomem esta droga em contexto recreativo, ocorrendo os picos de consumo em fins de semana e feriados. Os dados das análises das águas residuais realizadas em 2014 no âmbito de um estudo europeu que abrangeu várias cidades confirmam as variações diárias de consumo. Foram detetadas concentrações mais elevadas de benzoilecgonina — a forma metabolizada da cocaína — em amostras recolhidas durante o fim-de-semana (Figura 2.3).

Poucos países comunicam uma prevalência de consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos superior a 3 % (Figura 2.4). Entre estes, a Espanha e o Reino Unido observaram tendências crescentes estatisticamente significativas da prevalência até 2008, após o que se verificou uma estabilização ou mesmo diminuição. Abaixo dos 3 % de prevalência, a Irlanda e a Dinamarca comunicaram diminuições nos dados mais recentes, embora, esta tendência ainda não seja estatisticamente visível; enquanto em França os inquéritos realizados até 2014 revelam uma tendência crescente no consumo.

FIGURA 2.3

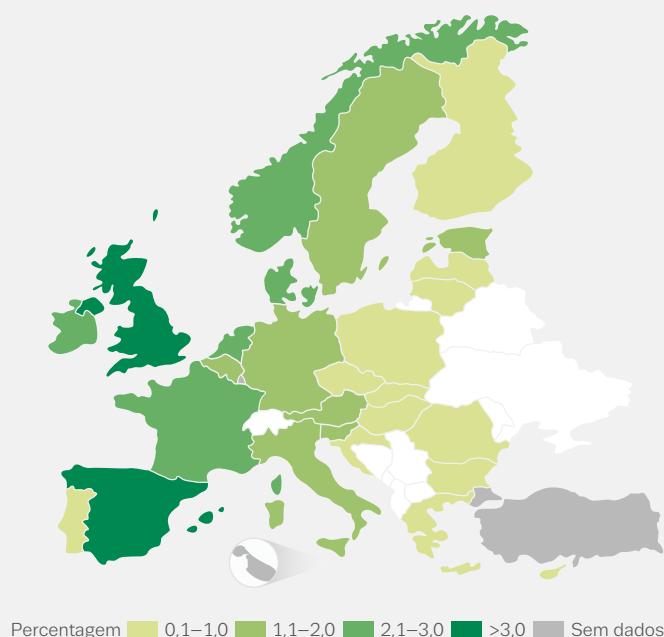
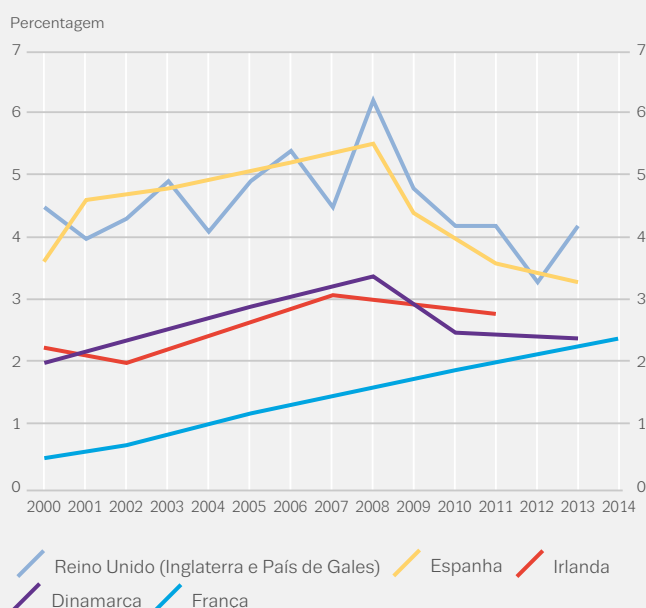
Resíduos de cocaína nas águas residuais: em cidades europeias seleccionadas (esquerda) e médias diárias (direita)



NB: Quantidades médias diárias de cocaína em miligramas por 1000 habitantes. A recolha de amostras realizou-se em cidades europeias seleccionadas durante uma semana em 2014. Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

## FIGURA 2.4

Prevalência do consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (15–34 anos): tendências selecionadas (esquerda) e dados mais recentes (direita)



Segundo os dados mais recentes, são observáveis diminuições no consumo de cocaína. Nos países que realizaram inquéritos desde 2012, nove comunicaram estimativas mais baixas, enquanto quatro comunicaram estimativas mais altas do que no inquérito anterior comparável.

### Continuação do declínio na procura de tratamento por consumo de cocaína

A prevalência de formas problemáticas de consumo de cocaína na Europa é difícil de avaliar, na medida em que apenas quatro países dispõem de estimativas recentes e, por razões metodológicas, estas não são facilmente comparáveis. Em 2012, relativamente à população adulta, a Alemanha estimou em 0,20 % a «dependência da cocaína». Em 2013, a Itália estimou em 0,23 % os que «necessitavam de tratamento devido ao consumo de cocaína» e a Espanha, estimou o «consumo de heroína de alto risco» em 0,29 %. Relativamente a 2011/2012, o Reino Unido estimou em 0,48 % o consumo de cocaína-*crack* entre a população adulta de Inglaterra, sendo a maior parte desses consumidores igualmente consumidores de opiáceos.

A cocaína foi indicada como droga principal por 13 % de todos os utentes que iniciaram tratamento especializado da toxicod dependência em 2013 (55 000) e de 16 % dos que iniciaram esse tratamento pela primeira vez (25 000). Nesta matéria, há diferenças entre os países, tendo mais de 70 % dos utentes consumidores de cocaína sido notificados por apenas três países (Espanha, Itália e Reino Unido). Segundo os dados mais recentes, o número de utentes que inicia o tratamento pela primeira vez na vida por consumo de cocaína estabilizou em cerca de 24 000, tendo este número descido de um máximo de 38 000 registado em 2008. Em 2013, 6 000 utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Europa indicaram a cocaína-*crack* como droga principal, mais de metade dos quais no Reino Unido (3 500) e a maioria dos restantes em Espanha, França e Países Baixos (2 200).

A interpretação dos dados relativos à mortalidade associada à cocaína constitui um desafio, na medida em que a droga pode ter sido a causa de algumas mortes atribuídas a problemas cardiovasculares. Não obstante, foram notificadas mais de 800 mortes associadas ao consumo de cocaína em 2013 (dados de 27 países). Estas

foram, na sua maioria, atribuídas a *overdoses*, tendo em muitos casos sido também detetadas outras substâncias, principalmente opiáceos. Não é possível constatar tendências a nível europeu devido a questões relacionadas com a qualidade dos dados. Alguns países disponibilizam, no entanto, alguma informação. Por exemplo, entre 2012 e 2013, no Reino Unido, o número de mortes em que se registou a presença de cocaína aumentou de 174 para 215, e na Turquia aumentou de 19 para 29.

## Foram notificadas mais de 800 mortes associadas ao consumo de cocaína em 2013

### Anfetaminas: estabilização do consumo em muitos países

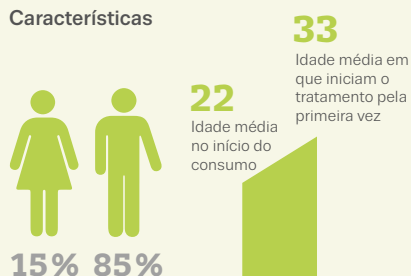
Tanto a anfetamina como a metanfetamina, dois estimulantes muito próximos, são consumidas na Europa, embora o consumo de anfetamina seja de longe o mais comum. Tradicionalmente, o consumo de metanfetaminas tem-se limitado à República Checa e, mais recentemente, à Eslováquia, havendo no entanto sinais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

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

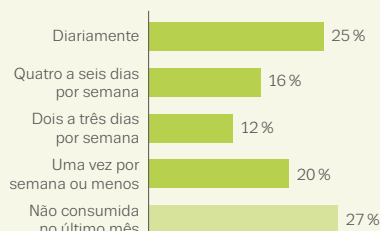
Os efeitos adversos para a saúde associados ao consumo de anfetaminas incluem problemas cardiovasculares,

## CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAM TRATAMENTO

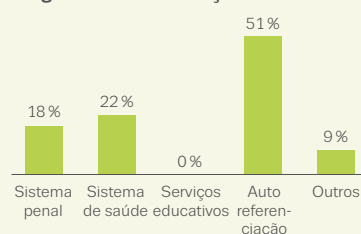
### Características



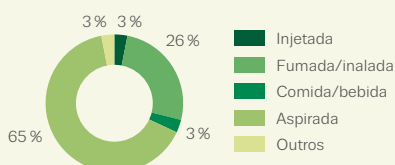
### Frequência do consumo no último mês



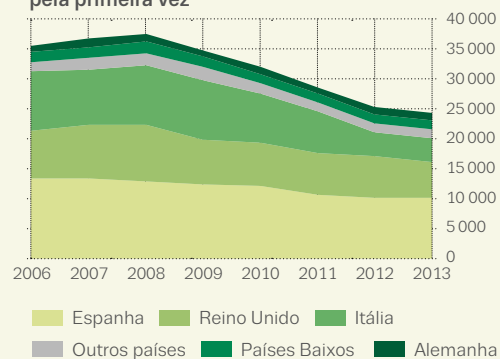
### Origem da referênciação



### Via de administração



### Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez

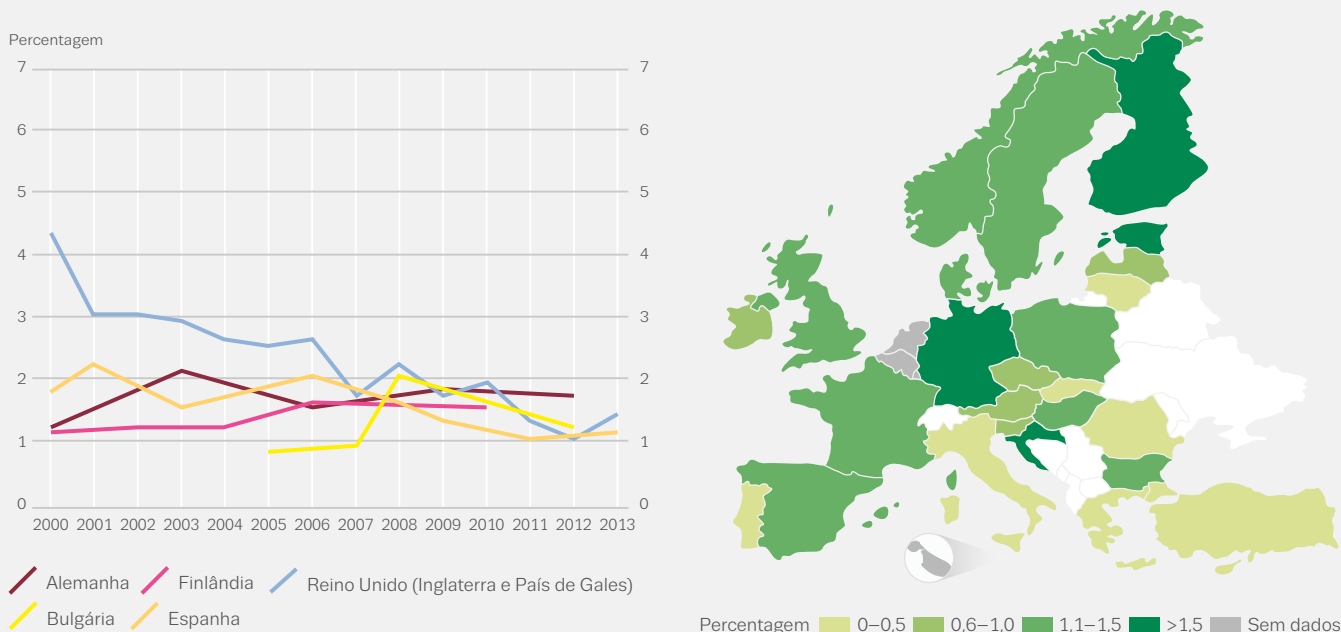


NB: As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de cocaína/cocaína crack como droga principal. As tendências referem-se aos que iniciam o tratamento pela primeira vez devido ao consumo de cocaína/cocaína crack como droga principal. Os países abrangidos variam consoante o indicador. Origem da referênciação: o «sistema penal» inclui tribunais, polícia e serviços de reinserção; o «sistema de saúde» inclui clínicos gerais, outros centros de tratamento da toxicod dependência e serviços de saúde, médicos e sociais; a «auto referênciação» inclui o próprio utente, a família e os amigos.



FIGURA 2.5

Prevalência do consumo de anfetaminas no último ano entre os jovens adultos (15–34 anos): tendências selecionadas (esquerda) e dados mais recentes (direita)



pulmonares, neurológicos e mentais; além disso, a exemplo do que acontece com outras drogas, o consumo injetado constitui um fator de risco para doenças infecciosas. Tal como acontece em relação a outros estimulantes, as mortes relacionadas com o consumo de anfetaminas podem ser difíceis de identificar. Não obstante, todos os anos é notificado um pequeno número de mortes relacionadas com este consumo.

Estima-se que 1,3 milhões (1,0 %) de jovens adultos (15–34) tenham consumido anfetaminas no último ano. As estimativas mais recentes da prevalência a nível nacional variam entre 0,1 % e 1,8 % (Figura 2.5). Os dados disponíveis sugerem que, a partir do ano 2000, aproximadamente, as tendências de consumo se mantiveram relativamente estáveis na maioria dos países europeus. A Espanha e o Reino Unido, onde desde esse ano se observa uma diminuição estatisticamente significativa da prevalência.

### Novos padrões de consumo problemático de anfetaminas

No que se refere ao consumo crónico de longo prazo de anfetamina por via injetável, tradicionalmente e na sua maioria, estes problemas, têm sido observados nos países nórdicos. Pelo contrário, os problemas de consumo de longo prazo de metanfetamina têm sido mais visíveis na República Checa e na Eslováquia. Foram comunicadas estimativas de consumo problemático de metanfetamina entre adultos (15–64 anos) de cerca de 0,48 % na República Checa (2013) e de 0,21 % na Eslováquia (2007). Na República Checa, observou-se um acentuado aumento do consumo problemático ou de alto risco de metanfetamina, principalmente sob a forma injetada, entre 2007 e 2013 (de cerca de 20 000 para mais de 34 000). Há indícios recentes de que o consumo de metanfetamina





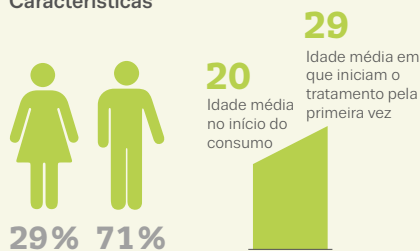
se está a propagar a outros países e a novas populações, tendo já sido notificado em países limítrofes da República Checa (Alemanha e Áustria), em países do sul da Europa (Grécia, Chipre e Turquia) e em países do norte da Europa (Letónia e Noruega). Vários países europeus continuam a comunicar um novo padrão de consumo de metanfetamina, em que pequenos grupos de homens que têm relações sexuais com outros homens a injetam, muitas vezes em associação com outros estimulantes. Estas «*slamming parties*», como são comumente denominadas, suscitam preocupação devido à combinação dos riscos do consumo de droga com os do comportamento sexual.

Cerca de 7 % dos utentes que iniciaram um tratamento especializado da toxicodependência na Europa, em 2013,

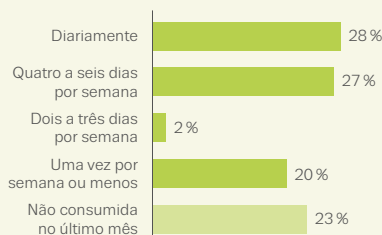
mencionaram as anfetaminas (anfetamina e metanfetamina) como droga principal, o que significa, aproximadamente 29 000 utentes, dos quais 12 000 iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida. Os consumidores de anfetaminas como droga principal constituem uma proporção considerável das pessoas que iniciaram o tratamento pela primeira vez apenas na Alemanha, na Letónia e na Polónia. Os utentes que iniciam tratamento que referem as metanfetaminas como droga principal concentram-se na República Checa e na Eslováquia, que em conjunto respondem por 95 % dos 8000 utentes consumidores de anfetaminas na Europa. Aumentos dos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez indicando as anfetaminas como droga principal foram registados na Alemanha, República Checa e Eslováquia.

## CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAM TRATAMENTO

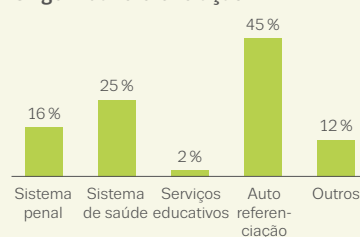
### Características



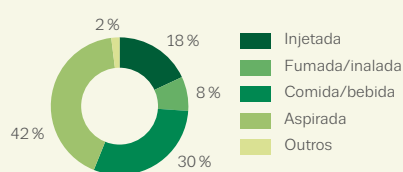
### Frequência do consumo no último mês



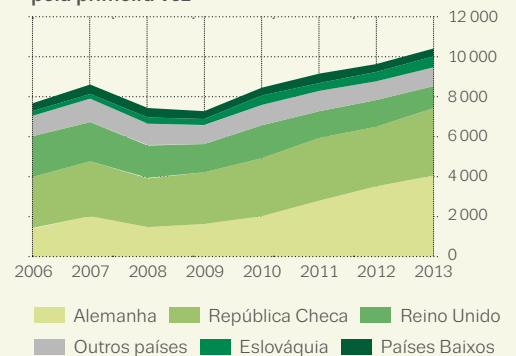
### Origem da referência



### Via de administração



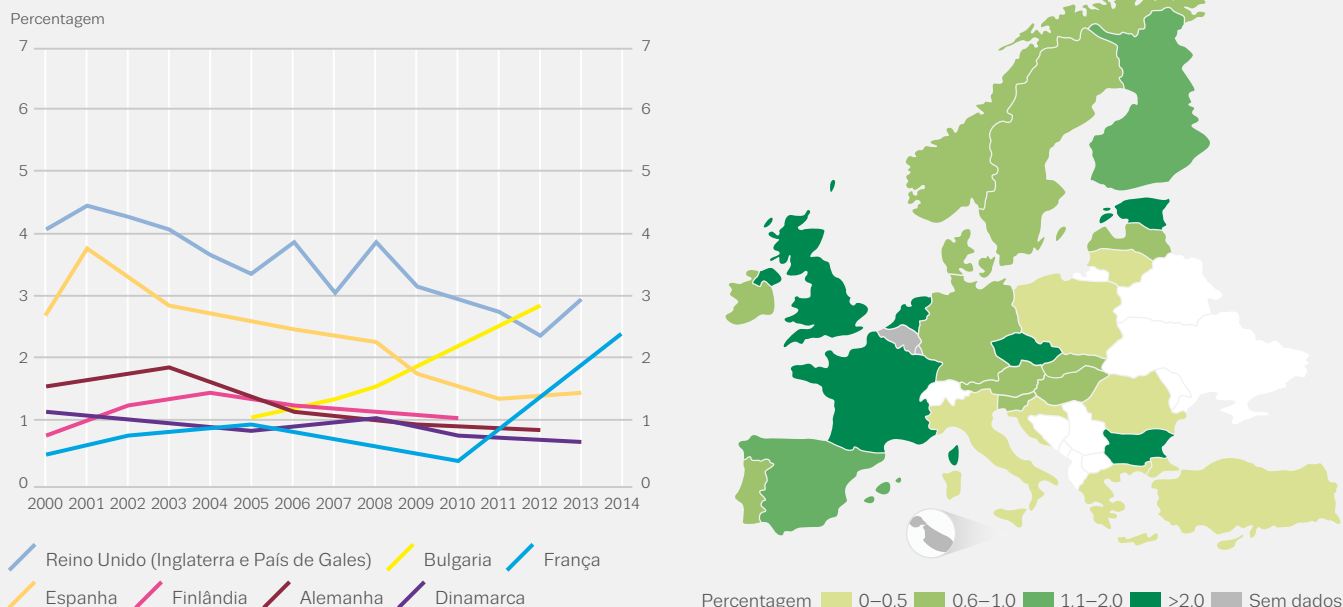
### Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



NB: As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de anfetaminas como droga principal. As tendências referem-se aos que iniciam o tratamento pela primeira vez devido ao consumo de anfetaminas como droga principal. Os países abrangidos variam consoante o indicador. Origem da referência: o «sistema penal» inclui tribunais, polícia e serviços de reinserção; o «sistema de saúde» inclui clínicos gerais, outros centros de tratamento da toxicodependência e serviços de saúde, médicos e sociais; a «auto referência» inclui o próprio utente, a família e os amigos.

FIGURA 2.6

Prevalência do consumo de *ecstasy* no último ano entre jovens adultos (15–34 anos): tendências selecionadas (esquerda) e dados mais recentes (direita)



## Consumo de MDMA/*ecstasy*

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) é normalmente consumida sob a forma de comprimidos de *ecstasy*, mas atualmente encontra-se cada vez mais disponível sob a forma de cristais e de pó; os comprimidos são normalmente engolidos, mas na forma de pó a droga é também inalada. Entre os problemas associados ao consumo desta droga incluem-se a hipertermia aguda, aumento do ritmo cardíaco e falência múltipla de órgãos; o consumo de longo prazo está associado a problemas cardíacos e hepáticos. As mortes devido ao consumo desta droga são relativamente raras, sendo por vezes causadas por substâncias diferentes vendidas como sendo MDMA. Recentemente, têm sido manifestadas preocupações sobre problemas agudos relativamente a comprimidos e pó com elevado teor de MDMA. Além disso, em 2014, foram emitidos alertas para a oferta de comprimidos de *ecstasy* com elevadas concentrações de PMMA — uma droga com um perfil de segurança preocupante.

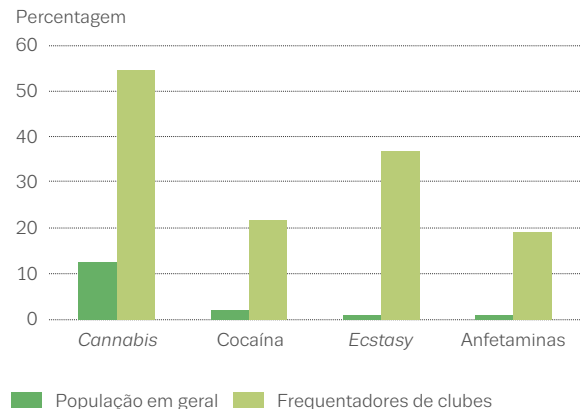
Tradicionalmente, a recolha de dados da maioria dos inquéritos europeus refere-se ao consumo de *ecstasy* e não de MDMA. Estima-se que 1,8 milhões de jovens adultos (15–34 anos) tenham consumido *ecstasy* no último ano (1,4 % deste grupo etário), variando as estimativas nacionais entre menos de 0,1 % e 3,1 %. Nos países que possuem dados suficientes para analisar as tendências em termos estatísticos, pode observar-se um

decréscimo da prevalência, desde o ano 2000, na Alemanha, na Espanha e no Reino Unido. A Dinamarca tem um padrão semelhante de diminuição da prevalência, mas com menor nível de certeza estatística (Figura 2.6). Pelo contrário, na Bulgária mantêm-se as estimativas de aumento da prevalência. Os países que realizaram novos inquéritos desde 2012 apresentam resultados divergentes: sete registaram estimativas de prevalência mais baixas e os outros seis estimativas mais elevadas do que no inquérito anterior comparável. O consumo de *ecstasy* raramente é invocado como motivo para iniciar o tratamento da toxicodependência, sendo esta droga responsável por menos de 1 % (cerca de 600 casos) dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez em 2013.

**Tradicionalmente, a recolha de dados da maioria dos inquéritos europeus refere-se ao consumo de *ecstasy* e não de MDMA**

FIGURA 2.7

Prevalência no último ano entre jovens adultos (15–34 anos): população em geral e frequentadores de clubes (10 países)



Fontes: Global Drug Survey 2014 e os inquéritos mais recentes à população em geral para os seguintes países: Bélgica, Alemanha, Irlanda, Espanha, França, Hungria, Países Baixos, Áustria, Portugal e Reino Unido. Anfetaminas: exclui Bélgica e Países Baixos. Ecstasy: exclui Países Baixos.

### GHB, cetamina e alucinogénios: continuam a ser motivo de preocupação em alguns países

Outras substâncias psicoativas com propriedades alucinogénias, anestésicas e depressoras são utilizadas na Europa, nomeadamente o LSD (dietilamida do ácido lisérgico), cetamina, GHB (gama-hidroxibutirato) e cogumelos alucinogénios.

Nas duas últimas décadas vem sendo 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. Existe um reconhecimento crescente dos problemas de saúde relacionados com estas substâncias, como é o caso dos danos causados às vias urinárias pelo consumo prolongado de cetamina. Perda de consciência, síndrome de abstinência e dependência são riscos ligados ao consumo de GHB, tendo a Bélgica, os Países Baixos e o Reino Unido comunicado alguns pedidos de tratamento relacionados com esta droga.

Quando existem, as estimativas nacionais da prevalência do consumo de GHB e de cetamina, tanto entre a população adulta como entre a população escolar, permanecem baixas. Nos seus inquéritos mais recentes, a Noruega comunicou uma prevalência do consumo de GHB no último ano de 0,1 % entre adultos (15–64 anos), enquanto a Dinamarca e a Espanha comunicaram uma prevalência do consumo de cetamina no último ano de 0,3 % entre jovens adultos (15–34 anos), tendo no Reino Unido essa prevalência sido de 1,8 % nos jovens com idades compreendidas entre 16 e 24 anos, uma tendência estável desde 2008.

Os níveis de prevalência globais do consumo de cogumelos alucinogénios e de LSD na Europa têm-se mantido, de um modo geral, baixos e estáveis há alguns anos. Resultados de inquéritos nacionais indicam estimativas de prevalência no último ano entre jovens adultos (15–34 anos) inferiores a 1 % para as duas substâncias.

### Níveis de consumo de droga mais elevados entre frequentadores de clubes noturnos

É sabido que alguns contextos sociais estão particularmente associados a altos níveis de consumo de drogas e de álcool. De um modo geral, os inquéritos a jovens que frequentam eventos recreativos noturnos regularmente indicam maiores níveis de consumo de droga comparativamente à população em geral. Este resultado pode ser confirmado pelas informações recolhidas pelo Global Drug Survey, um inquérito via Internet, através do qual o EMCDDA encomendou uma

análise específica do consumo de droga entre os jovens adultos que se identificaram como frequentadores regulares de clubes noturnos (isto é, que os frequentam pelo menos de três em três meses). A análise incidiu sobre uma amostra de 25 790 jovens entre os 15 e os 34 anos, de dez países europeus. Importa referir que se trata de uma amostra não representativa e auto-selecionada de pessoas que responderam a um inquérito sobre droga em linha, pelo que os resultados devem ser interpretados com prudência. Nesta amostra, em função da substância, a prevalência no último ano era entre 4 e quase 25 vezes superior à encontrada na mesma faixa etária da população em geral da União Europeia. Agregando os países que têm dados disponíveis sobre cada uma das drogas e fazendo uma comparação com a média ponderada resultante dos inquéritos à população em geral (IPG), cerca de 55 % dos frequentadores regulares de clubes noturnos disseram ter consumido *cannabis* no último ano (média IPG ponderada por país de 12,9 %), tendo para outras drogas também sido registados valores elevados: cocaína 22 % (IPG 2,4 %), anfetaminas 19 % (IPG 1,2 %) e *ecstasy* 37 % (IPG 1,5 %) (Figura 2.7). Os níveis de prevalência no último ano registados entre os frequentadores de clubes foram também comunicados em relação a outras drogas, nomeadamente a cetamina (11 %), a mefedrona (3 %), os canabinóides sintéticos (3 %) e a GHB (2 %).

Um pequeno número de frequentadores de clubes afirmaram ter tido problemas causados pelo consumo de droga, sendo a *cannabis* e o *ecstasy* as drogas mais associadas a emergências hospitalares agudas ocorridas neste grupo.

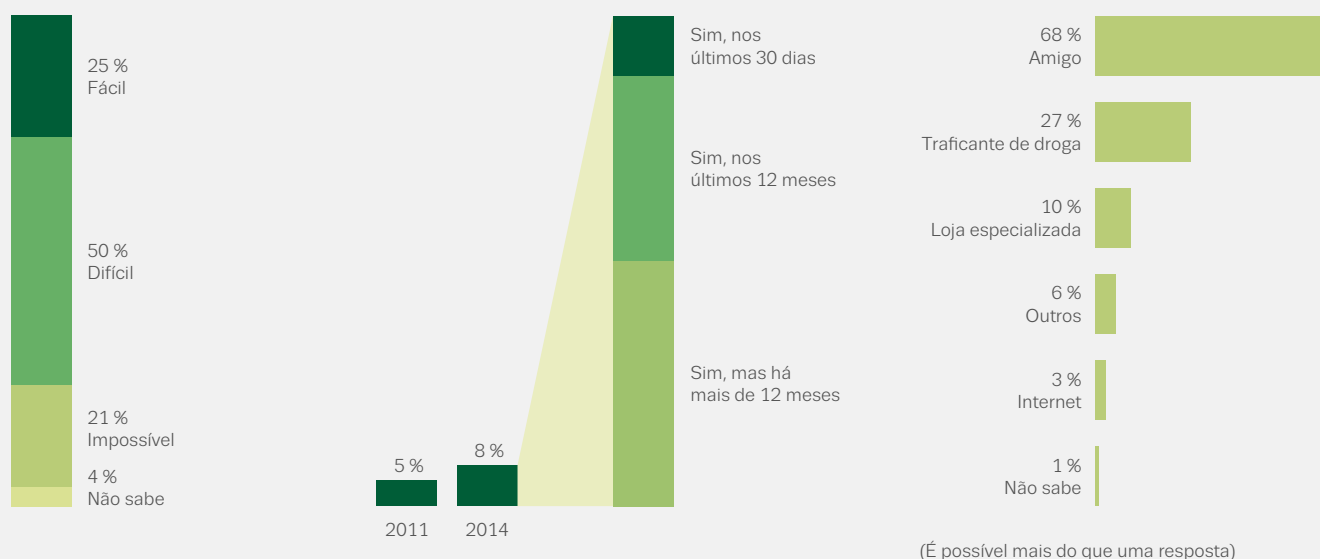
FIGURA 2.8

## Disponibilidade e consumo de «legal highs», definidas como novas substâncias que imitam os efeitos das drogas ilícitas

Qual o grau de facilidade ou de dificuldade na sua obtenção em 24 horas?

Já as consumiu?

Pensando no seu consumo destas substâncias nos últimos 12 meses, onde as obteve?



Fonte: Flash Eurobarometer 401.

## O consumo de «drogas legais» (legal highs) entre os jovens

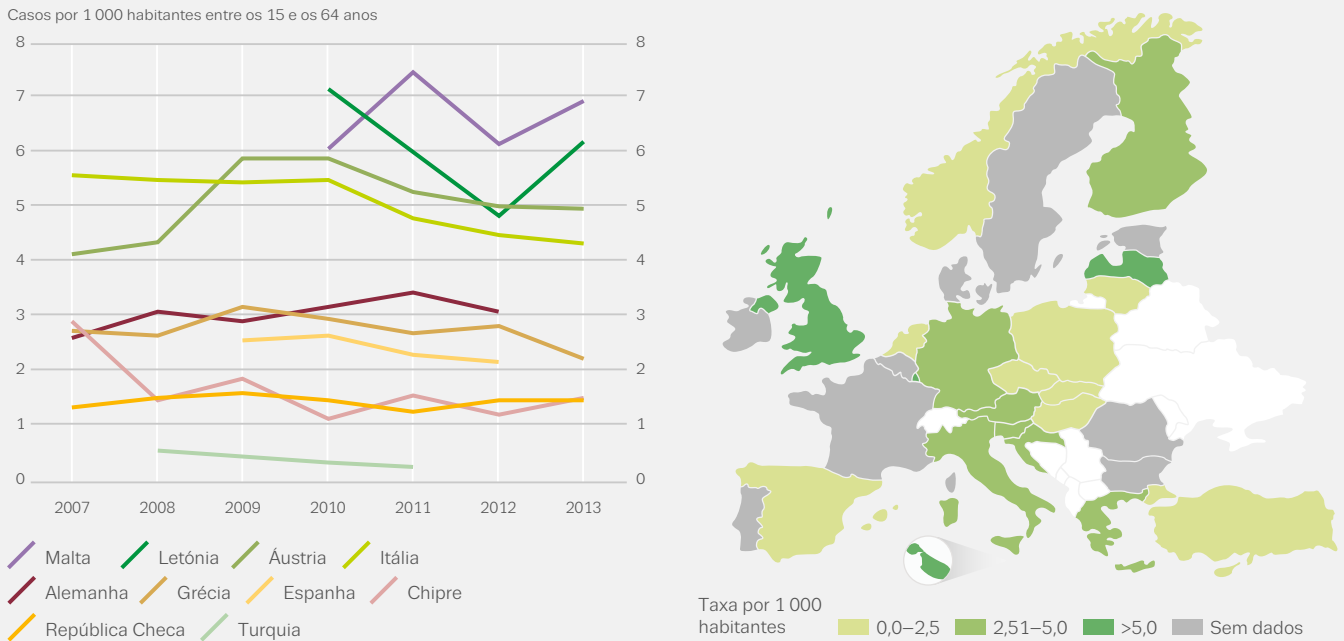
A prevalência do consumo de novas substâncias psicoativas na Europa é difícil de determinar. Quando estas substâncias estão integradas nos inquéritos nacionais, a ausência de uma metodologia comum leva a que os dados raramente sejam comparáveis entre países, uma situação agravada por problemas de definição, tanto mais que o estatuto jurídico das substâncias pode mudar rapidamente. Mesmo assim, o Flash Eurobarometer on young people and drugs de 2014, um inquérito telefónico a 13 128 jovens adultos entre os 15 e os 24 anos, realizado em 28 Estados-Membros da UE, fornece algumas informações úteis sobre o consumo destas substâncias. Em resposta a uma pergunta sobre a disponibilidade percebida, mais de dois terços dos inquiridos julgavam ser difícil ou impossível obter «drogas legais» — definidas como novas substâncias que imitam os efeitos das drogas ilícitas. Embora se tratasse principalmente de um inquérito relativo às atitudes, o Eurobarómetro incluía uma pergunta sobre o consumo de «legal highs». Atualmente, os dados assim obtidos constituem a única fonte de informação sobre este tema a nível da União Europeia, embora por razões metodológicas os resultados devam ser interpretados com cautela. No total, 8 % dos inquiridos referiram ter consumido «legal highs» alguma vez ao longo da vida, 3 % no último ano (Figura 2.8), o que representa um aumento relativamente

aos 5 % que referiram tê-las consumido alguma vez ao longo da vida num inquérito semelhante realizado em 2011. Os níveis mais elevados de consumo no último ano foram comunicados pelos jovens irlandeses (9 %), enquanto nas amostras de Chipre e Malta ninguém mencionou ter consumido «legal highs» no último ano. Das pessoas que mencionaram esse consumo, 68 % afirmaram ter recebido a substância de um amigo.

É interessante analisar os resultados do Eurobarómetro em paralelo com os de outros inquéritos, sem esquecer que foram utilizados métodos e perguntas diferentes. Desde 2011, nove países europeus comunicam estimativas nacionais do consumo de novas substâncias psicoativas ou «legal highs» (com exceção da cetamina e do GHB). A prevalência do consumo destas substâncias no último ano entre os jovens adultos (15–24 anos) varia entre 9,7 % na Irlanda e 0,2 % em Portugal. Importa referir que estes dois países adotaram medidas para restringir o acesso direto às «legal highs», encerrando as lojas onde estes produtos eram vendidos. Estão disponíveis dados de inquéritos sobre a prevalência do consumo de mefedrona no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales). No inquérito mais recente (2013/2014), o consumo desta droga no último ano entre os jovens com idades compreendidas entre 16 e 24 anos foi estimado em 1,9 %; este número foi considerado estável em comparação com o do ano anterior, mas um decréscimo em relação ao de 4,4 % de 2010/2011, antes da introdução de medidas de controlo.

FIGURA 2.9

Estimativas da prevalência de consumo de opiáceos de alto risco no último ano: tendências (esquerda) e dados mais recentes (direita)



A injeção de catinonas sintéticas, embora não seja um fenómeno disseminado, continua a ser assinalado entre algumas populações específicas, incluindo consumidores de opiáceos injetados, utentes de serviços de tratamento da toxicod dependência em alguns países e pequenas populações de homens que têm relações sexuais com outros homens. Foi registado um aumento da procura de tratamento associado ao consumo problemático de catinona sintética na Hungria, na Roménia e no Reino Unido. No Reino Unido (Inglaterra), o número de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez que comunicaram qualquer consumo de mefedrona aumentou de 900 para 1630 entre 2011/2012 e 2012/2013, tendo em 2013/2014 estabilizado em 1641.

### Opiáceos: 1,3 milhões de consumidores problemáticos

O consumo ilícito de opiáceos continua a ser responsável por uma percentagem desproporcionadamente elevada da mortalidade e da morbilidade resultantes do consumo de droga na Europa. O opiáceo mais consumido na Europa é a heroína, que pode ser fumada, inalada ou injetada. Outros opiáceos sintéticos, como a buprenorfina, a metadona e o fentanil são também indevidamente consumidos.

Estima-se que a prevalência média anual do consumo de alto risco de opiáceos entre a população adulta (15–64 anos) seja de cerca de 0,4 % (quatro casos por 1000 habitantes), o que equivale a 1,3 milhões de consumidores

problemáticos de opiáceos na Europa em 2013. As estimativas da prevalência do consumo de alto risco de opiáceos variam entre menos de um e cerca de oito casos por 1000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Dez países na Europa apresentaram estimativas repetidas de consumo de alto risco de opiáceos entre 2006 e 2013, que revelam tendências relativamente estáveis (Figura 2.9).

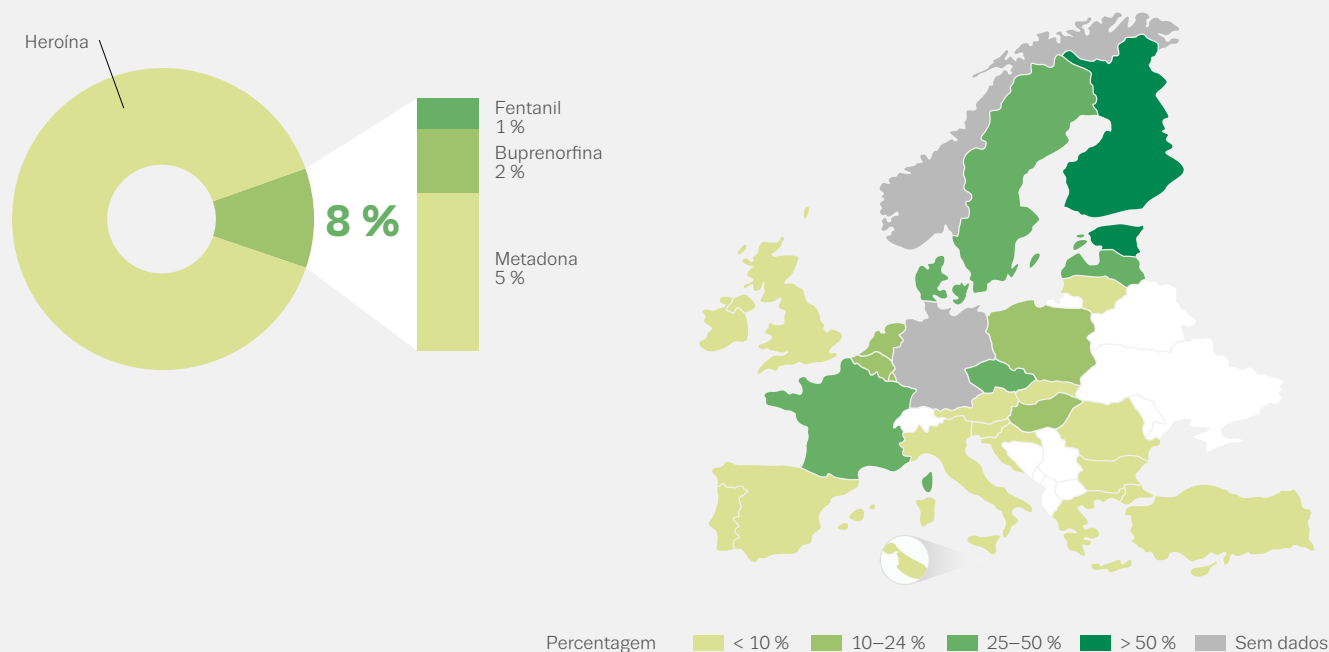
Os utentes que consomem opiáceos, sobretudo heroína, como droga principal, representam 41 % do número total de utentes que, em 2013, iniciaram um tratamento especializado na Europa (175 000 utentes) e 20 % dos que iniciaram um tratamento deste tipo pela primeira vez (31 000 utentes). O número de novos utentes que procuram tratamento para a dependência da heroína foi de 23 000 em 2013, ou seja diminuiu para menos de metade do máximo de 59 000 atingido em 2007. Globalmente, afigura-se como provável que o recrutamento de novos consumidores de heroína tenha diminuído e que essa diminuição esteja a repercutir-se na procura de tratamento.

### Outros opiáceos que não a heroína: motivo crescente de preocupação

Em pouco mais de um terço dos países europeus (11), mais de 10 % de todos os utentes que beneficiaram de serviços especializados devido ao consumo de opiáceos em 2013 receberam tratamento por problemas relacionados com outros opiáceos que não a heroína

FIGURA 2.10

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



(Figura 2.10). Nestas substâncias incluem-se a metadona, a buprenorfina e o fentanil. Globalmente, a seguir à heroína, a metadona é o opiáceo cujo consumo é o mais notificado, seguido da buprenorfina; estas drogas respondem respetivamente por 60 % e 30 % de todos os pedidos de tratamento de utentes cujo problema de droga principal está associado a outros opiáceos que não a heroína. Em alguns países os outros opiáceos já constituem a forma mais comum de consumo de opiáceos. Na Estónia, por exemplo, a maioria dos utentes que iniciam tratamento devido ao consumo de opiáceos como droga principal consumiam fentanil ilícito, enquanto na Finlândia a maioria dos utentes consumidores de opiáceos consumiam buprenorfina como droga principal.

### Consumidores de alto risco de opiáceos: uma população envelhecida

Há duas tendências evidentes entre os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento: o seu número está a diminuir e a média de idades a aumentar (Figura 2.11). Entre 2006 e 2013, a idade média dos utentes que iniciaram o tratamento devido a problemas relacionados com o consumo de opiáceos aumentou 5 anos. No mesmo período, a idade média das vítimas de mortes induzidas pela droga (sobretudo por opiáceos) aumentou de 33 para 37 anos. Na Europa, um número significativo dos consumidores problemáticos de opiáceos, com longos históricos de

FIGURA 2.11

Tendências na estrutura etária dos utentes que iniciam tratamento por droga principal, 2006 e 2013

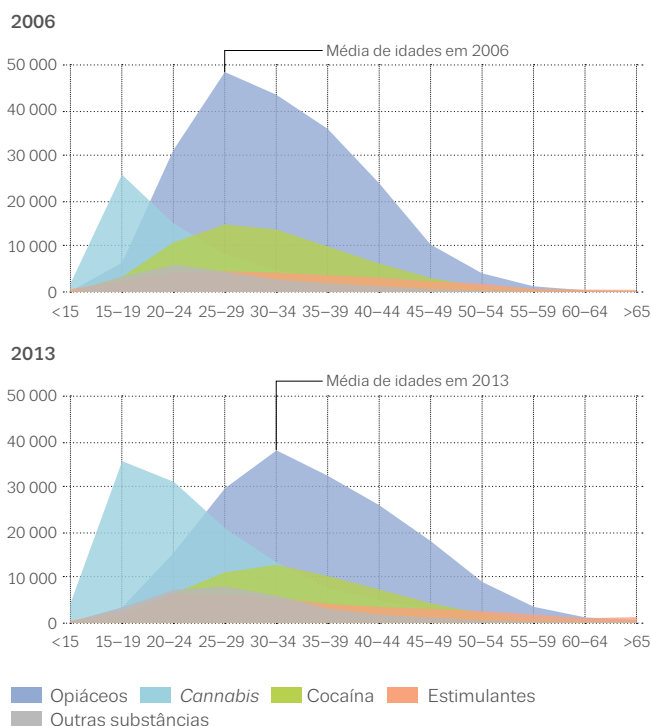


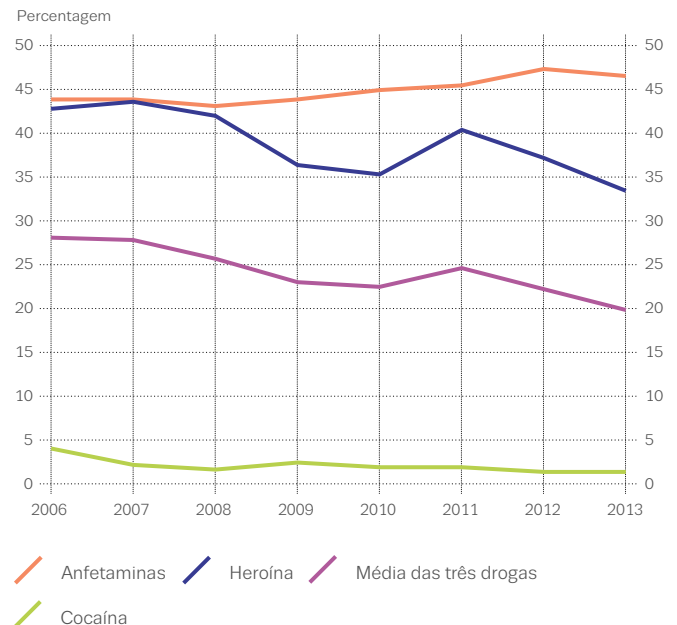
FIGURA 2.12

policonsumo de drogas, ronda agora os 40–50 anos de idade. A persistente precariedade das condições de saúde e de vida, o consumo de tabaco e de álcool, associados à deterioração do sistema imunitário decorrente da idade tornam estes consumidores vulneráveis a vários problemas de saúde crónicos, designadamente problemas cardiovasculares e pulmonares resultantes do consumo crónico de tabaco e droga injetada. Os consumidores de heroína de longa data também apresentam queixas de dor crónica e as infeções por vírus de hepatite 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 crescentes para os serviços de tratamento e assistências social.

### Consumo de droga injetada: um declínio prolongado

Os consumidores de droga injetada são dos que correm maiores riscos de sofrer danos devido ao seu consumo, nomeadamente infeções transmitidas por via sanguínea ou *overdoses*. O consumo de droga injetada está normalmente associado aos opiáceos, embora o consumo de anfetaminas injetadas constitua um problema grave em

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



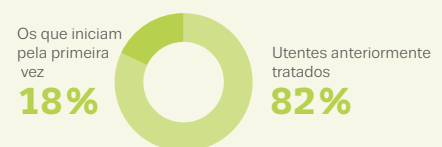
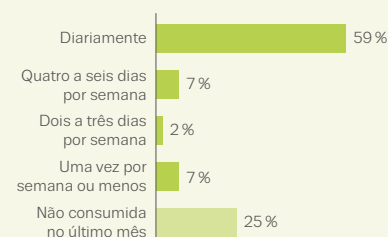
alguns países. Catorze países possuem estimativas recentes da prevalência do consumo de droga injetada, que variam de menos de um a mais de nove casos por 1000 habitantes entre os 15 e os 64 anos.

## CONSUMIDORES DE HEROÍNA EM TRATAMENTO

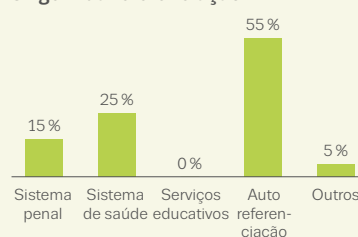
### Características



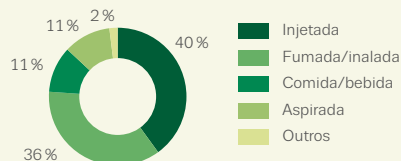
### Frequência do consumo no último mês



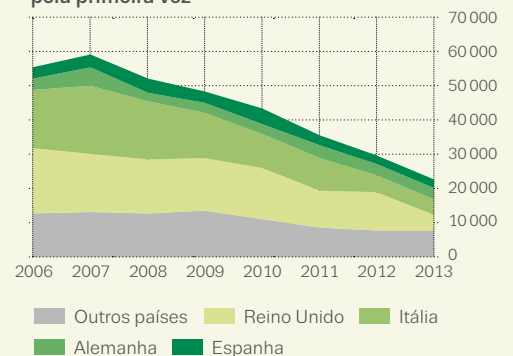
### Origem da referência



### Via de administração



### Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez

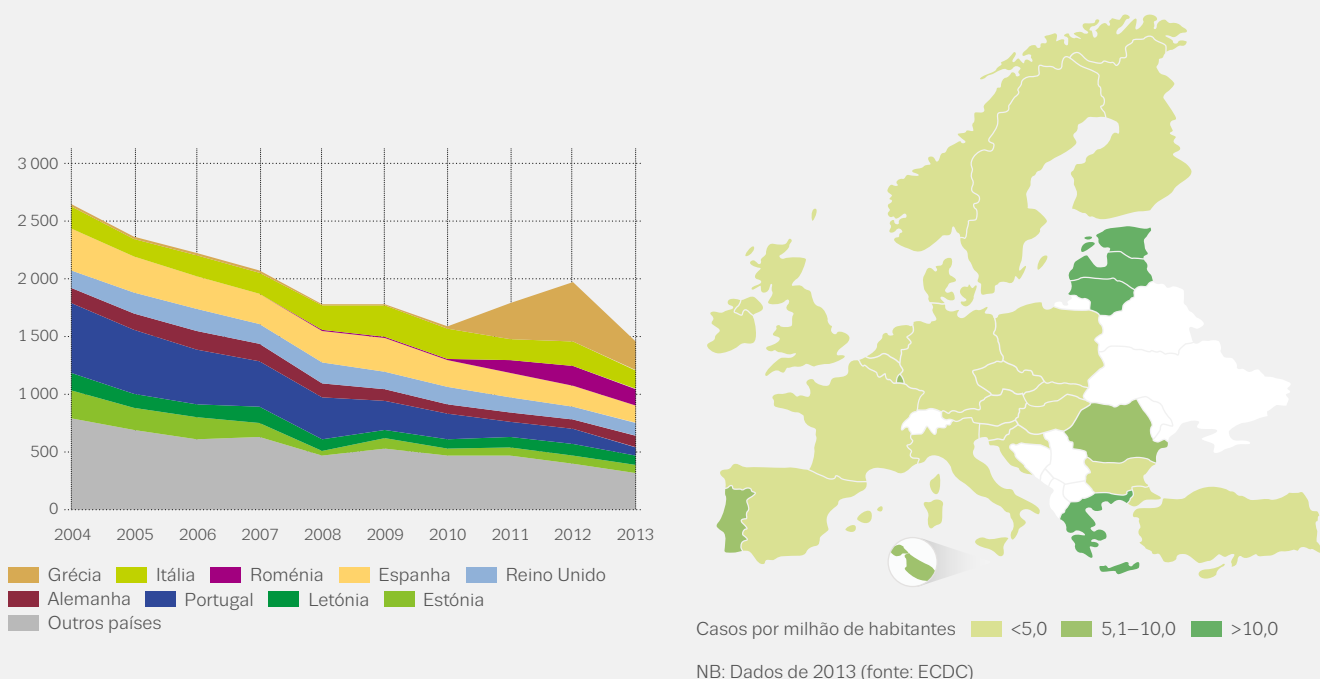


NB: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de heroína como droga principal. As tendências referem-se aos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez por consumo de heroína como droga principal. Os países abrangidos variam consoante o indicador. Origem da referência: o «sistema penal» inclui tribunais, polícia e serviços de reinserção; o «sistema de saúde» inclui clínicos gerais, outros centros de tratamento da toxicod dependência e serviços de saúde, médicos e sociais; a «auto referência» inclui o próprio utente, a família e os amigos.



FIGURA 2.13

Novos casos diagnosticados de infeção por VIH relacionada com o consumo de droga injetada: tendências no número de casos (esquerda) e dados mais recentes (direita)



Entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez devido ao consumo de anfetaminas como droga principal 46 % afirmam ser a injeção a via de administração principal, uma tendência que se mantém globalmente estável (Figura 2.12). Mais de 70 % destes casos são notificados pela República Checa, país em que esta tendência tem vindo a aumentar, mas nos restantes países europeus o consumo por via injetável como via de administração principal está a diminuir entre os novos utentes consumidores de anfetamina. Dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez por consumo de heroína como droga principal, 33 % indicam a via injetável como principal via de administração: um decréscimo face aos 43 % registados em 2006. Os níveis de consumo de droga injetada entre os utentes consumidores de heroína variam de país para país, desde 8 % nos Países Baixos até 100 % na Lituânia. Considerando o conjunto das três drogas injetáveis, entre os utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento da toxicodependência na Europa, a injeção como principal via de administração diminuiu de 28 % em 2006, para 20 % em 2013.

#### Diminuição de novos casos de infeção por VIH entre os consumidores de droga injetável graças ao controlo do surto na Grécia

O consumo de drogas injetadas 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/SIDA). Entre todos os casos de VIH notificados em que a via de transmissão é conhecida, a percentagem atribuível à injeção de droga tem-se mantido baixa e estável (inferior a 8 % ao longo da última década).

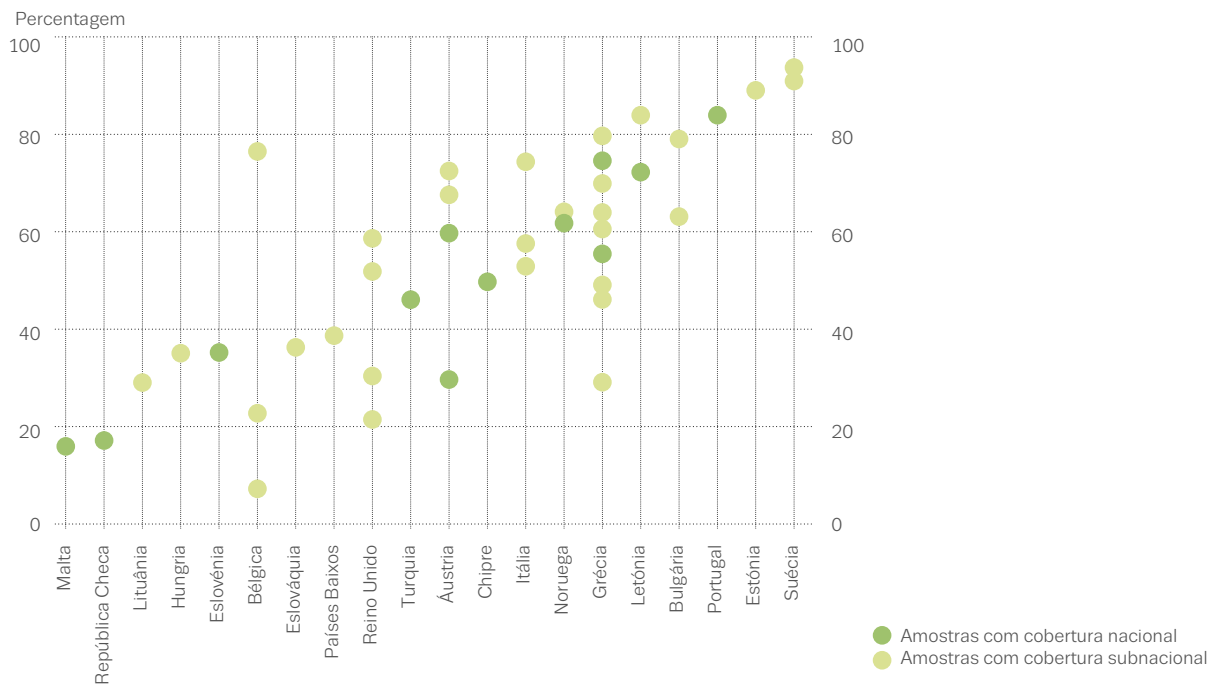
Os dados quantitativos mais recentes mostram que o aumento do número de diagnósticos de novos casos de VIH na Europa, em resultado dos surtos ocorridos entre os consumidores de droga injetada na Grécia e na Roménia, foi interrompido e que o total de casos na UE diminuiu para níveis anteriores aos referidos surtos (Figura 2.13). Os dados provisórios relativos a 2013 revelam 1458 novos casos notificados em 2013, ou seja menos do que em 2012 (1974), verificando-se a inversão da tendência de aumento do número de casos observada desde 2010. Esta diminuição é largamente explicada pela descida na Grécia, país em que o número de novos casos diminuiu, de 2013 para 2014, para menos de metade, e pela descida, embora em menor grau, na Roménia. Embora os surtos pareçam ter atingido os seus máximos nestes dois países, o número de novos diagnósticos em 2013 mantém-se, pelo menos, dez vezes mais elevado do que o do nível pré-surto, em 2010.

Em 2013, o índice médio de casos de infeção por VIH recentemente diagnosticados e atribuídos ao consumo de droga injetada era de 2,5 por milhão de habitantes,



FIGURA 2.14

Prevalência de anticorpos de VHC entre os consumidores de droga injetada, 2012/2013



constatando-se nos três Estados Bálticos níveis 8 a 22 vezes mais elevados do que a média europeia. Noutros países que em alguns períodos do passado registaram taxas de infeção elevadas, como Espanha e Portugal, o número de novos casos notificados continua a diminuir.

Um diagnóstico precoce e um tratamento adequado e imediato são importantes para impedir que a infeção por VIH progrida para uma situação de SIDA. Em 2013, foram notificados na Europa 769 novos casos de SIDA atribuíveis ao consumo de droga injetada. Os números relativamente elevados de novos diagnósticos comunicados pela Bulgária, Letónia, Grécia e Roménia indicam que é necessário reforçar as respostas em matéria de prevenção da SIDA e de tratamento do VIH.

A mortalidade relacionada com o VIH é uma das causas indiretas de morte de consumidores de droga mais bem documentada. A estimativa mais recente sugere que na Europa, em 2010, cerca de 1700 pessoas morreram de VIH/SIDA atribuível ao consumo de droga injetada e que esta tendência é decrescente.

### Hepatite e outras infeções associadas ao consumo de droga

A hepatite viral e, em especial, a infeção causada pelo vírus da hepatite C (VHC) têm uma elevada prevalência entre os consumidores de droga injetada de toda a Europa, o que pode ter consequências importantes a longo prazo,

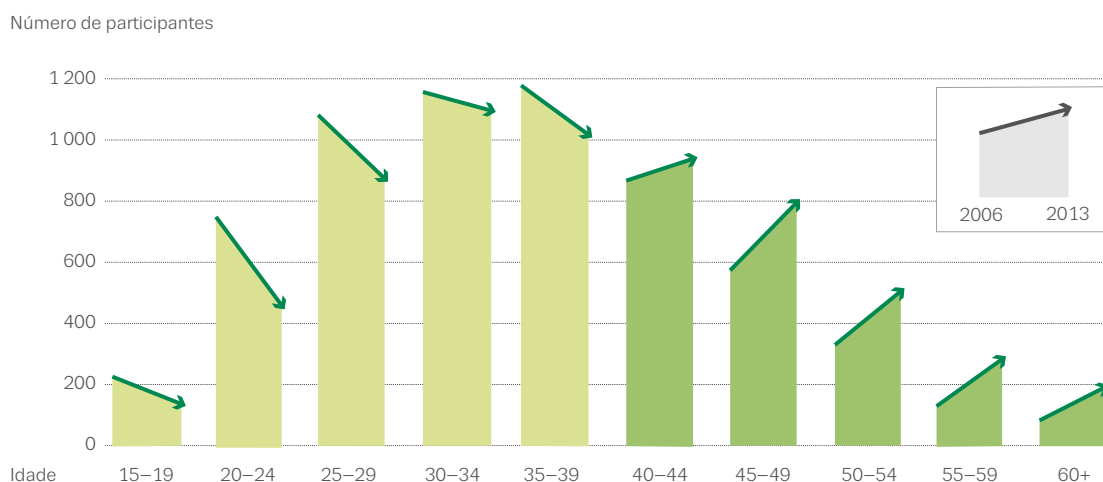
na medida em que a infeção pelo VHC, frequentemente agravada pelo elevado consumo de álcool, é suscetível de causar um número crescente de casos de cirrose, cancro do fígado e mortes entre os consumidores de droga injetada.

Os níveis de anticorpos do VHC nas amostras nacionais de consumidores de droga injetada analisadas em 2012–2013 variavam entre 14 % e 84 %, tendo cinco dos dez países que notificaram dados nacionais apresentado taxas de prevalência superiores a 50 % (Figura 2.14). Entre os países que dispõem de dados sobre as tendências nacionais registadas no período 2006–2013, observouse um decréscimo da prevalência do VHC entre os consumidores de droga injetada na Noruega, enquanto em seis outros países se observou um aumento.

O consumo de droga pode ser um fator de risco para outras doenças infecciosas, incluindo a hepatite A e B, as doenças sexualmente transmissíveis, a tuberculose, o tétano e o botulismo. Na Europa, têm sido notificados casos esporádicos de botulismo das feridas entre os consumidores de droga injetada e na Noruega registaram-se seis casos confirmados entre setembro e novembro de 2013. Em dezembro de 2014 foram identificados dois focos de casos de botulismo das feridas — na Noruega e na Escócia — em dezembro de 2014, ainda em investigação em 2015.

## FIGURA 2.15

## Número de mortes induzidas pela droga por faixa etária, em 2006 e em 2013



## Mortes relacionadas com o consumo de drogas

O consumo de droga é uma das principais causas de mortalidade evitável entre os jovens na Europa, tanto diretamente, através de *overdoses* (mortes induzidas pela droga), como indiretamente, através de doenças e acidentes, a violência e o suicídio. A maioria dos estudos de *coortes* de consumidores problemáticos de droga revela taxas de mortalidade na ordem de 1 %–2 % por ano, estimando-se que todos os anos morram na Europa entre 10 000 e 20 000 consumidores de opiáceos. De um modo geral, os consumidores de opiáceos correm um risco, pelo menos, dez vezes maior de morrer do que os seus pares da mesma idade e do mesmo sexo. Um estudo recente do EMCDDA sobre vários sítios *web* com dados de nove países europeus concluiu que a maioria das mortes de consumidores problemáticos de droga são prematuras e evitáveis. Esse estudo registou 2 886 mortes numa amostra de mais de 31 000 participantes, com uma taxa de mortalidade anual global de 14,2 por 1 000 habitantes. Em 71 % dos casos a causa de morte foi identificada, tendo metade dessas mortes sido atribuídas a causas externas, sobretudo a *overdoses* e, em menor grau, a suicídios, e a outra metade a causas somáticas, incluindo VIH/SIDA e doenças circulatórias e respiratórias.

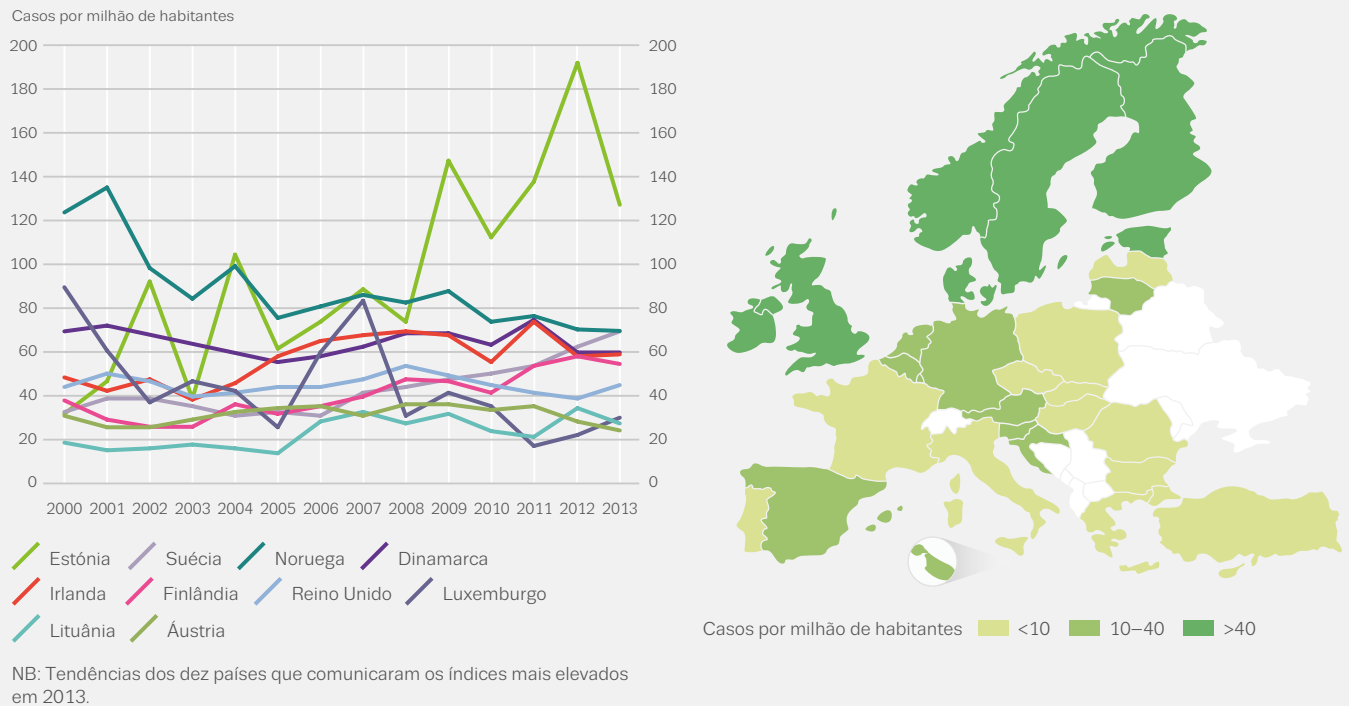
## Mortes por overdose: aumentos recentes em alguns países

Em geral, a *overdose* continua a ser a principal causa de morte entre os consumidores problemáticos de droga, sendo três quartos das vítimas do sexo masculino (78 %). Embora sejam frequentemente as mortes relacionadas com o consumo de drogas de pessoas muito jovens que suscitam mais preocupação, apenas 8 % das mortes por *overdose* notificadas na Europa em 2013 vitimam pessoas com menos de 25 anos. No período de 2006 a 2013 pode observar-se, na Europa, um padrão de diminuição do número de mortes por *overdose* entre os consumidores mais jovens e de aumento dessas mortes entre os consumidores mais velhos (Figura 2.15), o qual reflete o envelhecimento da população de consumidores de opiáceos, que corre maiores riscos de morte por *overdose*.

A maior parte dos países comunicou uma tendência crescente das mortes por *overdose* entre 2003 e 2008/2009, altura em que os níveis globais estabilizaram, tendo em seguida começado a diminuir. É necessário interpretar com cautela os dados relativos às *overdoses*, sobretudo o total cumulativo da UE, por diversas razões, nomeadamente devido à sistemática omissão desses dados em alguns países e à utilização de métodos de registo que atrasam a notificação tanto dos casos individuais como dos totais nacionais. Devido a esses atrasos, o total da UE relativo ao ano em curso ainda é provisório e será revisto quando houver novos dados disponíveis. A estimativa da União Europeia para 2013 é, no mínimo, de 6 100 mortes, o que equivale a um ligeiro aumento em relação ao valor de 2012 revisto. Os aumentos evidenciados pelos dados mais recentes de vários países com sistemas de notificação bastante fiáveis,

FIGURA 2.16

Taxas de mortalidade induzida pela droga entre adultos (15–64 anos): tendências selecionadas (esquerda) e dados mais recentes (direita)



nomeadamente a Alemanha, a Suécia e o Reino Unido, suscitam especial preocupação. O número de mortes notificadas também aumentou na Turquia, mas esse aumento pode dever-se, em parte, a melhorias da notificação.

A heroína ou os seus metabolitos, estão presentes na maioria das *overdoses* fatais notificadas na Europa, frequentemente em combinação com outras substâncias. No Reino Unido (Inglaterra) e na Turquia, os aumentos de mortes notificadas são, em grande medida, impulsionados por mortes em que a heroína está implicada. Para além da heroína, outros opiáceos, como a metadona, a buprenorfina, os fentanils e o tramadol, são regularmente mencionados nos relatórios toxicológicos, estando presentemente associados a uma parte substancial das mortes por *overdose* em alguns países.

Estima-se que, em 2013, a taxa média de mortalidade causada por *overdoses* na Europa tenha sido de 16 mortes por milhão de habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos. As taxas de mortalidade nacionais variam consideravelmente e são influenciadas por fatores como a prevalência e os padrões de consumo de droga, em especial o consumo injetado e o consumo de opiáceos, as características das populações consumidoras, a disponibilidade e a pureza das drogas, as práticas de notificação e a prestação de serviços. Sete países notificaram taxas superiores a 40 mortes por milhão de

habitantes, sendo as mais elevadas notificadas pela Estónia (127 por milhão), pela Noruega (70 por milhão) e pela Suécia (70 por milhão) (Figura 2.16). Embora as diferentes práticas nacionais de codificação e notificação, bem como as eventuais omissões de dados, dificultem as comparações entre países, é útil analisar as tendências ao longo do tempo em cada um dos países. Observaram-se melhorias recentes na taxa de mortalidade por *overdose* na Estónia, embora essa taxa continue a ser oito vezes superior à média da UE. Nesse país, as mortes por *overdose* estão sobretudo relacionadas com o consumo de fentanils — opiáceos extremamente potentes — por via injetável.

**A heroína ou os seus metabolitos estão presentes na maioria das *overdoses* fatais notificadas na Europa**

### Novas drogas: crescentemente associadas a danos e mortes relacionados com o consumo ilícito

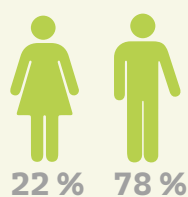
A nível europeu, avolumam-se as provas do papel desempenhado pelas novas substâncias psicoativas nas emergências hospitalares e nas mortes induzidas pela droga. Em 2014, o mecanismo de alerta rápido da UE emitiu 16 alertas relativos a novas substâncias que está a monitorizar, alguns dos quais motivados por efeitos negativos graves ou mesmo mortais. Uma análise recentemente efetuada pela European Drug Emergencies Network, que monitoriza as emergências hospitalares em sítios *web* de dez países europeus, concluiu que 9 % das emergências relacionadas com a droga envolviam novas substâncias psicoativas, sobretudo catinonas, e que 12 % se deviam ao consumo de GHB ou GBL e 2 % ao consumo de cetamina.

Relatórios recentes de efeitos agudos produzidos pelos canabinóides sintéticos indicam que, em algumas circunstâncias, o seu consumo pode afetar gravemente a saúde, ou ser até mortal. Uma análise realizada já em 2015 concluiu que os efeitos negativos para a saúde mais comuns destas substâncias são taquicardia, agitação extrema e alucinações.

Muitas vezes é difícil avaliar a importância toxicológica de uma dada substância na ocorrência de uma morte, especialmente tendo em conta que, na maioria das mortes induzidas pela droga, foram consumidas várias substâncias. Estes problemas são acentuados no caso das novas drogas, que podem ser difíceis de detetar e não estar incluídas nos instrumentos de rastreio normalmente utilizados, mas apesar dessas limitações há alguns dados disponíveis. Na Hungria, por exemplo, foram detetadas novas substâncias psicoativas em cerca de metade das mortes induzidas pela droga notificadas em 2013 (14 de 31 casos), sempre associadas a outras substâncias. O mecanismo de alerta rápido também recolhe informações sobre estes casos no âmbito da avaliação dos riscos das novas drogas. Esses dados mostram o papel que algumas das novas substâncias psicoativas podem desempenhar na morbilidade e na mortalidade relacionadas com a droga: por exemplo, a catinona sintética MDPV, detetada pela primeira vez em 2008, já tinha sido identificada em 99 mortes quando foi objeto de uma avaliação de risco, em 2014.

## MORTES INDUZIDAS PELA DROGA

### Características



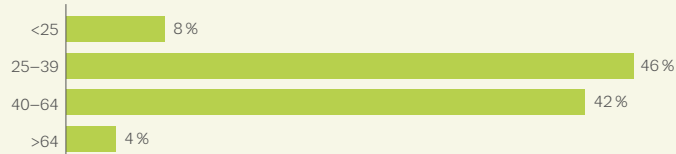
Idade média  
no momento  
da morte

37

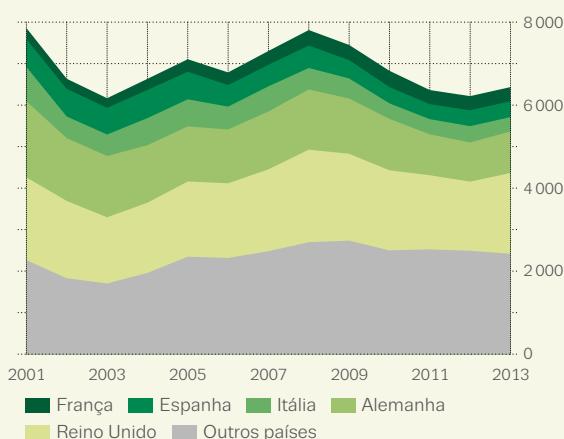
Mortes com  
presença de opiáceos

81 %

### Idade no momento da morte



### Tendências nas mortes por overdose



## SAIBA MAIS

**Publicações do EMCDDA****2015**

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

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

**2014**

Injection of cathinones, Perspetivas sobre drogas.

**2013**

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

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

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

**2012**

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

Fentanyl in Europe, Estudo Trendspotter do EMCDDA.

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

**2011**

Mortality related to drug use in Europe, Tema específico.

**2010**

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Tema específico.

Trends in injecting drug use in Europe, Tema específico.

**2009**

Polydrug use: patterns and responses, Tema específico.

**2008**

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, parte I: Epidemiologia, e Parte II: Efeitos do consumo de *cannabis* sobre a saúde, Monografias.

**Publicações conjuntas do EMCDDA e do ESPAD****2012**

Summary of the 2011 ESPAD report.

**Publicações conjuntas do EMCDDA e do ECDC****2012**

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

Todas as publicações estão disponíveis em  
[www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 3

**O presente capítulo aborda  
as políticas e intervenções  
destinadas a prevenir,  
tratar e reduzir os danos  
relacionados com  
o consumo de droga**

# Respostas sanitárias e sociais para problemas relacionados com drogas

O presente capítulo aborda as políticas e intervenções destinadas a prevenir, tratar e reduzir os danos relacionados com o consumo de drogas. Analisa a medida em que os países adotaram abordagens comuns, se estas se baseiam nos dados científicos disponíveis e se os serviços disponibilizados são suficientes para satisfazer as necessidades estimadas. Entre as principais políticas monitorizáveis a nível europeu figuram as estratégias e os planos de ação nacionais de luta contra a droga e os orçamentos e estimativas de despesa pública relacionados com a droga.

## Monitorização das respostas sanitárias e sociais

Os dados utilizados no presente capítulo foram fornecidos pelos pontos focais do Reitox e pelo grupo de trabalho de peritos, complementados por relatórios relativos à procura de tratamento, à oferta de tratamentos de substituição de opiáceos e à distribuição de agulhas e seringas. Avaliações realizadas por peritos fornecem informações suplementares sobre a disponibilidade de serviços sempre que não estão disponíveis séries de dados oficiais. O presente capítulo tem igualmente em conta análises dos dados científicos disponíveis sobre a eficácia das intervenções de saúde pública.

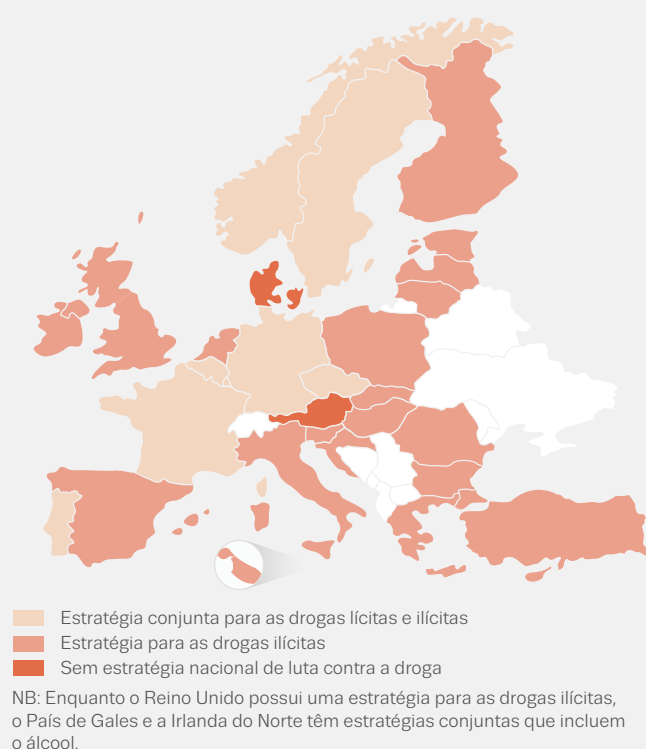
Para mais informações, consultar as seguintes rubricas no site do EMCDDA: Health and social responses profiles, Statistical Bulletin, Best practice portal e European drug policy and law.

## Estratégias a nível urbano e nacional

A Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga (2013–2020), bem como os planos de ação que a acompanham, fornecem um quadro para uma resposta coordenada aos problemas da droga na Europa, e refletem-se, a nível de cada país, em estratégias nacionais de luta contra a droga e respetivos planos e quadros orçamentais. Estes documentos de carácter temporário contêm um conjunto de princípios gerais, objetivos e prioridades, que especificam as ações e as partes

FIGURA 3.1

## Estratégias e planos de ação nacionais: disponibilidade e âmbito



responsáveis pela sua execução. Atualmente, todos os países, com exceção de dois, possuem uma política nacional de luta contra a droga, definida num documento de estratégia nacional. As exceções são a Áustria, país em que a estratégia de luta contra a droga está integrada nos planos regionais, e a Dinamarca, país em que esta questão é abordada numa série de documentos de política e de ações. Oito países adotaram estratégias e planos de ação nacionais que abrangem tanto as drogas lícitas como as ilícitas (Figura 3.1). Em muitos países realizaram-se avaliações de estratégias e planos de ação nacionais de luta contra a droga. Geralmente, essa avaliação visa aferir as alterações promovidas na situação global em matéria de droga, assim como o nível de execução alcançado.

As autoridades municipais europeias são frequentemente responsáveis pela coordenação da política de luta contra a droga a nível local e, em alguns casos, dispõem de orçamentos específicos. Em muitos países, também existem documentos de planeamento estratégico para apoiar a aplicação das políticas. Um estudo recente do EMCDDA debruçou-se sobre dez cidades capitais que têm uma estratégia específica de luta contra a droga, em alguns casos com um plano de ação associado. Alguns desses planos tinham um carácter genérico, enquanto outros tratavam de questões específicas, como as mortes por *overdose*, o consumo de GHB ou os problemas relacionados com locais abertos de consumo. Em algumas

cidades sem estratégias específicas de luta contra a droga, os objetivos políticos nessa matéria foram integrados nas estratégias locais de saúde ou de redução da criminalidade. Noutras cidades, as questões relativas à droga são abrangidas por documentos políticos regionais ou nacionais de âmbito mais vasto.

## Impacto da austeridade no financiamento das intervenções de saúde

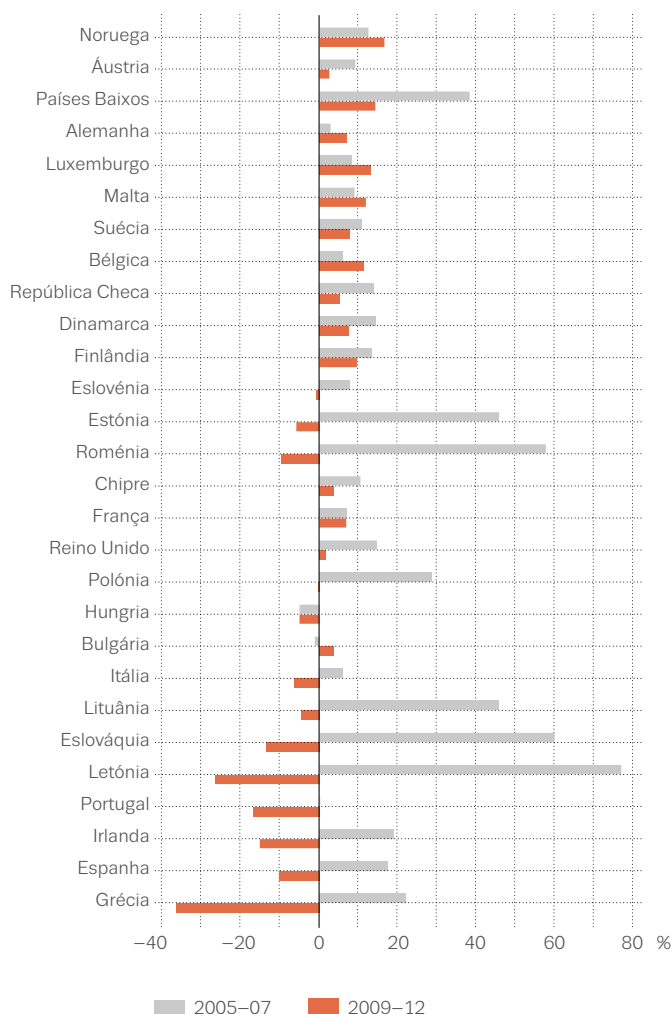
As informações disponíveis sobre a despesa pública relacionada com a droga na Europa, tanto a nível local como a nível nacional, continuam a ser escassas e heterogêneas. Calcula-se que, nos 18 países que produziram estimativas na última década, essa despesa varie entre 0,01 % e 0,5 % do produto interno bruto, representando as intervenções no setor da saúde 24 % a 73 % do montante total. As diferenças de âmbito e qualidade das estimativas dificultam a comparação da despesa pública relacionada com a droga entre os diversos países.

Devido à recessão económica de 2008, muitos governos europeus impuseram medidas de consolidação orçamental, frequentemente designadas por «medidas de austeridade». A dimensão da crise económica e o seu impacto, bem como a duração e a escala das medidas orçamentais variaram muito de país para país, mas em muitos deles, as medidas de austeridade levaram à redução da despesa pública nas atividades do Estado em que a maioria das iniciativas relacionadas com a droga se inserem. A análise realizada pelo EMCDDA sugere que, globalmente, houve maiores cortes no setor da saúde do que noutros domínios, como a ordem e a segurança públicas ou a proteção social. Os dados referentes ao período de 2009–2012 revelam uma diminuição da despesa pública com a saúde na maior parte dos países, face ao período de 2005–2007, antes da recessão, tendo havido reduções superiores a 10 pontos percentuais em muitos países europeus, a preços constantes (Figura 3.2). Dado que as despesas de saúde relacionadas com a droga representam uma pequena parcela da despesa pública total com a saúde (muitas vezes menos de 1 %), não é possível depreender diretamente as tendências do financiamento dessas despesas a partir destes dados. No entanto, as reduções nos orçamentos dos sistemas de saúde deverão ter um impacto negativo nas iniciativas relacionadas com a droga e os relatórios do EMCDDA sugerem que o financiamento das atividades de investigação e prevenção poderão ter sido particularmente afetadas.



FIGURA 3.2

Crescimento acumulado estimado da despesa pública em saúde (2005–2007 e 2009–2012), a preços constantes



Fonte: Eurostat

**A prevenção do consumo de droga e dos problemas com este relacionados entre os jovens é um objetivo político fundamental**

### Prevenção do consumo de droga entre os jovens

A prevenção do consumo de droga e dos problemas com este relacionados entre os jovens é um objetivo político fundamental e um dos pilares da Estratégia da UE de luta contra a droga 2013–2020. A prevenção da droga inclui uma vasta gama de abordagens. As estratégias ambientais e universais são direcionadas para a população em geral, as de prevenção seletiva para os grupos vulneráveis, que podem correr um maior risco de vir a ter problemas relacionados com o consumo de droga, e as de prevenção indicada para as pessoas em risco. Ao longo da última década, foram adotadas novas normas de qualidade suscetíveis de apoiar a execução de intervenções e a utilização de boas práticas. O projeto Normas de qualidade europeias para a prevenção do consumo de drogas fornece as ferramentas necessárias para apoiar a aplicação de normas neste domínio.

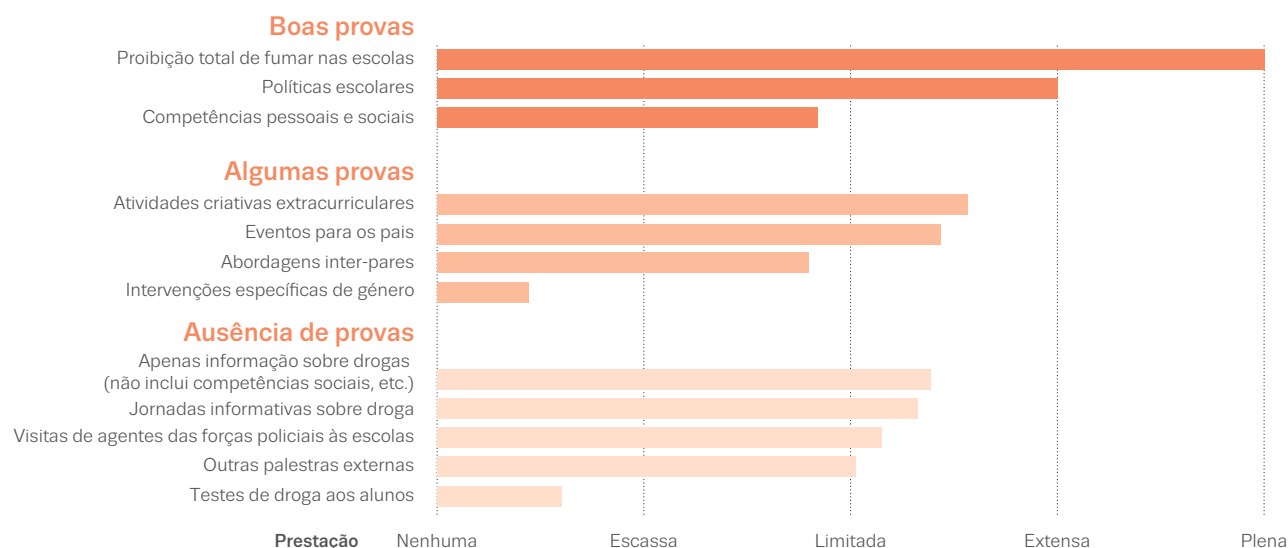
Algumas abordagens de prevenção aplicáveis em meio escolar já dispõem de uma base factual relativamente sólida. As proibições de consumo de tabaco e as políticas de luta contra a droga nas escolas, comunicadas por numerosos países, estão amplamente documentadas, mas as abordagens de prevenção exclusivamente baseadas na divulgação de informações também são muito comuns (Figura 3.3). O fornecimento de informações relacionadas com a saúde pode ser importante em termos educativos, mas não há muitos dados que comprovem o impacto desta forma de prevenção em futuros comportamentos de consumo de drogas.

Em algumas escolas utilizam-se métodos de deteção e intervenção precoce, frequentemente baseados no aconselhamento a jovens consumidores de substâncias. Um programa canadiano (Preventure), dirigido a jovens consumidores de álcool em busca de sensações, foi positivamente avaliado e adaptado para poder ser aplicado na República Checa, nos Países Baixos e no Reino Unido.

Quanto à realização de intervenções preventivas junto de grupos vulneráveis específicos, os relatórios indicam que as mais disponíveis são as dirigidas às famílias com problemas de abuso de substâncias, aos alunos com problemas sociais e académicos e aos delinquentes juvenis. Um programa digno de nota nesta área é o FreD, um conjunto de intervenções teóricas, já implementado em 15 Estados-Membros da União. As avaliações deste programa revelaram uma diminuição nos índices de reincidência.

FIGURA 3.3

**Intervenções de prevenção do consumo de substâncias em meio escolar: prestação e provas de eficácia (médias europeias baseadas em avaliações de peritos, 2013)**



NB: Dados baseados no Portal de boas práticas do EMCDDA e nas normas da UNODC.

### Novas drogas e novos desafios

As respostas iniciais dos países europeus ao surgimento de novas substâncias psicoativas foram predominantemente de ordem regulamentar, centradas no combate à oferta através de instrumentos legislativos. No entanto, tem-se prestado cada vez mais atenção ao desenvolvimento de atividades específicas nos domínios da educação e da prevenção, bem como à formação e sensibilização dos profissionais. Por sua vez, os serviços que operam em contextos de vida noturna e recreativos têm optado por integrar a sua resposta às novas substâncias nas abordagens já estabelecidas. A Internet também está a assumir uma importância crescente como plataforma de fornecimento de informações e aconselhamento, por exemplo com a utilização de intervenções de «proximidade em linha» para chegar aos novos grupos-alvo. Outros exemplos são as iniciativas orientadas para os consumidores de droga, designadamente fóruns e blogues que fornecem informações e conselhos em matéria de defesa do consumidor. Por vezes, estas intervenções são associadas a serviços de análise de drogas e comprimidos, sendo os respetivos resultados e mensagens de redução dos danos divulgados em linha.

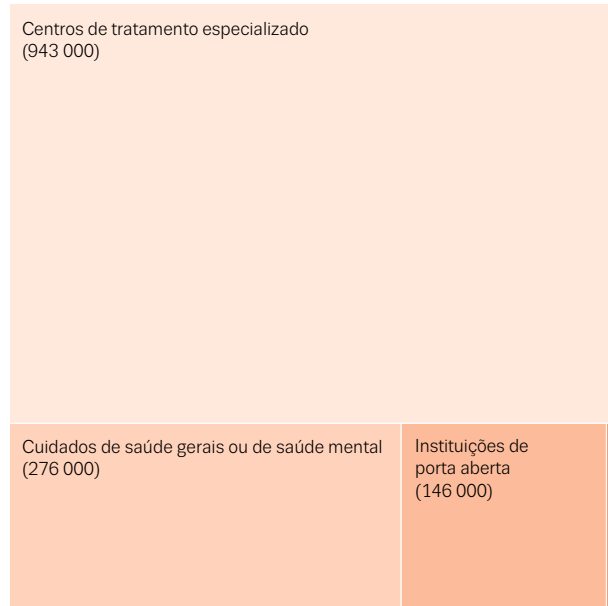
Atualmente, na Europa, as novas substâncias psicoativas não estão associadas a uma procura significativa de tratamento especializado, embora os serviços estejam a evoluir nesse sentido em alguns países. O surgimento de novas drogas manifestou-se de diferentes formas nos diversos países, e as respostas dadas a nível nacional refletem essas diferenças. Na Hungria e na Roménia, onde há casos registados de consumo de catinonas injetadas, os serviços de troca de agulhas e seringas desempenham um papel importante. No Reino Unido, onde o consumo de mefedrona é significativo, há clínicas especializadas para frequentadores de clubes, as «club-drug clinics» que intervêm junto deste grupo de utentes e elaboram orientações para o seu tratamento.

**A Internet está a assumir uma importância crescente como plataforma de fornecimento de informações e aconselhamento**

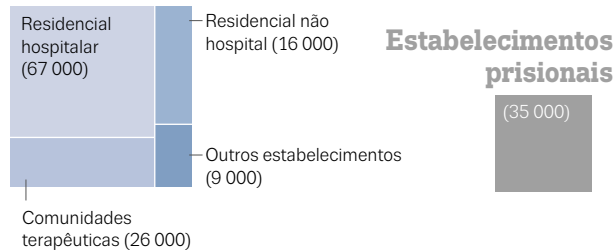
FIGURA 3.4

Número de utentes que receberam tratamento da toxicod dependência na Europa em 2013, por estabelecimento

### Regime ambulatorio



### Regime de internamento

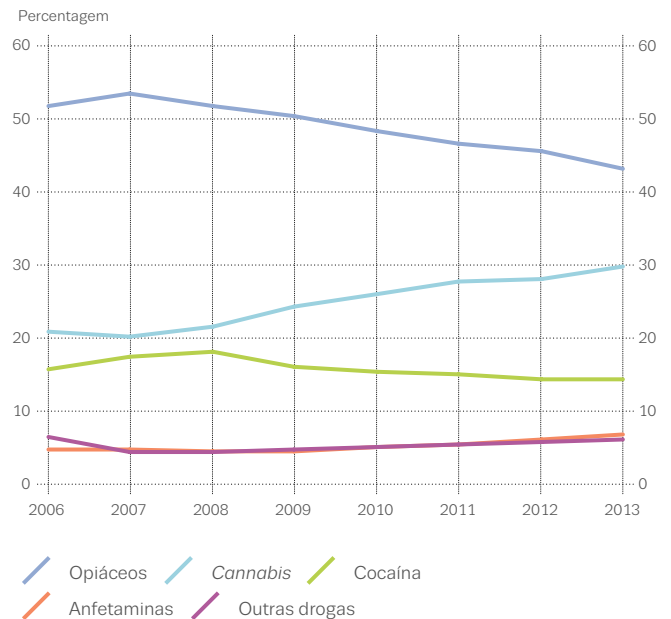


### Na sua maioria, os tratamentos são realizados em regime ambulatorio

Na Europa, o tratamento da toxicod dependência é predominantemente realizado em regime ambulatorio, sendo os centros de tratamento especializados o maior prestador de cuidados aos consumidores de drogas contactados, seguidos pelos centros de saúde gerais (Figura 3.4). Nestes últimos, incluem-se os consultórios de 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. Uma proporção considerável dos tratamentos da toxicod dependência é igualmente realizada em regime de internamento, nomeadamente em centros residenciais em serviços hospitalares (por exemplo, hospitais psiquiátricos), comunidades terapêuticas e centros residenciais de tratamento especializado. A importância relativa do tratamento em regime de internamento ou em regime ambulatorio nos sistemas de tratamento nacionais varia muito de país para país. Muitos deles também têm serviços de baixo limiar de exigência e, embora estes não

FIGURA 3.5

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



prestem frequentemente um tratamento estruturado, em alguns países, como a França e a República Checa, já são considerados parte integrante do sistema de tratamento nacional.

Estima-se que 1,6 milhões de pessoas tenham recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na Europa, em 2013 (1,4 milhões na União Europeia). Este número está 0,3 milhões acima da estimativa de 2012. Este aumento deve-se, em parte, à melhoria dos métodos de notificação, assim como a novos dados, nomeadamente pela inclusão de 200 000 utentes da Turquia.

Dados relativos à monitorização do número de pessoas que iniciaram tratamento revelam que, a seguir aos consumidores de opiáceos, os consumidores de cannabis e de cocaína constituem, respetivamente, os segundo e terceiro maiores grupos de pessoas que deram entrada nos serviços especializados de tratamento da toxicod dependência (Figura 3.5). A principal modalidade de tratamento destes utentes consiste em intervenções psicossociais.

**Na Europa, o tratamento da toxicod dependência é predominantemente realizado em regime ambulatorio**

FIGURA 3.6

### Tratamento de substituição de opiáceos: é a modalidade mais comum, mas em diminuição

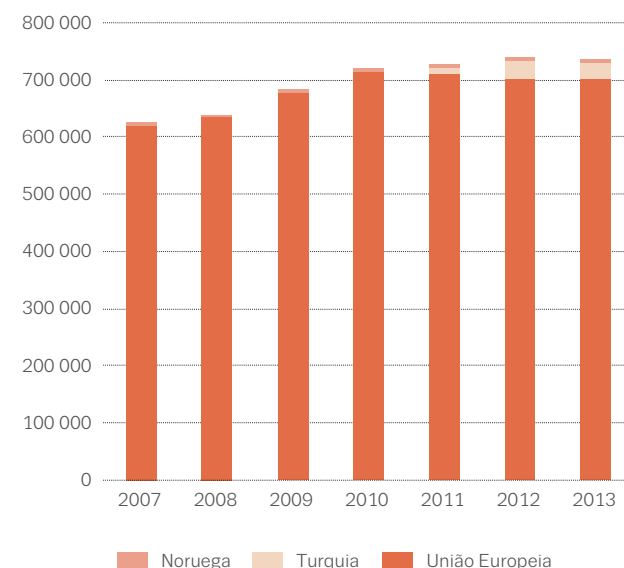
Os consumidores de opiáceos representam o maior grupo em tratamento especializado na Europa e beneficiam da maior parte dos recursos de tratamento disponíveis. O tratamento de substituição, normalmente combinado com intervenções psicossociais, é o tratamento mais comum para a dependência de opiáceos. A eficácia desta abordagem é corroborada pelos dados disponíveis, que apresentam resultados positivos no tocante à permanência no tratamento, à redução do consumo ilícito de opiáceos e dos comportamentos de risco notificados, bem como à diminuição dos danos e da mortalidade relacionados com a droga.

A metadona é o medicamento de substituição dos opiáceos mais receitado, sendo recebido por mais de dois terços (69 %) dos utentes do tratamento de substituição, e 28 % dos utentes são tratados com buprenorfina, que é o principal medicamento de substituição utilizado em seis países. Outras substâncias, como a morfina de libertação lenta ou a diacetilmorfina (heroína), são ocasionalmente prescritas na Europa, estimando-se que sejam recebidas por cerca de 3 % dos utentes em tratamento de substituição.

Estima-se que, em 2013, 700 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição na União Europeia, observando-se nestes dados uma ligeira tendência decrescente desde 2011 (Figura 3.6). Entre 2010 e 2013, as maiores diminuições relativas verificaram-se na República Checa (41 %, com base em estimativas), em Chipre (39 %) e na Roménia (36 %). No mesmo período, os maiores aumentos relativos ocorreram na Polónia (80 %), que partia de um baixo nível inicial, e na Grécia (59 %). Quando se incluem dados da Turquia e da Noruega, o número estimado de utentes do tratamento de substituição em 2013 aumenta para 737 000.

**Os consumidores de opiáceos representam o maior grupo em tratamento especializado na Europa**

Tendências do número de utentes em tratamento de substituição de opiáceos



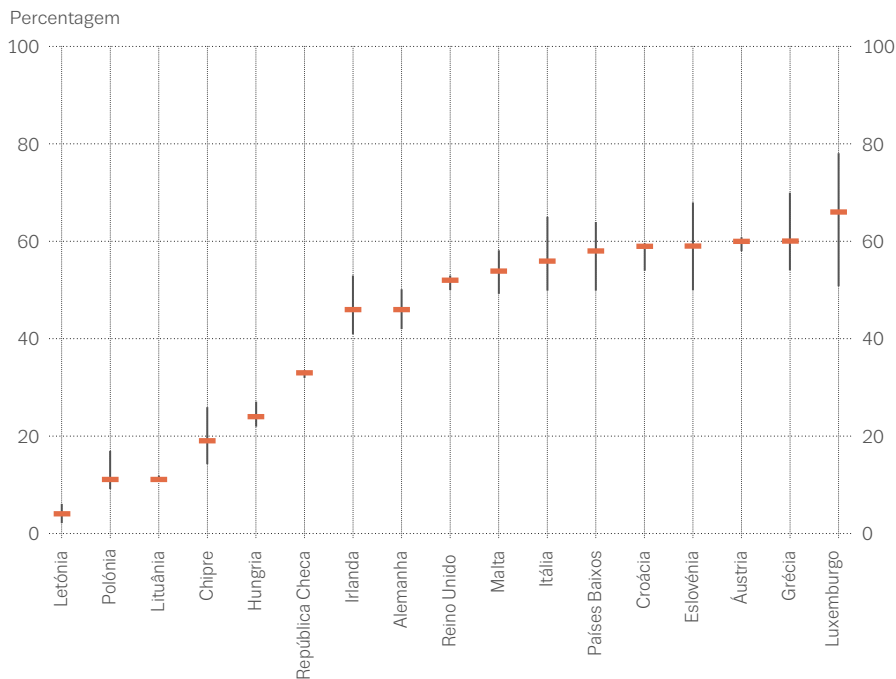
### Mais de metade dos consumidores de opiáceos estão em tratamento de substituição

A cobertura do tratamento de substituição de opiáceos – ou seja, a proporção de toxicodependentes que necessita de intervenção e que a recebe – está estimada em mais de 50 % dos consumidores problemáticos de opiáceos. Por razões metodológicas, esta estimativa deve ser encarada com precaução, apesar de em muitos países a maior parte dos consumidores de opiáceos estar, ou já ter estado, em contacto com serviços de tratamento. Contudo, a nível nacional, ainda subsistem grandes diferenças nas taxas de cobertura, tendo as taxas estimadas mais baixas (de cerca de 10 % ou menos) sido notificadas pela Letónia, Eslováquia, Polónia e Lituânia (Figura 3.7).

Embora menos comuns, em toda a Europa estão disponíveis opções de tratamento alternativo para os consumidores de opiáceos. Nos dez países que forneceram dados suficientes, a cobertura do tratamento sem medicamentos de substituição situase normalmente entre 4 % e 71 % dos consumidores problemáticos de opiáceos.

FIGURA 3.7

Percentagem de consumidores problemáticos de opiáceos que recebem tratamento de substituição (estimativa)



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

FIGURA 3.8

### Responder a necessidades diversas através de intervenções específicas

As intervenções específicas podem facilitar o acesso ao tratamento e assegurar que as necessidades dos diversos grupos são satisfeitas. As informações disponíveis sugerem que, atualmente, este tipo de abordagem é o mais comum para jovens consumidores de droga, pessoas encaminhadas pelo sistema de justiça penal e mulheres grávidas (Figura 3.8). Os programas específicos para consumidores de droga sem abrigo, mais idosos ou LGBT estavam menos disponíveis, apesar de muitos países mencionarem a necessidade deste tipo de serviços.

Disponibilidade de programas de tratamento da toxicodependência por grupos-alvo na Europa (avaliações de peritos, 2013)

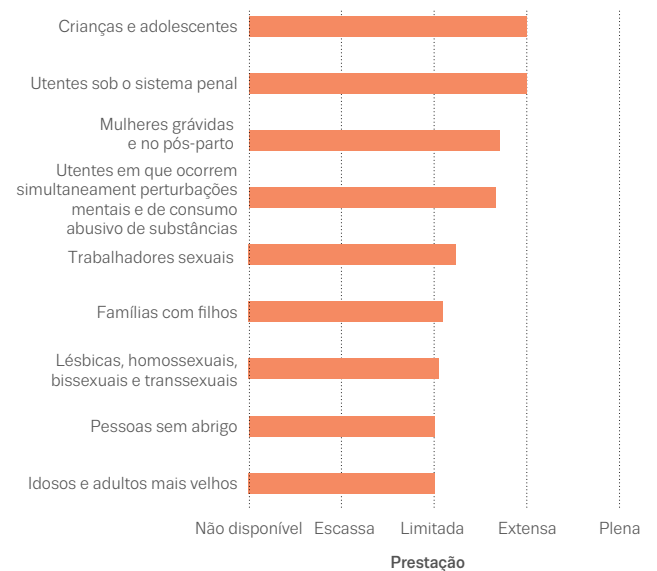
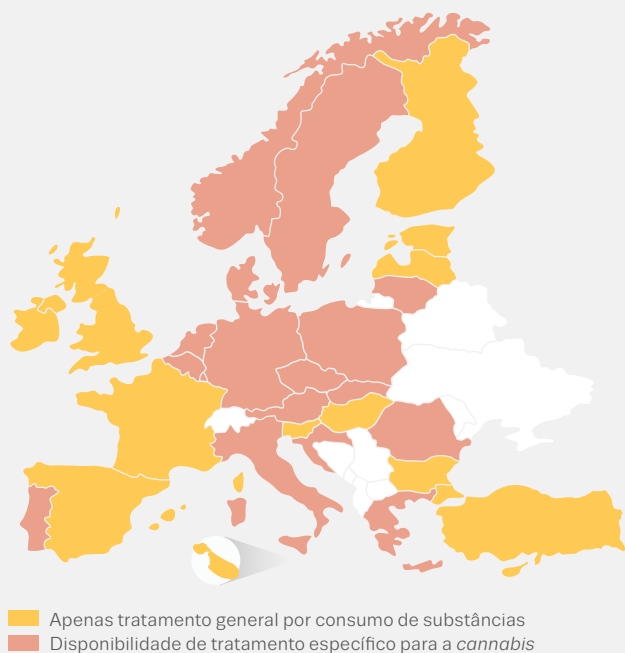


FIGURA 3.9

Existência de programas de tratamento especializado para consumidores de *cannabis* em países europeus



### Disponível tratamento específico para a dependência de *cannabis* em metade dos países

A oferta de tratamento específico para os consumidores de *cannabis* está a aumentar na Europa, sendo a sua disponibilidade referida por metade dos países. Nos restantes, o tratamento da dependência de *cannabis* é prestado no âmbito dos programas gerais para o consumo de substâncias (Figura 3.9). Os serviços prestados aos consumidores de *cannabis* são diversificados, podendo ir desde curtas intervenções através da Internet, até compromissos terapêuticos a longo prazo, em centros especializados. Embora os tratamentos deste grupo de consumidores tenham maioritariamente lugar na comunidade ou em regime ambulatorio, nem sempre é assim e, segundo informações recentes, cerca de uma em cada cinco pessoas que iniciam o tratamento da toxicodependência em serviços residenciais especializados têm problemas de consumo de *cannabis* como droga principal.

O tratamento do consumo problemático de *cannabis* recorre a abordagens psicossociais; para os adolescentes, utilizam-se frequentemente intervenções baseadas na família e para os adultos intervenções cognitivo-comportamentais. Os dados disponíveis sustentam as vantagens de uma combinação da terapia cognitivocomportamental, 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 *cannabis*.

As intervenções através da Internet alargaram o alcance e a cobertura geográfica dos programas de tratamento da dependência de *cannabis*, constituindo uma nova forma de interação com pessoas que têm problemas de droga e chegando a grupos de consumidores que não contactam habitualmente com serviços especializados de tratamento da toxicodependência.

### Adaptação do tratamento aos consumidores de droga mais idosos

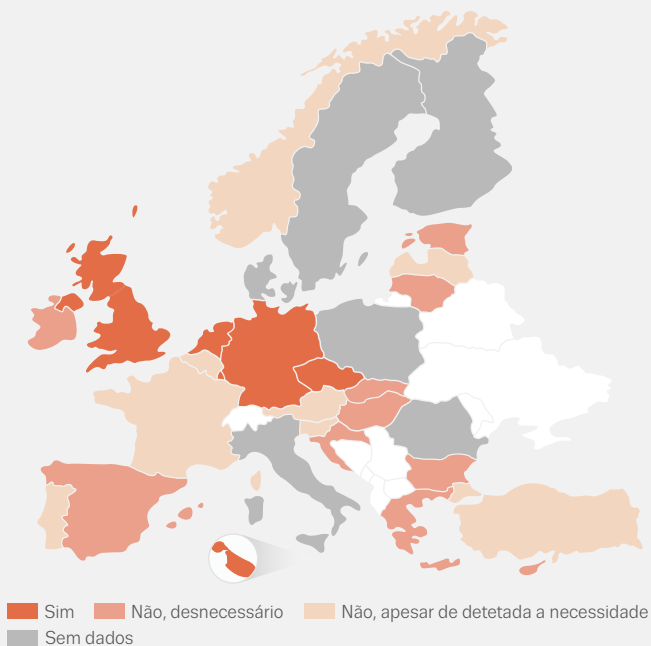
As tendências demográficas patenteadas pela população europeia de consumidores problemáticos de droga suscitam questões importantes acerca da adequação das intervenções de tratamento da toxicodependência para os utentes mais idosos. Em breve, a maioria dos consumidores problemáticos de opiáceos em tratamento terão mais de 40 anos de idade. Para além dos problemas de saúde relacionados com a droga, os consumidores de opiáceos também têm cada vez mais problemas de saúde resultantes do envelhecimento, frequentemente agravados por fatores ligados ao estilo de vida, sendo necessárias orientações clínicas que tenham em conta a evolução demográfica desta população. Essas orientações sustentarão uma prática clínica eficaz, à medida que as questões relativas às interações entre medicamentos, os modos de administração, a dosagem das tomas domiciliares e o tratamento da dor se vão tornando mais complexas e importantes.

Poucos países dizem ter programas específicos para consumidores de droga idosos. Este grupo de utentes está geralmente integrado nos serviços de tratamento da toxicodependência existentes (ver Figura 3.10), mas tanto a Alemanha como os Países Baixos criaram lares de terceira idade para responder às necessidades de consumidores de droga idosos. Futuramente, será necessário alterar e desenvolver os programas de tratamento da toxicodependência e de assistência para que este grupo envelhecido receba um nível de cuidados adequado. Para o efeito, será provavelmente necessário

**Poucos países dizem ter programas específicos para consumidores de droga idosos**

FIGURA 3.10

Disponibilidade de programas específicos para consumidores de droga mais velhos (avaliações de peritos, 2013)



dar formação ao pessoal e alterar a prestação de cuidados. Visto ser um grupo de utentes com um relacionamento relativamente fraco com o sistema de saúde geral e com pouca adesão ao tratamento das infeções relacionadas com a droga, é clara a importância de uma abordagem multidisciplinar que prossiga para além do tratamento.

### Prevenir a propagação de doenças infecciosas

Os consumidores de drogas e principalmente os que as injetam correm o risco de contrair doenças infecciosas através da partilha de equipamentos de consumo de droga e de relações sexuais desprotegidas. A prevenção da transmissão do VIH, da hepatite viral e de outras infeções é, por conseguinte, um objetivo importante das políticas europeias em matéria de droga. Relativamente aos consumidores de opiáceos injetados, o tratamento de substituição reduz o comportamento de risco, havendo estudos que sugerem que o efeito de proteção aumenta quando este tratamento é combinado com programas de distribuição de agulhas e seringas.

Entre 2007 e 2013, o número notificado de seringas distribuídas através de programas especializados aumentou de 43 milhões para 49 milhões em 24 países, representando 48 % da população da UE. A nível nacional,

FIGURA 3.11

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

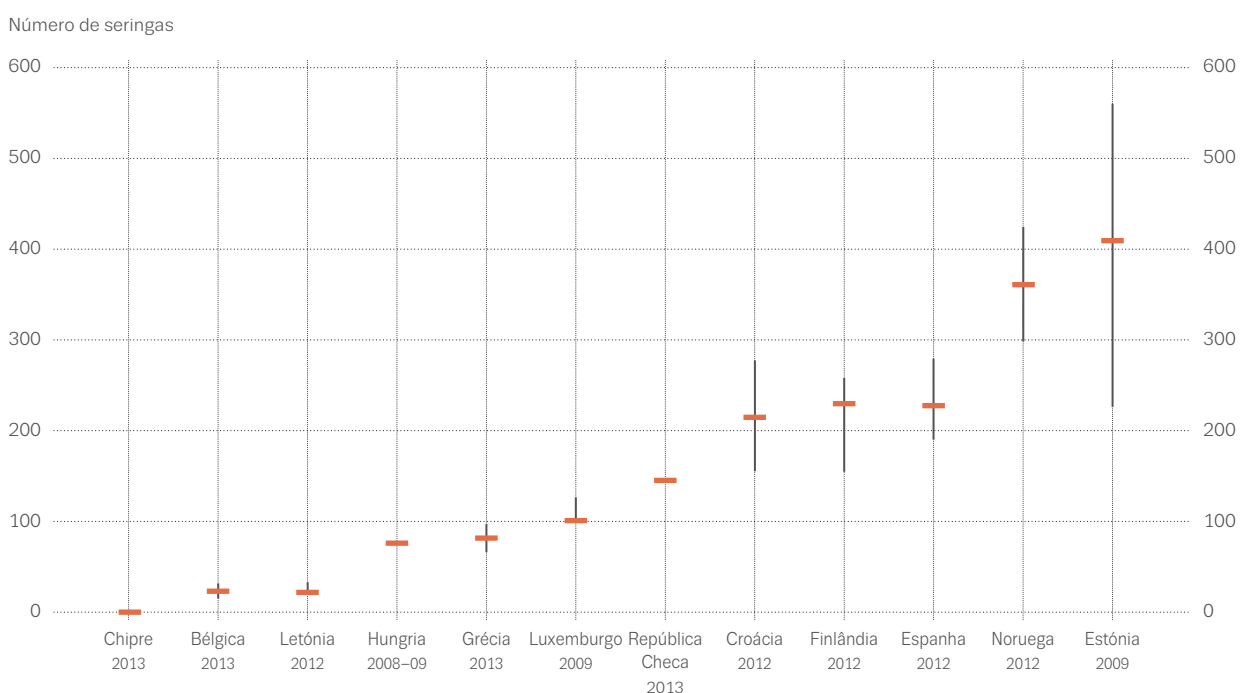
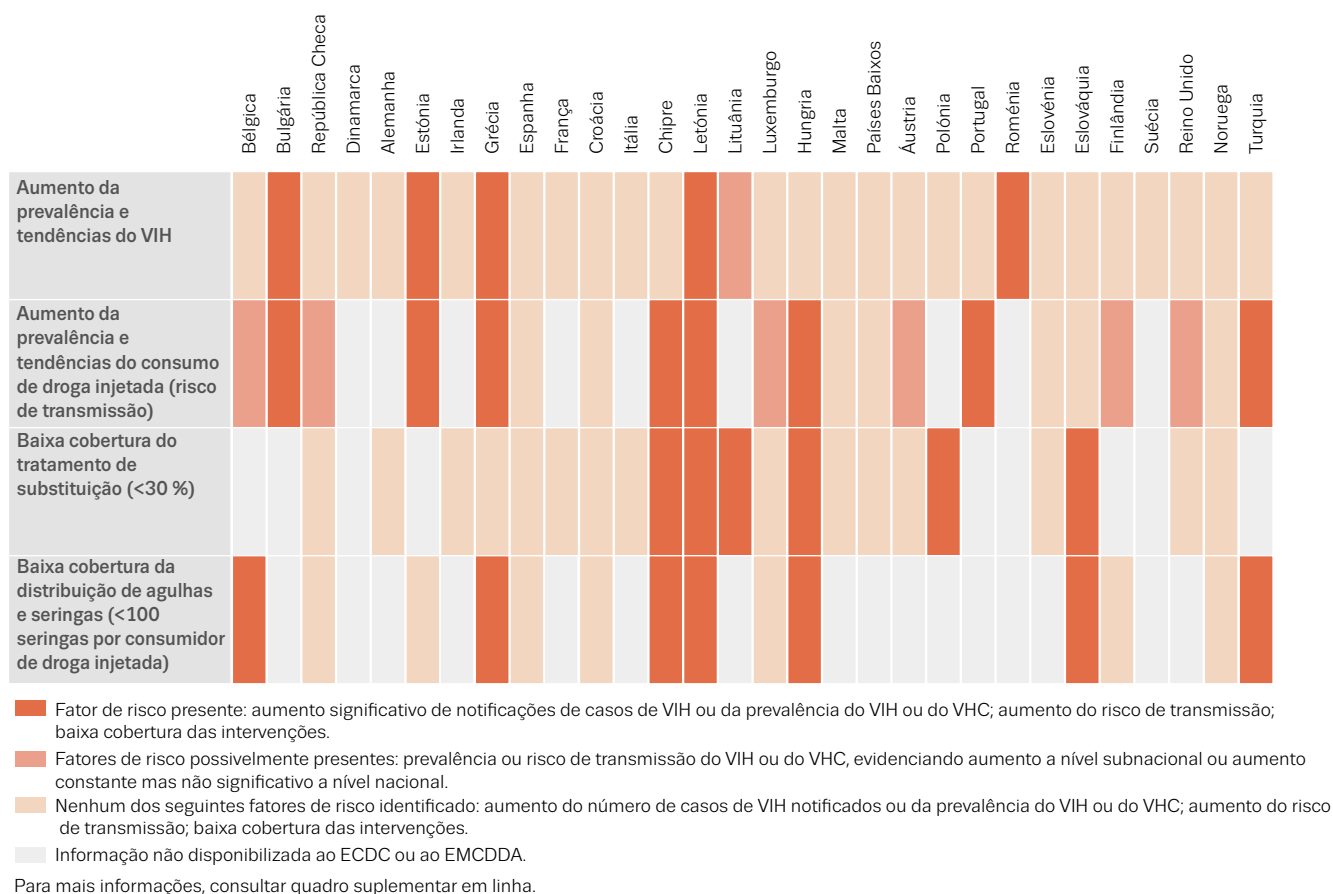


FIGURA 3.12

Indicadores sintéticos de um potencial risco elevado de infeções por VIH entre os consumidores de droga injetada



as discrepâncias são evidentes, tendo cerca de metade dos países notificado um aumento do número de seringas distribuídas e a outra metade uma diminuição. Nos 12 países que dispõem de estimativas recentes sobre a prevalência de droga injetada, o número notificado de seringas distribuídas através de programas especializados por cada consumidor de droga injetada, em 2013, oscilou entre uma, em Chipre, e mais de 300, na Estónia e na Noruega (Figura 3.11).

Embora por toda a Europa a cobertura das medidas de prevenção do VIH tenha aumentado, populações significativas de consumidores de drogas injetadas continuam a ter limitações no acesso aos serviços. A Figura 3.12 apresenta uma panorâmica de alguns dos principais indicadores de risco potencial. Com base nesta análise simples, pode considerarse que cerca de um terço dos países apresenta riscos elevados, o que sugere a necessidade de vigilância contínua e de um alargamento do âmbito das medidas de prevenção do VIH.

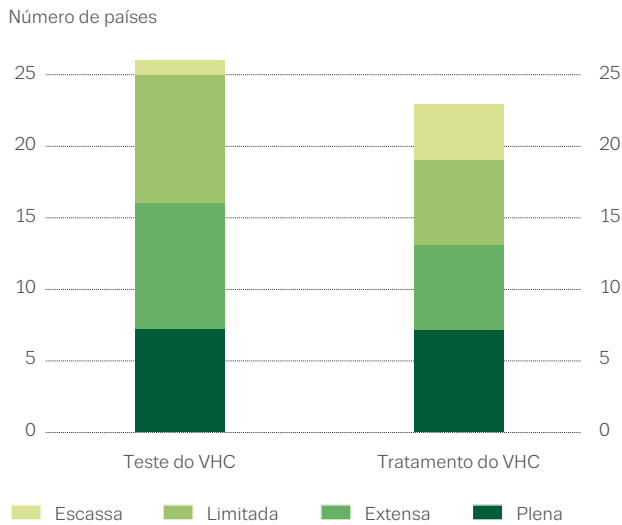
### Melhoria no tratamento da hepatite C

As medidas de prevenção da transmissão da hepatite C são idênticas às do VIH. A nível político, um número crescente de países adotou ou está a preparar estratégias específicas para a hepatite C. Entretanto, as iniciativas de realização de análises e de aconselhamento dos consumidores de droga injetada tem aumentado nos últimos anos, mas permanecem limitadas. Foram introduzidas novas ferramentas de diagnóstico (nomeadamente o Fibroscan) e novas medicações reduziram a duração do tratamento e os efeitos secundários negativos, facilitando a observância. Apesar das crescentes indicações da eficácia do tratamento antiviral da hepatite C para os consumidores de droga injetada infetados, os níveis notificados da sua disponibilidade permanecem limitados em alguns países (ver Figura 3.13), o que pode, em parte, dever-se aos elevados custos dos novos medicamentos.



FIGURA 3.13

Disponibilidade de testes e tratamento do vírus da hepatite C (avaliações de peritos, 2010)



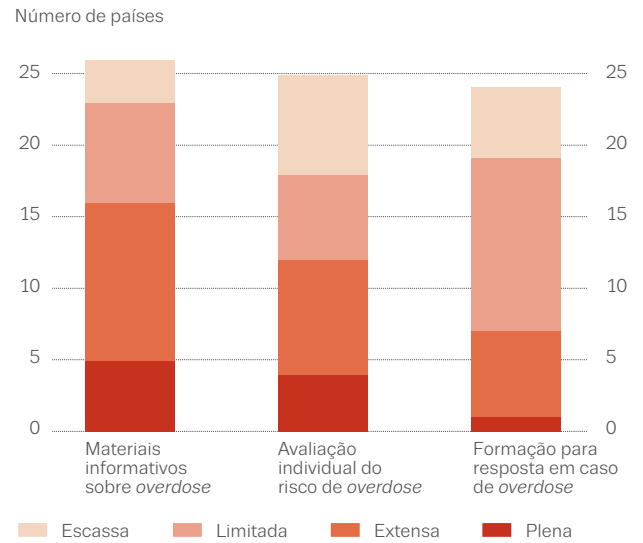
### Prevenção das overdoses e das mortes relacionadas com a droga

A redução das *overdoses* e de outras mortes relacionadas com a droga continua a ser um importante desafio para a política de saúde pública na Europa. Neste domínio, as respostas estão focadas na prevenção da ocorrência de *overdoses* ou no aumento da probabilidade de sobrevivência a uma *overdose*. O tratamento da toxicodependência, em especial o tratamento de substituição de opiáceos, previne *overdoses* e reduz o risco de mortalidade dos consumidores de drogas.

De entre uma seleção de intervenções direcionadas para as mortes relacionadas com a droga, a prestação de informações e o fornecimento de materiais relativos à prevenção da *overdose* têm sido comunicadas como as mais amplamente disponibilizadas (Figura 3.14). A formação na resposta a *overdoses*, incluindo a distribuição de naloxona, uma droga antagonista dos opiáceos, pode salvar vidas em situações de *overdose*. Contudo, esta forma de resposta está menos disponível. As novas orientações da OMS recomendam vivamente que pessoas que possam vir a presenciar uma *overdose* de opiáceos tenham acesso à naloxona e sejam ensinadas a administrá-la para controlarem situações de emergência em que haja suspeita de *overdose*. Já existem programas de distribuição de naloxona em sete países, tendo sido recentemente criados programas na Dinamarca, Estónia e Noruega, que têm altas taxas de *overdoses*. Um estudo recentemente efetuado na Escócia (Reino Unido) demonstrou que o aumento da distribuição de estojos de administração de naloxona a reclusos «de risco», quando são libertados, coincidiu com uma significativa redução

FIGURA 3.14

Disponibilidade de respostas a casos de mortes induzidas pelo consumo de droga (avaliações de peritos, 2013)



das mortes relacionadas com os opiáceos nas primeiras quatro semanas após a saída da prisão.

Um dos objetivos das salas de consumo assistido é a redução da ocorrência de *overdoses* e o aumento da probabilidade de sobrevivência a uma *overdose*. Atualmente, seis países disponibilizam salas deste tipo – 70 no total. Nos últimos anos, foram encerradas várias instalações deste tipo devido à quebra da procura.

### Saúde prisional: é necessária uma resposta abrangente

Entre os reclusos registam-se taxas de consumo ao longo da vida mais elevadas e padrões mais nocivos de consumo de droga do que entre a população em geral, como indicam alguns estudos recentes, que revelam que entre 6 % e 31 % dos reclusos já consumiram drogas injetadas.

**O tratamento da toxicodependência, em especial o tratamento de substituição de opiáceos, previne overdoses e reduz o risco de mortalidade dos consumidores de drogas**

Ao entrar na prisão, a maioria dos consumidores reduz ou abandona o consumo de drogas. Contudo, as drogas ilícitas conseguem penetrar em muitos estabelecimentos prisionais e alguns reclusos continuam ou começam a consumir enquanto cumprem a sua pena. Têm igualmente sido observadas elevadas taxas de hepatite C e de outras doenças infecciosas entre as populações prisionais. Tendo em conta a incidência de problemas de toxicodependência entre os reclusos, a avaliação sanitária à entrada na prisão é uma intervenção importante. A OMS recomendou recentemente a disponibilização de um pacote de medidas preventivas, incluindo análises grátis e voluntárias para detetar doenças infecciosas, distribuição de preservativos e equipamento de consumo injetável esterilizado, tratamento das doenças infecciosas e tratamento da toxicodependência.

Muitos países estabeleceram parcerias interagências entre os serviços de saúde prisionais e os prestadores de serviços na comunidade, tendo em vista a realização de intervenções de educação sanitária e de tratamento nas prisões, bem como a continuidade da prestação de cuidados de saúde durante o tempo de prisão. Em regra, os serviços de saúde prisionais continuam a ser tutelados pelos ministérios da justiça ou do interior. Contudo, em alguns países, a responsabilidade pelos serviços de saúde prisionais foi transferida para o ministério da saúde, o que, potencialmente, facilita uma maior integração com a prestação de serviços de saúde gerais à comunidade.

A disponibilidade de tratamento de substituição de opiáceos nas prisões é referida por 26 dos 30 países monitorizados pelo EMCDDA, embora três deles não tenham comunicado quaisquer atividades em 2013. Globalmente, afigura-se que o nível de cobertura das populações prisionais está a aumentar, refletindo a ampla disponibilidade deste tipo de intervenção na comunidade. Podem existir, porém, restrições de elegibilidade; nomeadamente na República Checa e na Letónia, o tratamento de substituição nas prisões está limitado aos reclusos que já dispunham de prescrição médica antes de darem entrada na prisão. A distribuição de equipamento de consumo injetável esterilizado é menos comum, e só quatro países referem a sua disponibilidade nas prisões.

**Tendo em conta a incidência de problemas de toxicodependência entre os reclusos, a avaliação sanitária à entrada na prisão é uma intervenção importante**

## SAIBA MAIS

## Publicações do EMCDDA

## 2015

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

Drugs policy and the city in Europe, Documentos EMCDDA.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, série Insights.

Drug consumption rooms, Perspetivas sobre drogas.

Psychosocial interventions, Perspetivas sobre drogas.

## 2014

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

Drug policy profiles — Austria, Documentos EMCDDA.

Drug policy profiles — Poland, Documentos EMCDDA.

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

Internet-based drug treatment, Perspetivas sobre drogas.

## 2013

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

Drug policy advocacy organisations, Documentos EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Documentos temáticos.

Drug supply reduction and internal security, Documentos EMCDDA.

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

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

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspetivas sobre drogas.

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

## 2012

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

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

New heroin-assisted treatment, série Insights.

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

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

## 2011

Drug policy profiles: Portugal.

European drug prevention quality standards, Manuais.

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

## 2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monografias.

Treatment and care for older drug users, Temas específicos.

## Publicações conjuntas do EMCDDA e do ECDC

## 2011

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

Todas as publicações estão disponíveis em [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# Anexo

**Os dados nacionais apresentados  
no presente anexo são extraídos,  
e constituem um subconjunto,  
do Boletim Estatístico, do EMCDDA,  
onde estão disponíveis mais dados,  
anos, notas e metadados**

## QUADRO A1

## OPIÁCEOS

	Estimativa do consumo problemático de droga	Indicador da procura de tratamento, droga principal						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 o iniciam	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os que o iniciam	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	
País	Casos por 1 000	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	Total
Bélgica	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bulgária	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
República Checa	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Dinamarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Alemanha	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Estónia	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Irlanda	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Grécia	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Espanha	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
França	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Croácia	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Itália	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Chipre	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Letónia	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Lituânia	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luxemburgo	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Hungria	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Países Baixos	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Áustria	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Polónia	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugal	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Roménia	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Eslovénia	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Eslováquia	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finlândia	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Suécia	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Reino Unido	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Turquia	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Noruega	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
União Europeia	–	41 (168 102)	18,7 (28 425)	57,1 (109 107)	38,2 (46 285)	28,4 (6 153)	43,3 (37 806)	701 449
União Europeia, Turquia e Noruega	–	41,3 (175 910)	19,9 (30 965)	57,6 (112 109)	30,4 (48 486)	28,5 (6 898)	43,5 (39 262)	737 160

O ano e o método da estimativa para o consumo problemático de opiáceos varia entre os países.

O indicador da procura de tratamento monitoriza os utentes que iniciam tratamento num dado ano.

## QUADRO A2

## COCAÍNA

País	Estimativas da prevalência			Indicador da procura de tratamento, droga principal					
	População em geral		População escolar	Utentes consumidores de cocaína em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de cocaína injetada (principal via de administração)		
	Ao longo da vida, adultos (15–64 anos)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34 anos)	Ao longo da vida, estudantes (15–16 anos)	Todos os que o iniciam	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os utentes	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bulgária	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
República Checa	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Dinamarca	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Alemanha	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Estónia	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Grécia	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Espanha	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
França	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Croácia	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Itália	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Chipre	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Letónia	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituânia	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Hungria	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Países Baixos	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Áustria	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Polónia	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugal	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Roménia	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Eslovénia	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Eslováquia	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finlândia	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Suécia	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Reino Unido	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Turquia	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Noruega	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
União Europeia	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
União Europeia, Turquia e Noruega	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

As estimativas da prevalência na população em geral são derivadas de inquéritos nacionais representativos. O ano e o método do inquérito variam entre os países. As estimativas da prevalência na população escolar são obtidas a partir de inquéritos escolares a nível nacional ou do projeto ESPAD.

## QUADRO A3

## ANFETAMINAS

	Estimativas da prevalência			Indicador da procura de tratamento, droga principal					
	População em geral		População escolar	Utentes consumidores de anfetaminas em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de anfetaminas injetadas (principal via de administração)		
	Ao longo da vida, adultos (15–64 anos)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34 anos)	Ao longo da vida, estudantes (15–16 anos)	Todos os que o iniciam	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os que o iniciam	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
País	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	–	–	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bulgária	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
República Checa	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Dinamarca	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Alemanha	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	–	–	–	–
Estónia	–	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Grécia	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Espanha	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
França	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	–
Croácia	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Itália	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Chipre	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Letónia	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Lituânia	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Hungria	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malta	0,3	–	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Países Baixos	3,1	–	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Áustria	2,5	0,9	–	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Polónia	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugal	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	–
Roménia	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	–	–	–
Eslovénia	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	–	–	–
Eslováquia	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finlândia	2,3	1,6	–	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Suécia	–	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Reino Unido	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Turquia	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Noruega	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	–	–	–	–	–
União Europeia	3,5	1,0	–	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
União Europeia, Turquia e Noruega	–	–	–	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

## QUADRO A4

## ECSTASY

	Estimativas da prevalência			Indicador da procura de tratamento, droga principal		
	População em geral		População escolar	Utentes consumidores de <i>ecstasy</i> em % dos que iniciam tratamento		
	Ao longo da vida, adultos (15–64 anos)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34 anos)	Ao longo da vida, estudantes (15–16 anos)	Todos os que o iniciam	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
País	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bulgária	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
República Checa	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Dinamarca	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Alemanha	2,7	0,9	2	–	–	–
Estónia	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irlanda	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Grécia	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Espanha	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
França	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Croácia	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Itália	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Chipre	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Letónia	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Lituânia	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburgo	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Hungria	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Países Baixos	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Áustria	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Polónia	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugal	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Roménia	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Eslovénia	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslováquia	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlândia	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Suécia	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Reino Unido	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Turquia	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Noruega	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
União Europeia	3,6	1,4	–	0,3 (1 050)	0,4 (583)	0,2 (415)
União Europeia, Turquia e Noruega	–	–	–	0,3 (1 105)	0,4 (624)	0,2 (429)



## QUADRO A5

## CANNABIS

	Estimativas da prevalência			Indicador da procura de tratamento, droga principal		
	População em geral		População escolar	Utentes consumidores de <i>cannabis</i> em % dos que iniciam tratamento		
	Ao longo da vida, adultos (15–64 anos)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34 anos)	Ao longo da vida, estudantes (15–16 anos)	Todos os que o iniciam	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
País	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bulgária	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
República Checa	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Dinamarca	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Alemanha	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Estónia	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Irlanda	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Grécia	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Espanha	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
França	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Croácia	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Itália	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Chipre	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Letónia	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Lituânia	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luxemburgo	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Hungria	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Países Baixos	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Áustria	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Polónia	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugal	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Roménia	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Eslovénia	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Eslováquia	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finlândia	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Suécia	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Reino Unido	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Turquia	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Noruega	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
União Europeia	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
União Europeia, Turquia e Noruega	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

## QUADRO A6

## OUTROS INDICADORES

	Mortes induzidas pela droga (15–64 anos)	Diagnósticos de VIH atribuídos ao consumo de droga injetada (ECDC)	Estimativa do consumo de droga injetada	Seringas distribuídas através de programas especializados
País	Casos por milhão de habitantes (total)	Casos por milhão de habitantes (total)	Casos por 1000 habitantes	Total
Bélgica	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bulgária	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
República Checa	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Dinamarca	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Alemanha	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Estónia	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Irlanda	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Grécia	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Espanha	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
França	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Croácia	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Itália	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Chipre	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Letónia	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Lituânia	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luxemburgo	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Hungria	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Países Baixos	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Áustria	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Polónia	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugal	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Roménia	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Eslovénia	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Eslováquia	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finlândia	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Suécia	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Reino Unido	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 <sup>(1)</sup>
Turquia	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Noruega	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
União Europeia	17,3 (5 804)	2,9 (1 446)	–	–
União Europeia, Turquia e Noruega	16 (6 260)	2,5 (1 458)	–	–

As estimativas do consumo de droga injetada são obtidas por métodos indiretos, variando os anos da estimativa entre os países.

<sup>(1)</sup> Os dados referem-se à Escócia e País de Gales (2013) e à Irlanda do Norte (2012).

## QUADRO A7

## APREENSÕES

	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		Ecstasy	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
País	kg	Total	kg	Total	kg	Total	Comprimidos (kg)	Total
Bélgica	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (–)	1 338
Bulgária	157	32	20	–	193	8	4 169 (29)	–
República Checa	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Dinamarca	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (–)	590
Alemanha	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (–)	2 233
Estónia	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Irlanda	61	690	66	366	23	114	465 083 (–)	464
Grécia	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Espanha	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (–)	2 301
França	570	–	5 612	–	501	–	414 800 (–)	–
Croácia	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Itália	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Chipre	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Letónia	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Lituânia	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luxemburgo	4	127	1	103	5	6	13 (–)	3
Hungria	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malta	1	51	4	115	0	3	30 375 (–)	45
Países Baixos <sup>(1)</sup>	750	–	10 000	–	681	–	–	–
Áustria	80	346	25	992	29	859	5 768 (–)	119
Polónia	49	–	21	–	685	–	45 997 (–)	–
Portugal	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Roménia	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Eslovénia	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Eslováquia	0,2	73	1	23	4	634	47 (–)	17
Finlândia	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (–)	795
Suécia	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Reino Unido <sup>(1)</sup>	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (–)	3 716
Turquia	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (–)	4 274
Noruega	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
União Europeia	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
União Europeia, Turquia e Noruega	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

A designação «anfetaminas» inclui a anfetamina e a metanfetamina.

<sup>(1)</sup> Os dados das apreensões referem-se a 2012.

## QUADRO A7

## APREENSÕES (continuação)

	Resina de <i>cannabis</i>		<i>Cannabis</i> herbácea		Plantas de <i>cannabis</i>	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
País	kg	Total	kg	Total	Plantas (kg)	Total
Bélgica	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (–)	1 212
Bulgária	5	9	579	69	18 126 (24)	11
República Checa	1	28	735	875	73 639 (–)	361
Dinamarca	3 292	11 030	394	1 896	– (5634)	645
Alemanha	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (–)	2 026
Estónia	109	24	51	524	– (16)	42
Irlanda	677	367	1 102	1 770	6 309 (–)	427
Grécia	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Espanha	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (–)	2 305
França	70 918	–	4 758	–	141 374 (–)	–
Croácia	5	359	1 047	4 171	3 957 (–)	213
Itália	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (–)	1 227
Chipre	1	16	99	849	403 (–)	62
Letónia	106	28	29	412	– (344)	31
Lituânia	1 088	11	124	199	– (–)	–
Luxemburgo	8	81	11	832	8 (–)	6
Hungria	5	103	863	2 040	5 307 (–)	196
Malta	1	71	10	85	27 (–)	3
Países Baixos <sup>(1)</sup>	2 200	–	12 600	–	1 218 000 (–)	–
Áustria	130	1 512	1 432	8 270	– (196)	327
Polónia	208	–	1 243	–	69 285 (–)	–
Portugal	8 681	3 087	96	559	8 462 (–)	354
Roménia	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Eslovénia	0,5	73	810	3 673	9 515 (–)	212
Eslováquia	0,0	21	81	1 307	1 039 (–)	32
Finlândia	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Suécia	1 160	6 937	928	9 221	– (–)	–
Reino Unido <sup>(1)</sup>	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (–)	15 846
Turquia	94 279	5 331	180 101	60 742	– (–)	3 706
Noruega	2 283	11 875	491	5 444	– (159)	386
União Europeia	463 831	239 781	126 455	431 024	3 742 184 (6 387)	29 625
União Europeia, Turquia e Noruega	560 393	256 987	307 047	497 210	3 742 184 (6 546)	33 717

<sup>(1)</sup> Os dados relativos às apreensões referem-se a 2012, com exceção do número de plantas de *cannabis* apreendidas nos Países Baixos que se referem a 2013.

## COMO OBTER PUBLICAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA

### **Publicações gratuitas**

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

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

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

### **Publicações pagas**

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



## Acerca do presente relatório

O relatório Tendências e evoluções apresenta uma panorâmica de alto nível do fenómeno da droga na Europa, abrangendo a oferta e o consumo de droga e os problemas de saúde pública, bem como as políticas de luta contra a droga e as respostas ao problema das drogas. Em conjunto com o Boletim Estatístico, as Panorâmicas por país e as Perspetivas sobre as drogas, disponíveis em linha, fazem parte do pacote que constitui o Relatório Europeu sobre Drogas 2015.

## Acerca do EMCDDA

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

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

