



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

PT

ISSN 2314-9175

Relatório Europeu sobre Drogas

Tendências e evoluções

2014



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Relatório Europeu sobre Drogas

Tendências e evoluções

2014

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.

Encontra-se à disposição na Internet uma grande quantidade de informações adicionais sobre a União Europeia. Pode aceder à mesma através do servidor Europa (<http://europa.eu>).

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

(*) Alguns operadores de telefonia móvel não permitem o acesso aos números iniciados por 00 800 ou cobram essas chamadas.

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 e sueco. Todas as traduções foram efetuadas pelo Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia.

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação.

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2014

ISBN: 978-92-9168-707-7

doi:10.2810/3792

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2014
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 | www.emcdda.europa.eu

| Índice

5	Prefácio
9	Nota introdutória e agradecimentos
11	SÍNTESE Identificar o impacto das drogas na saúde pública num mercado europeu em mutação
17	CAPÍTULO 1 Oferta de droga
33	CAPÍTULO 2 Consumo de droga e problemas conexos
53	CAPÍTULO 3 Respostas sanitárias e sociais para problemas relacionados com drogas
67	CAPÍTULO 4 Políticas em matéria de drogas
73	ANEXO Quadros de dados nacionais

Prefácio

O Relatório Europeu sobre Drogas 2014 do EMCDDA apresenta uma nova análise da situação em matéria de droga, acompanhada de uma panorâmica das evoluções sofridas pelas intervenções e políticas neste domínio. Baseado num exame exaustivo dos dados europeus e nacionais, o pacote do Relatório Europeu sobre Drogas é constituído por uma série de produtos interligados em cujo centro figura o relatório *Tendências e evoluções*. A abordagem adotada é multidimensional, sendo feita uma análise aprofundada dos temas fundamentais em paralelo com uma cuidada panorâmica das principais questões e tendências a longo prazo. Trata-se de uma perspetiva muito útil na medida em que permite compreender as diversas experiências nacionais inserindo-as no contexto mais geral oferecido pelos dados a nível europeu. Estamos certos de que, quaisquer que sejam os aspetos da situação europeia em matéria de droga que interessem especificamente a cada leitor, este novo pacote lhe permitirá aceder facilmente a informações e análises de alta qualidade num formato adequado às suas necessidades.

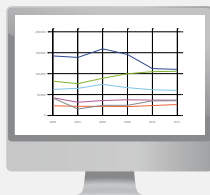
PACOTE DO RELATÓRIO EUROPEU SOBRE DROGAS 2014

Um conjunto de elementos interligados através dos quais poderá aceder a todos os dados e análises disponíveis sobre o problema da droga na Europa



Tendências e evoluções

Um relatório que lhe apresenta uma análise minuciosa das principais evoluções (impresso e em linha)



Dados e estatísticas

Com séries de dados completas, gráficos e informação metodológica (em linha)



Panorâmicas por país

Dados e análises nacionais diretamente ao seu dispor (em linha)



Perspetivas sobre drogas

Janelas interativas sobre as questões fundamentais (em linha)

Progredimos no desenvolvimento de uma resposta política equilibrada aos problemas de droga na Europa: esta é uma mensagem importante da análise este ano apresentada. Em algumas áreas fundamentais da saúde pública já se observam tendências globais positivas e o modelo europeu parece estar a ser bem-sucedido, em termos relativos à escala mundial. Mas o fenómeno da droga é dinâmico e continua a evoluir, não deixando margem para complacência, visto estarem a surgir novas ameaças que vêm juntar-se aos problemas residuais e há muito existentes. As drogas da atualidade são, em muitos aspetos, diferentes das que conhecíamos no passado. Isto é visível nas drogas tradicionais, sendo a *cannabis* um exemplo notório em que as novas técnicas de produção estão a afetar a potência tanto da resina como dos produtos herbáceos. É também patente na produção de drogas sintéticas, com o surgimento de uma grande variedade de substâncias novas. Deve ser para nós motivo de grande preocupação o recente aparecimento de novas substâncias opiáceas e alucinogénicas sintéticas, tão ativas do

ponto de vista farmacológico que, mesmo em quantidades diminutas, podem ser utilizadas para produzir múltiplas doses. Ainda só temos uma pálida ideia das implicações que estas evoluções terão futuramente em termos de saúde pública e de controlo da droga, mas não subsistem dúvidas de que parecem ser capazes de transformar a própria essência dos problemas que hoje enfrentamos.

O mercado de droga europeu não só está a sofrer grandes alterações como estas ocorrem num ritmo cada vez mais rápido e no contexto de um mundo cada vez mais interligado. O EMCDDA reconhece o carácter global e dinâmico do objeto do seu trabalho e dos desafios por ele suscitados. Além do mais, estas evoluções sujeitam os nossos sistemas de monitorização a uma pressão crescente, sendo essencial garantir que os nossos mecanismos de vigilância mantêm a sua eficácia. Há quase duas décadas, a Europa foi pioneira na criação de um sistema de alerta rápido para identificar as novas ameaças potenciais neste domínio. Esse sistema já deu provas da sua utilidade, mas, de um modo geral, a nossa capacidade forense para identificar e comunicar as consequências das substâncias novas e tradicionais para a saúde pública ainda é insuficiente. Não podemos deixar de alertar para a importância de garantir a disponibilização de recursos suficientes para prosseguir e reforçar este trabalho e realçar o valor acrescentado que ele proporciona à comunidade europeia em geral.

Queremos, por último, expressar o nosso orgulho na análise exaustiva que poderão encontrar no Relatório Europeu sobre Drogas e no facto de o nosso trabalho continuar a proporcionar um sólido alicerce científico à formulação das políticas e respostas europeias. Estamos mais do que nunca convictos da sua importância e não nos pouparemos a esforços para continuar a fornecer uma análise atualizada, objetiva e equilibrada do atual fenómeno da droga em toda a sua complexidade e constante mudança.

João Goulão

Presidente do Conselho de Administração do EMCDDA

Wolfgang Götz

Diretor, 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.

Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2012 ou ao último ano disponível. Os valores europeus totais e relativos às tendências baseiam-se nos países que forneceram dados suficientes e relevantes para o período em causa. A análise dos dados teve como prioridades os níveis, as tendências e a distribuição geográfica. As advertências técnicas necessárias e as qualificações dos dados podem ser consultadas na versão inglesa do presente relatório disponível *online*, e no *European Drug Report: Data and Statistics* (Relatório Europeu sobre Drogas: dados e estatísticas), que contém informações sobre a metodologia, os países que forneceram dados e os anos de referência. A versão *online* faculta ainda ligações a outros recursos.

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 responsáveis e pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- | os serviços e peritos que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram os 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, a *Missing Element Designers* e a *Composiciones Rali*.

Pontos focais nacionais da Reitox

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

Síntese

O presente relatório apresenta uma cuidada panorâmica das tendências e evoluções a longo prazo na Europa, sem descurar os mais recentes problemas relacionados com a droga

Identificar o impacto das drogas na saúde pública num mercado europeu em mutação

As principais conclusões da nova análise do EMCDDA do fenómeno europeu das drogas não se afastam das do relatório de 2013: a situação geral é essencialmente estável, com sinais positivos em algumas áreas, embora novos desafios surjam incessantemente. A antiga dicotomia entre um número relativamente pequeno de consumidores de droga, frequentemente injetada, muito problemáticos e um grande número de consumidores recreativos e experimentais está a diluir-se e a ser substituída por uma situação menos extremada e mais complexa. No problema da droga na Europa, a heroína desempenha atualmente um papel muito menos importante do que aquele que já desempenhou no passado, enquanto os estimulantes, as drogas sintéticas, a *cannabis* e os medicamentos adquirem cada vez maior importância.

Numa perspetiva de conjunto, observamos que foram realizados progressos em muitos dos objetivos de saúde pública estabelecidos no passado. Mas uma perspetiva europeia pode ocultar diferenças nacionais muito significativas, como se pode confirmar através dos dados relativos às mortes por *overdose* e às infeções por VIH relacionadas com o consumo de droga, duas das mais graves consequências deste consumo. Neste domínio, uma tendência globalmente positiva a nível da União contrasta gritantemente com a evolução preocupante observada em alguns países. Reconhecendo esta complexidade, o presente relatório apresenta uma panorâmica abrangente das tendências e evoluções a longo prazo na Europa, sem descuidar os problemas emergentes relacionados com a droga.

Declínio da heroína, mas as substâncias de substituição causam preocupação

Embora as estimativas de produção de heroína a nível mundial permaneçam elevadas e a Turquia tenha registado um aumento parcial das apreensões, de um modo geral, os indicadores relativos à heroína mantêm-se estáveis ou tendem a diminuir. Estes indicadores incluem dados que revelam uma descida contínua da procura de tratamento por parte de consumidores de heroína, a par de tendências gerais e a longo prazo para a diminuição do número de mortes por *overdose* e de infeções por VIH relacionadas com o consumo desta droga – ambas historicamente associadas ao consumo de heroína injetada. Contudo, alguns dados nacionais põem em causa esta evolução positiva. Surtos recentes de VIH entre

consumidores de droga na Grécia e na Roménia, bem como problemas detetados nos países bálticos, têm moderado os progressos da Europa na redução do número de novas infeções relacionadas com drogas. Em parte, esta situação parece estar associada à substituição da heroína por outras substâncias, incluindo opiáceos e estimulantes sintéticos. Além disso, a ausência de intervenções suficientes destinadas a reduzir a procura, em especial no que se refere à oferta de tratamentos, e de medidas de redução dos danos pode ser igualmente um fator importante. Por outro lado, é igualmente preocupante o facto de um recente exercício de avaliação de riscos conjunto do EMCDDA–ECDC ter identificado uma série de outros países europeus em que os indicadores de comportamento ou de resposta sugerem um risco potencial elevado de futuros danos e problemas de saúde.

Múltiplas substâncias identificadas em mortes relacionadas com o uso de drogas

A *overdose* de droga continua a ser uma importante causa de mortalidade evitável entre os jovens europeus; contudo, nos últimos anos, foram feitos progressos no sentido de reduzir este problema. Estes progressos podem ser parcialmente explicados por um reforço das respostas e por uma redução dos comportamentos de risco. Contrariando as tendências gerais, numa série de países, principalmente no norte da Europa, as mortes por *overdose* permanecem relativamente elevadas e estão a aumentar.

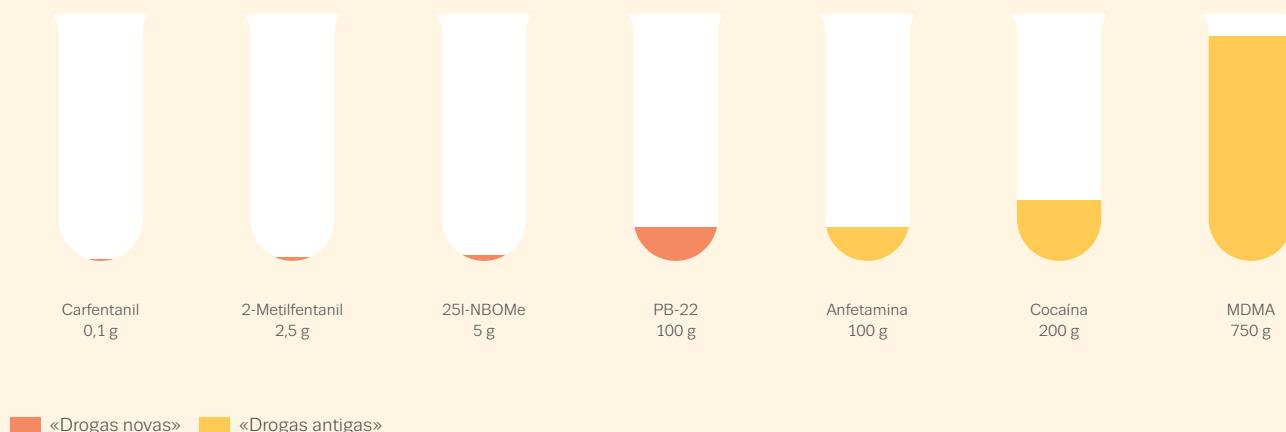
Enquanto, de um modo geral, as mortes relacionadas com o consumo de heroína estão a diminuir, as mortes

relacionadas com o consumo de opiáceos sintéticos estão a aumentar, superando já, em alguns países, as atribuídas ao consumo de heroína. As taxas excepcionalmente elevadas de mortes por *overdose* de droga notificadas pela Estónia, por exemplo, estão associadas ao consumo de fentanil, uma família de opiáceos sintéticos extremamente potentes. Em 2013, o EMCDDA continuou a receber notificações de fentanil controlados e não controlados que surgem no mercado das drogas europeu. As drogas notificadas ao sistema de alerta rápido da UE em 2013 incluíam um fentanil nunca antes visto no mercado das drogas da União. A identificação destas substâncias representa um desafio, porquanto podem estar presentes em amostras toxicológicas em quantidades muito pequenas.

Novas substâncias psicoativas: sem sinais de recuo

A maior parte das *overdoses* ocorre com indivíduos que consumiam diversas substâncias, o que dificulta a atribuição da causa da morte. Com o contínuo lançamento de novas substâncias psicoativas no mercado das drogas, é inevitável a preocupação de que possam não ser detetadas substâncias novas ou obscuras suscetíveis de provocar a morte. A elevada potência de algumas substâncias sintéticas dificulta ainda mais a sua deteção, dado que estão presentes no sangue em concentrações muito baixas. A emergência de substâncias sintéticas extraordinariamente potentes tem igualmente implicações ao nível da aplicação da lei, na medida em que mesmo pequenas quantidades destas drogas podem dar origem a inúmeras doses (Figura).

QUE QUANTIDADE DE DROGA PURA É NECESSÁRIA PARA PRODUZIR 10 000 DOSES?



Em 2013, foram notificadas através do sistema de alerta rápido da União Europeia 81 novas substâncias psicoativas, elevando para mais de 350 o número de substâncias sob vigilância. Foram lançadas avaliações formais de riscos relativamente a substâncias suspeitas de causar danos significativos a nível europeu. Foram realizadas avaliações de riscos de duas substâncias em 2013 e de mais quatro substâncias em abril de 2014, estando previstas novas avaliações. Ora, isto significa que, numa altura em que está a ser discutida nova legislação da União sobre esta matéria, o sistema de alerta rápido está sob pressão crescente devido ao volume e à variedade de substâncias que são lançadas no mercado.

As notificações de efeitos adversos, como óbitos e intoxicações agudas, são fundamentais para o bom funcionamento do sistema de alerta rápido. Não obstante, são poucos os países que possuem sistemas de vigilância rigorosos para emergências médicas relacionadas com o consumo de drogas. As notificações neste domínio não estão normalizadas ao nível da União e a ausência de um acompanhamento sistemático nesta área equivale a um «ângulo morto» na vigilância europeia de ameaças emergentes para a saúde, como o comprova a dificuldade em determinar as implicações a nível europeu das notificações de reações graves ao consumo de canabinoides sintéticos reportadas por alguns países.

Cannabis: controvérsias, contrastes e contradições

Dados da União Europeia relativos às atitudes dos cidadãos sugerem que a *cannabis* é a droga em relação à qual a opinião pública se encontra mais dividida. Estas divergências têm alimentado um animado debate público, que recentemente foi avivado pelos desenvolvimentos internacionais sobre o controlo da oferta e do consumo de *cannabis*, nomeadamente pelas alterações legislativas em alguns estados dos Estados Unidos e em certos países da América Latina.

Na Europa, contrariamente à evolução observada noutras partes do mundo, o consumo de *cannabis*, parece ter estabilizado ou tender mesmo a diminuir, especialmente nas faixas etárias mais jovens. A situação não é, contudo, uniforme: vários países habitualmente com uma baixa prevalência registaram aumentos recentes no consumo.

Num relance - estimativas do consumo de droga na União Europeia

Cannabis
73,6 milhões de pessoas ou 21,7 % dos adultos (15–64) consumiram <i>cannabis</i> pelo menos uma vez na vida
18,1 milhões de pessoas ou 5,3 % dos adultos (15–64) consumiram <i>cannabis</i> no último ano
14,6 milhões de pessoas ou 11,2 % dos jovens adultos (15–34) consumiram <i>cannabis</i> no último ano
0,4 % e 18,5 %: a mais baixa e a mais alta estimativa nacional da proporção de jovens adultos que consumiram <i>cannabis</i> no último ano
Cocaína
14,1 milhões de pessoas ou 4,2 % dos adultos (15–64) consumiram cocaína pelo menos uma vez na vida
3,1 milhões de pessoas ou 0,9 % dos adultos (15–64) consumiram cocaína no último ano
2,2 milhões de pessoas ou 1,7 % dos jovens adultos (15–34) consumiram cocaína no último ano
0,2 % e 3,6 %: a mais baixa e a mais alta estimativa nacional da proporção de jovens adultos que consumiram cocaína no último ano
Anfetaminas
11,4 milhões de pessoas ou 3,4 % dos adultos (15–64) consumiram anfetaminas pelo menos uma vez na vida
1,5 milhões de pessoas ou 0,4 % dos adultos (15–64) consumiram anfetaminas no último ano
1,2 milhões de pessoas ou 0,9 % dos jovens adultos (15–34) consumiram anfetaminas no último ano
0,0 % e 2,5 %: a mais baixa e a mais alta estimativa nacional da proporção de jovens adultos que consumiram anfetaminas no último ano
Ecstasy
10,6 milhões de pessoas ou 3,1 % dos adultos (15–64) consumiram <i>ecstasy</i> pelo menos uma vez na vida
1,6 milhões de pessoas ou 0,5 % dos adultos (15–64) consumiram <i>ecstasy</i> no último ano
1,3 milhões de pessoas ou 1,0 % dos jovens adultos (15–34) consumiram <i>ecstasy</i> no último ano
0,1 % e 3,1 %: a mais baixa e a mais alta estimativa nacional da proporção de jovens adultos que consumiram <i>ecstasy</i> no último ano
Opiáceos
1,3 milhões de consumidores problemáticos de opiáceos (15–64)
3,5 % das mortes de europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos são devidas a <i>overdoses</i> de droga os opiáceos estão presentes em cerca de três quartos das <i>overdoses</i> fatais
Droga principal em cerca de 45 % do total de pedidos de tratamento da toxicod dependência na União Europeia
700 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2012

NB: ver conjunto completo de dados e informações sobre a metodologia utilizada no *European Drug Report: Data and statistics* (Relatório Europeu sobre Drogas: dados e estatísticas) [online](#).

Contrastando com um debate político caracterizado pela discussão de opções legislativas, a abordagem prática concentra-se, antes de mais, na definição de medidas capazes de responder aos problemas sociais e aos danos associados à produção e ao consumo de *cannabis*. Começam a compreender-se melhor as implicações para a saúde dos diferentes padrões de consumo de *cannabis*. A disponibilidade e a adesão aos tratamentos para o consumo problemático de *cannabis* aumentaram, embora o número de consumidores de *cannabis* que iniciam o tratamento especializado da toxicodependência tenha estabilizado. A *cannabis* é agora a droga mais frequentemente referida para ajuda pelos utentes que iniciam o tratamento da toxicodependência pela primeira vez. Começa igualmente a compreender-se melhor aquilo que constitui uma resposta eficaz neste domínio, estando os países a investir numa vasta gama de serviços, que vão de sessões de apoio intensivo com a participação de membros da família a intervenções breves realizadas através da Internet.

Sensivelmente desde 2000, muitos países reduziram a gravidade das penas aplicadas por consumo ou posse de *cannabis*. Em termos mais gerais, o debate europeu sobre o controlo da *cannabis* tem-se focado mais na oferta e no tráfico do que propriamente no consumo. Não obstante – e contraditoriamente – o número total de penas por posse e consumo de *cannabis* aplicadas tem vindo a aumentar consistentemente há quase uma década.

O carácter cada vez mais dinâmico, mundial e inovador do moderno mercado das drogas é igualmente ilustrado pelo ressurgimento de pós e comprimidos de *ecstasy* de alta qualidade

Produção e oferta de droga: atividade principal da criminalidade organizada

A dimensão do mercado da *cannabis*, aliada ao aumento da produção interna, levou a um crescente reconhecimento da importância da droga enquanto geradora de receitas para grupos de criminalidade organizada. Presentemente, é prestada mais atenção aos custos sociais inerentes, que incluem violência e outras formas de infração, bem como à pressão que o policiamento dos locais de produção de droga coloca sobre as forças de segurança.

Tanto a nível internacional como na União Europeia, têm sido associados à produção de *cannabis* grupos de criminalidade organizada do sudeste asiático, entre outros. São motivo de preocupação os sinais de que estes grupos estarão a diversificar a sua atividade com a produção e a venda de metanfetaminas em partes da Europa Central, o que reflete uma tendência mais geral já observada na recente análise do mercado das drogas efetuada pelo EMCDDA e a Europol: os grupos criminosos estão a adotar uma abordagem multiprodutos, mais oportunista e mais interligada. Esta mudança de abordagem está patente na transferência dos grupos criminosos historicamente envolvidos no comércio da heroína para o tráfico de cocaína e metanfetaminas na União Europeia, através das rotas utilizadas para a heroína.

O relatório de 2014 alerta para indícios de uma oferta crescente de metanfetaminas na Europa. Para além de ser produzida internamente, na Europa Central e do norte, esta droga é igualmente produzida no Médio Oriente, de onde é por vezes importada na União Europeia para ser reexportada para os países do sudeste asiático. Contudo, uma parte crescente desta produção é igualmente comercializada na Europa. Novos relatos de casos de consumo de metanfetaminas fumadas na Grécia e na Turquia são particularmente preocupantes, devido aos potenciais riscos para a saúde associados a esta forma de consumo da droga.

O carácter cada vez mais dinâmico, mundial e inovador do moderno mercado das drogas é igualmente ilustrado pelo ressurgimento de pós e comprimidos de *ecstasy* de alta qualidade na União Europeia e noutras regiões. Aparentemente, tal resulta da importação por produtores ilegais de produtos químicos não controlados ou «dissimulados» para o fabrico da droga. Recentemente, a Europol constatou o desmantelamento na Bélgica das duas maiores instalações de produção de droga alguma vez localizadas na União Europeia, com capacidade para produzir em muito pouco tempo grandes quantidades de MDMA (3,4-metilenedioxi-metanfetamina). As apreensões

e as notificações de efeitos adversos para a saúde levaram a Europol e a EMCDDA a emitir uma advertência conjunta sobre a disponibilidade no mercado de produtos extremamente potentes contendo MDMA.

Um mercado de estimulantes volátil

Resta saber se o aumento do teor de MDMA dos comprimidos de *ecstasy* irá suscitar um interesse renovado dos consumidores por esta droga. O mercado europeu dos estimulantes ilícitos afigura-se relativamente estável, continuando a cocaína a ser o estimulante de eleição nos países da Europa ocidental e meridional, enquanto as anfetaminas ocupam a primeira posição nos países da Europa setentrional e oriental. Os indicadores relativos ao consumo da cocaína e das anfetaminas apontam para uma tendência global para a diminuição.

O significado das diferenças geográficas no mercado europeu dos estimulantes é apoiado por novos estudos das águas residuais, que são cada vez mais capazes de fornecer dados sobre o comportamento em matéria de consumo de droga a nível urbano e em contextos específicos.

A disponibilidade é um fator determinante no consumo de estimulantes. A escassez de uma droga pode levar os consumidores a experimentar outra substância, que será escolhida tendo em conta, nomeadamente, o preço e a perceção da sua qualidade, como tem acontecido em contextos recreativos e entre consumidores de droga injetada. Presentemente, o mercado dos estimulantes está inundado por um número crescente de produtos, entre os quais catinonas sintéticas, metanfetaminas, anfetaminas, *ecstasy* e cocaína.

Custos a longo prazo do tratamento dos problemas relacionados com a droga

A Europa enfrenta o duplo desafio de encontrar respostas eficazes para os problemas emergentes e de, simultaneamente, continuar a responder às necessidades de tratamento de longa duração dos consumidores de droga.

O presente relatório destaca as mudanças e a emergência de novos padrões em matéria de epidemiologia e de respostas. Todavia, a maior parte dos custos relacionados com o tratamento da toxicodependência continuam a advir de problemas que têm a sua origem na «epidemia» de heroína das décadas de 1980 e 1990. Embora a iniciação ao consumo de heroína possa estar a diminuir, a

dependência da heroína, caracterizada por um modelo de doença crónica com recaídas e tratamentos cíclicos, continua a ser o principal foco de intervenção. A União Europeia realizou um investimento considerável para oferecer a oportunidade de tratamento a este grupo, estimando-se que estejam atualmente em tratamento de substituição de opiáceos 750 000 pessoas. É difícil negar os benefícios desta intervenção para a saúde pública, bem como para o enfraquecimento do mercado das drogas ilícitas. A Europa tem agora de cuidar de uma coorte de antigos e atuais consumidores de heroína em envelhecimento, muitos dos quais são socialmente desfavorecidos ou mesmo excluídos. Neste contexto, a recuperação e reintegração social suscitam um interesse crescente a nível das políticas. Acresce que, à medida que esta população envelhece, tende a aumentar a sua vulnerabilidade a uma série de problemas de saúde.

1

**São notificadas anualmente
na Europa cerca de um milhão
de apreensões de drogas ilícitas**

Oferta de droga

A Europa é um importante destino para as substâncias controladas, desempenhando também um papel limitado como ponto de trânsito de drogas destinadas a outras regiões. A América Latina, a Ásia ocidental e o norte de África são importantes zonas de origem das drogas que entram na Europa. A Europa é igualmente uma região produtora de *cannabis* e de drogas sintéticas. Embora praticamente toda a *cannabis* produzida na Europa se destine ao consumo local, algumas drogas sintéticas são fabricadas com vista à exportação para outras regiões.

A disponibilidade de «novas substâncias psicoativas» que não são controladas ao abrigo dos tratados internacionais de controlo da droga constitui uma evolução relativamente nova nos mercados de droga europeus. Geralmente produzidas no exterior da Europa, estas substâncias podem ser obtidas através de lojas na Internet e de lojas especializadas, além de serem, por vezes, vendidas no mercado das drogas ilícitas.

Monitorização da oferta de droga

A análise apresentada nesta secção baseia-se em dados provenientes de várias fontes: apreensões de droga, desmantelamento de instalações de produção de drogas, apreensões de substâncias químicas precursoras, infrações relacionadas com a oferta de droga, preços de venda a retalho das drogas e análises forenses das drogas apreendidas. No *European Drug Report: Data and statistics* (Relatório Europeu sobre Drogas: dados e estatísticas) *online* podem consultar-se os dados completos e as 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.

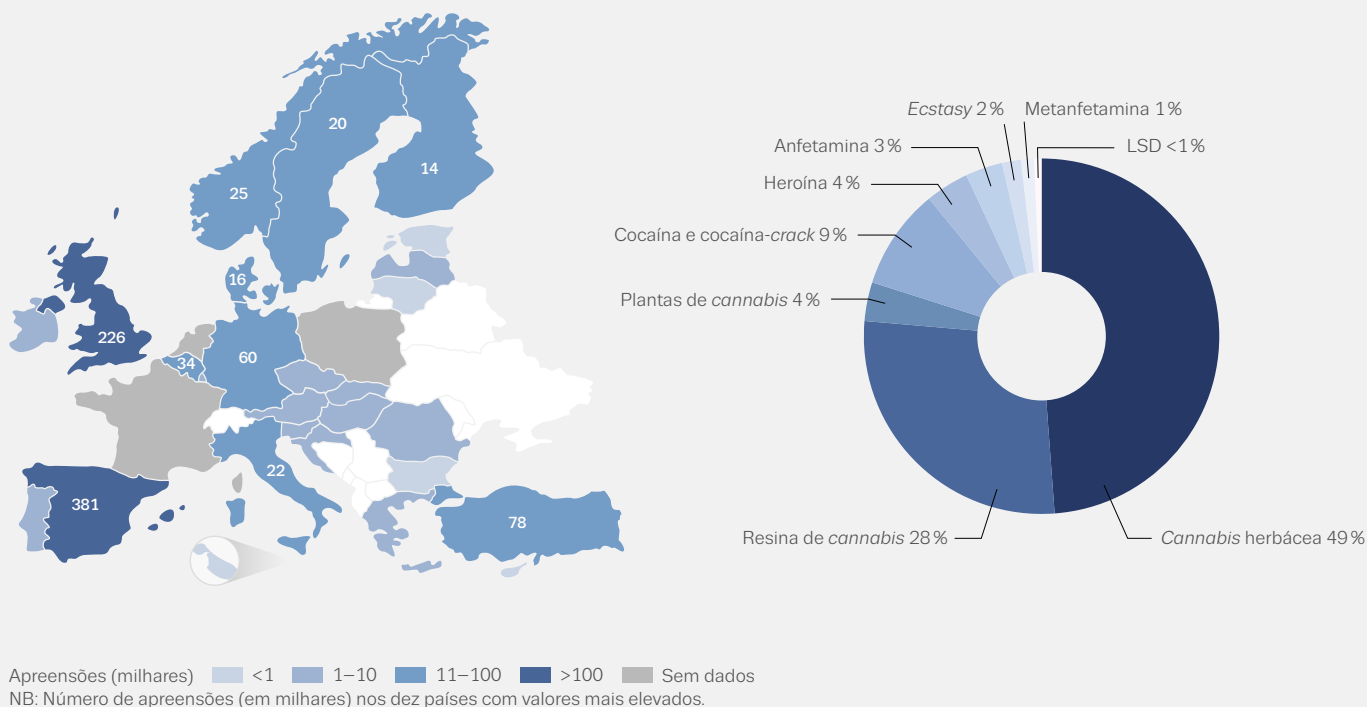
Os dados relativos às novas substâncias psicoativas baseiam-se nas notificações feitas ao sistema de alerta rápido da União Europeia, que depende dos dados fornecidos pelas redes nacionais do EMCDDA e da Europol. Uma descrição completa desse sistema encontra-se disponível no sítio do EMCDDA, sob a rubrica *Action on new drugs* (Medidas relativas a novas drogas).

80 % das apreensões realizadas na Europa são de *cannabis*

São notificadas anualmente na Europa cerca de um milhão de apreensões de drogas ilícitas. Na maioria dos casos, trata-se de pequenas quantidades de droga apreendidas a consumidores, mas este total inclui igualmente carregamentos de vários quilos apreendidos a traficantes e produtores.

FIGURA 1.1

Número de apreensões notificadas por país (esquerda) e proporção das apreensões relativas às principais drogas (direita) em 2012



Em 2012, apenas dois países, a Espanha e o Reino Unido, foram responsáveis por dois terços das apreensões realizadas na União Europeia. Apreensões menores mas, não obstante, significativas, foram notificadas pela Alemanha, Bélgica, Itália e quatro países nórdicos (Figura 1.1). Importa notar que não estão disponíveis dados recentes relativos a três países que no passado comunicaram números de apreensões consideráveis. Além disso, a Turquia é outro país importante no que respeita à apreensão de drogas, destinando-se algumas das drogas intercetadas ao consumo noutros países, tanto da Europa como do Médio Oriente.

Mais de 80 % das apreensões realizadas na Europa são de *cannabis* (Figura 1.1), o que reflete a relativamente elevada prevalência do seu consumo. A cocaína figura em segundo lugar na tabela geral, com cerca do dobro das apreensões notificadas para as anfetaminas e a heroína. O número de apreensões de *ecstasy* é menor, mas tem vindo a aumentar nos últimos anos.

Mais de 80 % das apreensões realizadas na Europa são de cannabis, o que reflete a relativamente elevada prevalência do seu consumo

Cannabis: oferta crescente de produtos herbáceos

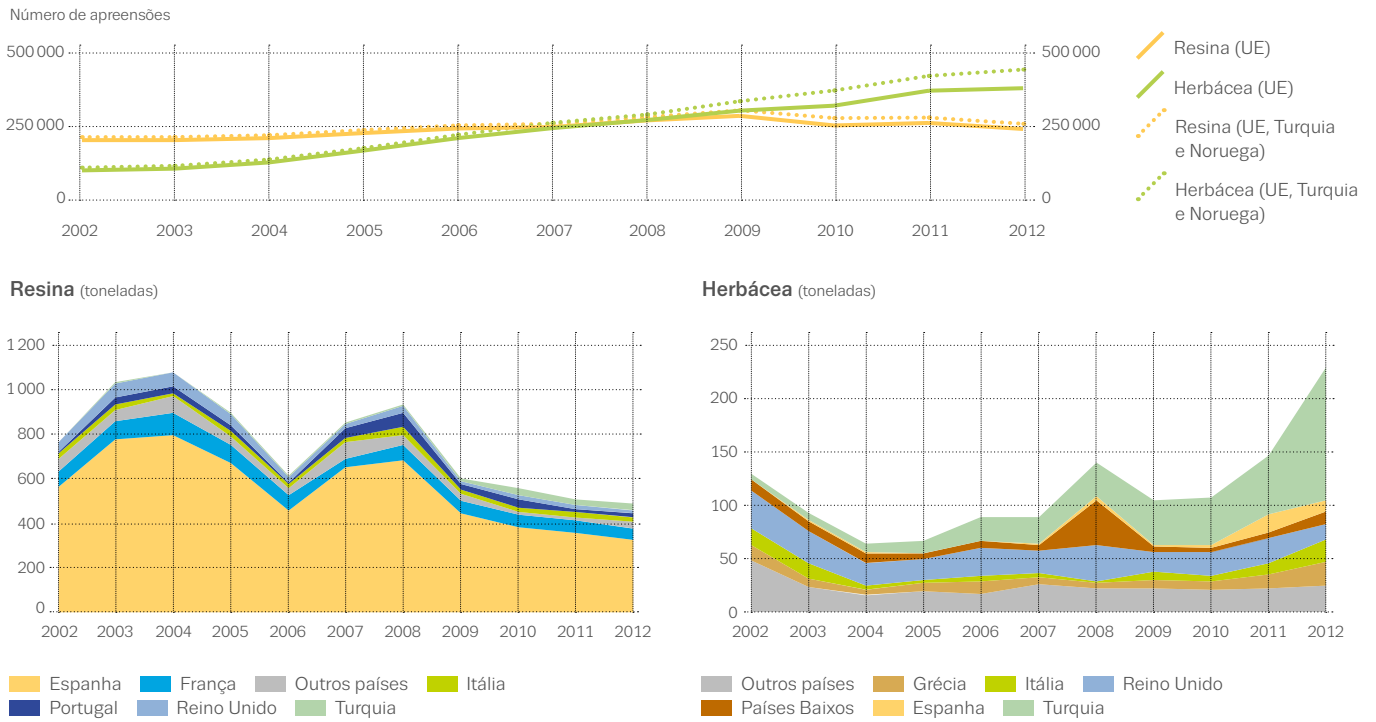
No mercado da droga europeu, encontram-se normalmente dois produtos de *cannabis* distintos: a *cannabis* herbácea («marijuana») e a resina de *cannabis* («haxixe»). O consumo anual destes produtos pode ser estimado aproximadamente em cerca de 2 000 toneladas.

A *cannabis* herbácea comercializada 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.

Nos últimos dez anos, as apreensões de *cannabis* herbácea ultrapassaram as de resina de *cannabis*, representando agora quase dois terços do total de apreensões desta droga (Figura 1.2). Este facto reflete a crescente disponibilidade de *cannabis* herbácea produzida a nível interno em muitos países. Contudo, a quantidade de resina de *cannabis* apreendida na União Europeia, embora tenha diminuído nos últimos anos, é ainda muito superior à de *cannabis* herbácea (457 toneladas contra 105 toneladas, em 2012). Esta diferença no volume de apreensões poderá ser explicada pelo facto de a resina de *cannabis* ser transportada através de maiores distâncias geográficas e ter de atravessar fronteiras, o que a torna mais vulnerável às medidas de combate ao tráfico de droga.

FIGURA 1.2

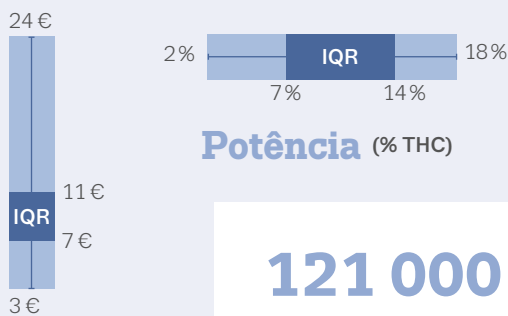
Número de apreensões de *cannabis* e quantidade apreendida em toneladas: resina e herbácea, 2002–2012



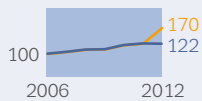
CANNABIS

Resina

457 toneladas apreendidas **240 000** apreensões
486 toneladas apreendidas (UE + 2) **258 000** apreensões (UE + 2)



Preço (EUR/g)



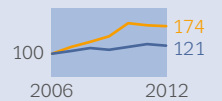
Índices de preço e potência

Herbácea

105 toneladas apreendidas **395 000** apreensões
230 toneladas apreendidas (UE + 2) **457 000** apreensões (UE + 2)

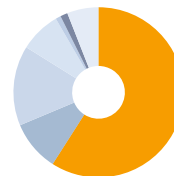


Preço (EUR/g)



Índices de preço e potência

121 000 infrações comunicadas relacionadas com a oferta de *cannabis*
59% de infrações comunicadas relacionadas com a oferta

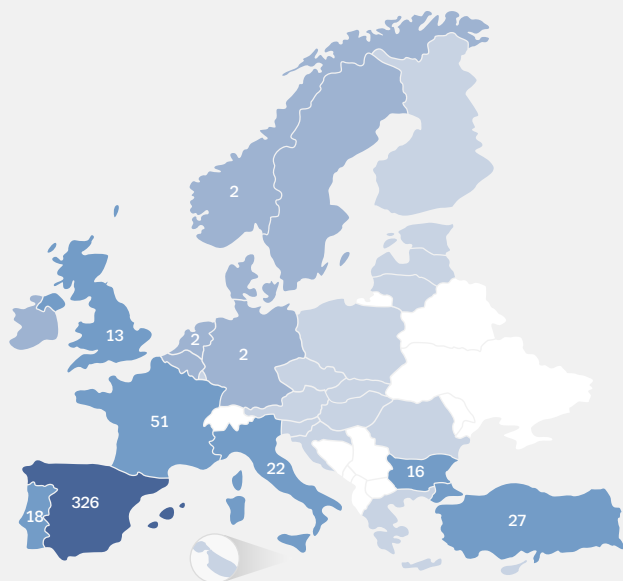


UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da União Europeia, Turquia e Noruega. Preço e potência dos produtos de *cannabis*: valores médios – nacionais mínimo, máximo e intervalo interquartilício (IQR). Os países abrangidos variam consoante o indicador.

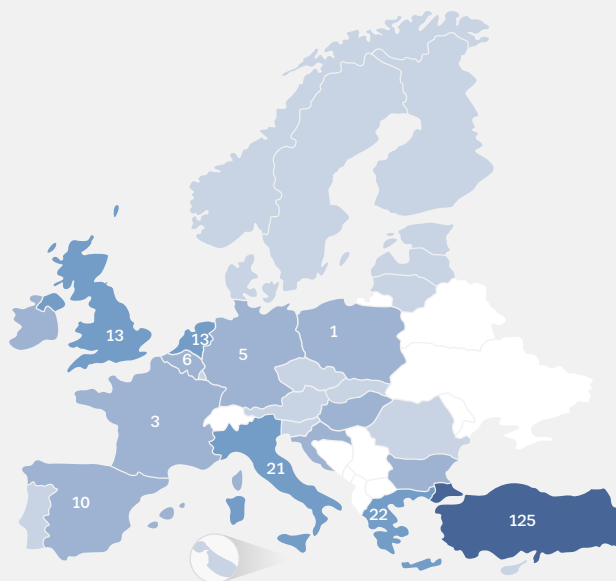
FIGURA 1.3

Quantidade de resina de *cannabis* e de *cannabis* herbácea apreendida, 2012

Resina



Herbácea



Toneladas <1 1–10 11–100 >100

NB: Quantidades apreendidas (em toneladas) nos dez países com valores mais elevados.

Em termos de quantidades apreendidas, um pequeno número de países responde por quantidades desproporcionadamente elevadas, em parte devido ao facto de estarem situados em importantes rotas de tráfico (Figuras 1.2 e 1.3). A Espanha, por exemplo, devido à sua grande proximidade de Marrocos e ao seu importante mercado interno, notificou em 2012 cerca de dois terços da quantidade total de resina de *cannabis* apreendida na Europa. Quanto à *cannabis* herbácea, tanto a Grécia como a Itália comunicaram um recente e substancial aumento das quantidades apreendidas. Desde 2007, a Turquia tem apreendido maiores quantidades de *cannabis* herbácea do que qualquer Estado-Membro da União; em 2012, apreendeu mais do dobro da quantidade apreendida em 2011.

Pode considerar-se que as apreensões de plantas de *cannabis* constituem um indicador da produção a nível interno, embora a qualidade dos dados disponíveis neste domínio dificulte a sua comparação. Em 2012, foram notificadas 33 000 apreensões de plantas de *cannabis* na Europa. Entre 2011 e 2012, o número de apreensões de plantas de *cannabis* notificado aumentou de 5 milhões para 7 milhões, devido, em grande medida, ao facto de as apreensões notificadas pela Itália terem quadruplicado. No mesmo período, as quantidades apreendidas aumentaram de 33 para 45 toneladas.

As tendências indexadas a nível europeu revelam aumentos tanto no preço a retalho como na potência (teor de tetrahydrocannabinol – THC) da *cannabis* herbácea e da resina de *cannabis* entre 2006 e 2012. A potência de ambas as formas de *cannabis* aumentou desde 2006, embora, no que respeita à resina, o maior aumento se tenha registado entre 2011 e 2012.

A emergência de canabinoides sintéticos, ou seja, substâncias químicas que reproduzem os efeitos da *cannabis*, veio conferir uma nova dimensão ao mercado da *cannabis*. Aparentemente, a maior parte dos pós de canabinoides sintéticos são fabricados na China, de onde são exportados a granel, através de redes de transporte e distribuição legais existentes. Chegadas à União Europeia, estas substâncias químicas são normalmente misturadas com ervas ou nestas pulverizadas e embaladas como produtos «*legal highs*» para serem vendidos através da Internet ou de outros retalhistas. No primeiro semestre de 2013, dezoito países notificaram mais de 1 800 apreensões de canabinoides sintéticos. As apreensões mais significativas foram notificadas pela Espanha (20 kg) e pela Finlândia (7 kg).

Heroína: quebra global das apreensões, apesar de um aumento na Turquia

Historicamente, a heroína importada tem sido oferecida sob duas formas no mercado das 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 (forma de sal), tradicionalmente originária do sudeste asiático, mas que agora pode ser produzida noutras regiões. Também existe uma produção limitada de drogas opiáceas na Europa, principalmente de produtos caseiros obtidos a partir da papoila, registada em algumas zonas da Europa Oriental.

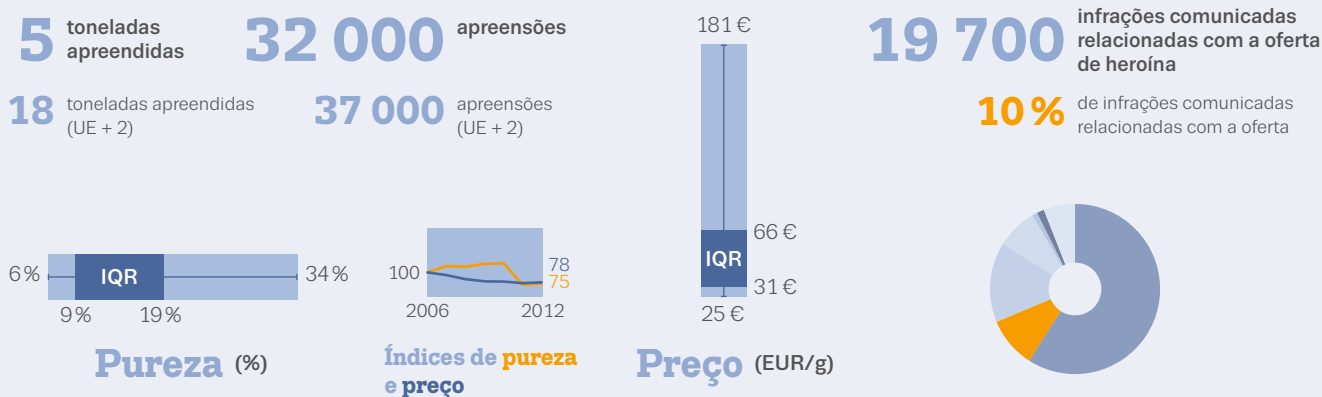
O Afeganistão continua a ser o maior produtor ilegal de ópio a nível mundial, julgando-se que a maior parte da heroína que circula na Europa é produzida nesse país ou, em menor grau, nos vizinhos Irão e Paquistão. A droga pode entrar na Europa por uma série de rotas de tráfico. Uma destas rotas atravessa a Turquia até aos países balcânicos (Bulgária, Roménia ou Albânia) e prossegue para a Europa Central, Meridional e Ocidental. Outra rota atravessa a Rússia, passando pelas antigas repúblicas soviéticas da Ásia Central. 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 e Oriental.

Entre 2002 e 2010, o número de apreensões de heroína notificadas na Europa manteve-se relativamente estável, na ordem das 50 000 anuais. Todavia, desde 2010, o número de apreensões de heroína diminuiu consideravelmente, estando as apreensões notificadas em 2012 estimadas em 32 000. A quantidade de heroína apreendida em 2012 (5 toneladas) foi a menor notificada na última década, correspondendo apenas a cerca de metade da quantidade apreendida em 2002 (10 toneladas). A diminuição das apreensões na União Europeia tem sido compensada por

Desde 2010, o número de apreensões de heroína diminuiu consideravelmente, estando as apreensões notificadas em 2012 estimadas em 32 000

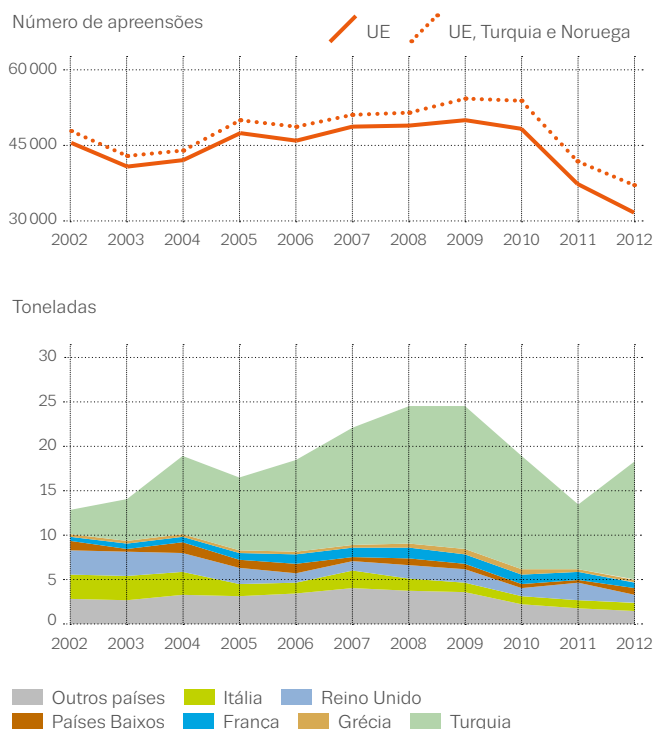
HEROÍNA



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

FIGURA 1.4

Número de apreensões de heroína e quantidade apreendida, 2002–2012



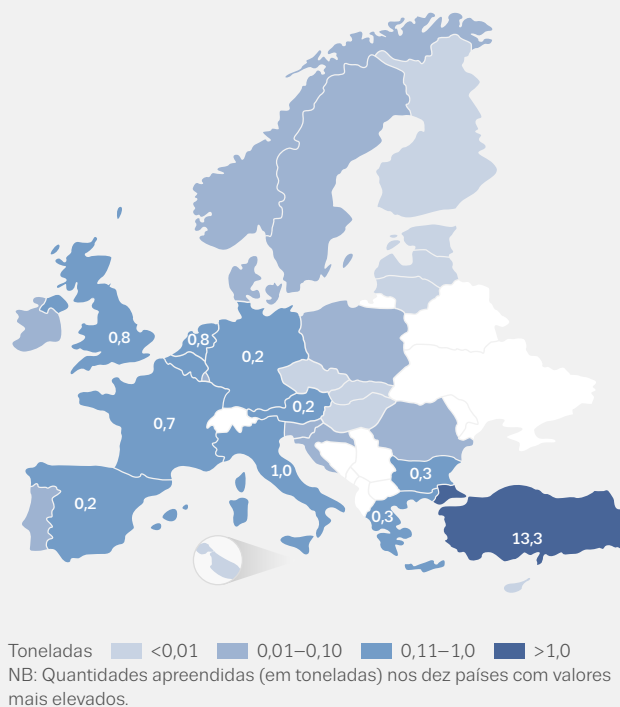
um aumento das apreensões na Turquia, onde, desde 2006, tem sido anualmente apreendida mais heroína do que no conjunto dos países da União (Figuras 1.4 e 1.5).

A diminuição observada nas apreensões de heroína desde 2010/2011 refletiu-se tanto nas tendências dos dados relativos à pureza como nas infrações relacionadas com a oferta da droga (cf. capítulo 4). Neste período, vários países registaram situações de significativa escassez de heroína, das quais nem todos os mercados parecem ter recuperado completamente. Entretanto, na Turquia, as quantidades de heroína apreendida diminuíram em 2011, para voltarem a aumentar em 2012.

Foram notificados ao sistema de alerta rápido da UE opiáceos sintéticos que podem ser utilizados como alternativas à heroína, entre os quais fentanil extremamente potentes que podem ser desviados de produtos farmacêuticos, incluindo pensos analgésicos inadequadamente eliminados ou fabricados especificamente para o mercado ilícito. Entre 2012 e 2013, foram notificadas 28 apreensões de um novo opiáceo sintético, o AH-7921, que é semelhante à morfina em termos de farmacologia (cf. página 28).

FIGURA 1.5

Quantidade de heroína apreendida, 2012



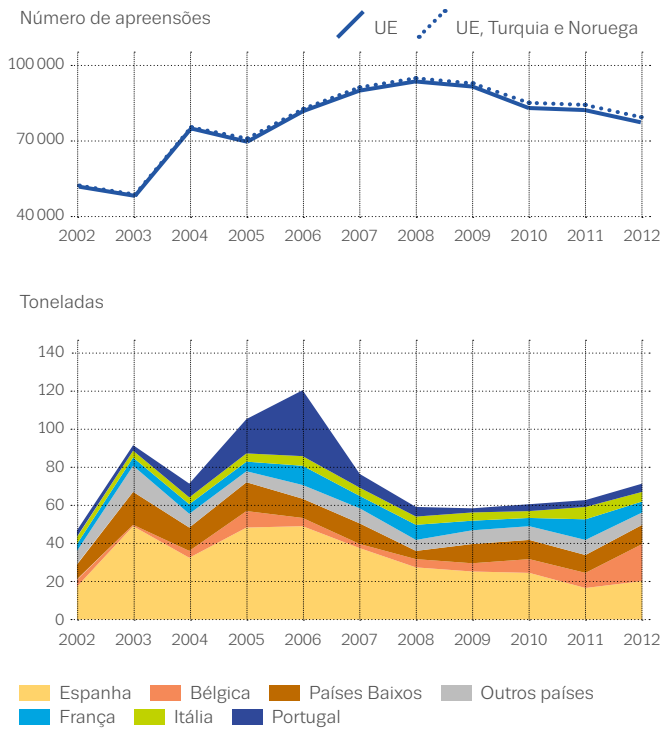
Cocaína: o número de apreensões continua em queda

Na Europa, a cocaína encontra-se 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 desta 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. O tráfico de cocaína para a Europa – e os esforços das autoridades na luta contra este tráfico – parece concentrar-se nos países da Europa ocidental e meridional, com a Espanha, a Bélgica, os Países Baixos, a França e a Itália a responder por 85 % das 71 toneladas apreendidas em 2012 (Figura 1.6). Um dos sinais da diversificação em curso das rotas de tráfico de cocaína para a Europa são as grandes apreensões isoladas efetuadas em portos da Bulgária, da Grécia, da Roménia e dos Países Bálticos.

Em 2012, foram notificadas cerca de 77 000 apreensões de cocaína na União Europeia, que permitiram interceptar 71 toneladas de droga. O número de apreensões de

FIGURA 1.6

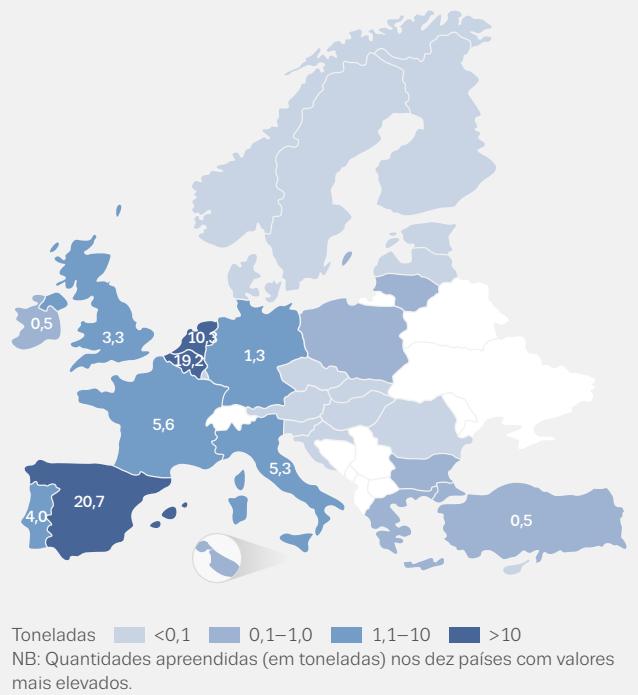
Número de apreensões de cocaína e quantidade apreendida, 2002–2012



cocaína notificado em 2012 manteve-se a um nível elevado em relação ao de 2002, embora tenha sido inferior ao máximo atingido em 2008, estimado em cerca de 95 000 apreensões. A quantidade de cocaína apreendida em 2012 aumentou cerca de 10 toneladas em relação ao ano anterior, mantendo-se, contudo, bastante abaixo do máximo de 120 toneladas apreendidas em 2006

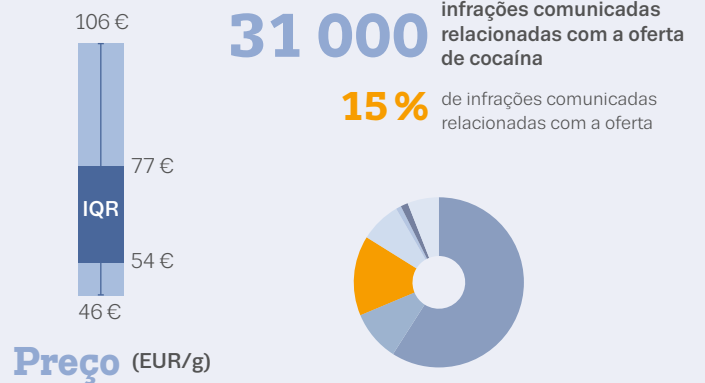
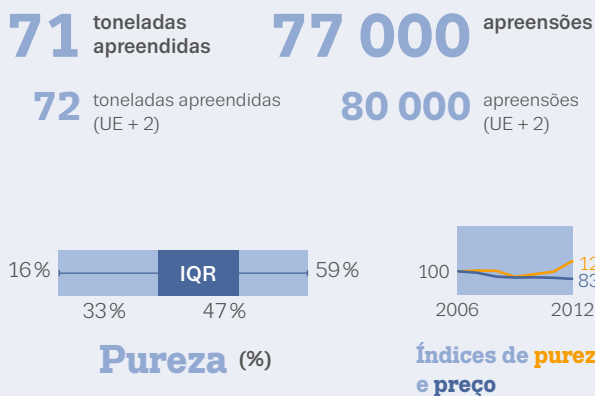
FIGURA 1.7

Quantidade de cocaína apreendida, 2012



(Figura 1.6). A diminuição da quantidade de cocaína apreendida é mais evidente na Península Ibérica, de forma mais abrupta em Portugal, entre 2006 e 2007, e de forma mais gradual em Espanha, entre 2006 e 2011. Em 2012, a Bélgica notificou o nível recorde de apreensões de cocaína (19 toneladas) (Figura 1.7).

COCAÍNA



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

Anfetaminas: indícios de aumento da produção de metanfetaminas

As anfetaminas e as metanfetaminas são estimulantes sintéticos com uma relação muito estreita entre si, conhecidos sob a designação genérica de anfetaminas. Das duas, as anfetaminas sempre foram mais comuns na Europa, mas há indícios recentes que apontam para uma oferta crescente de metanfetaminas.

Ambas as drogas são fabricadas na Europa para consumo interno, embora algumas anfetaminas sejam também produzidas para exportação, principalmente para o Médio Oriente. Sabe-se que são produzidas anfetaminas na Bélgica, nos Países Baixos, na Polónia e nos países bálticos. Quanto à produção de metanfetaminas, é possível identificar duas regiões principais. Na primeira região, os Estados bálticos, a produção está centrada na Lituânia e destina-se à exportação para a Noruega, a Suécia e o Reino Unido. Nesta região, o BMK (benzil metil cetona) é utilizado como principal precursor. Na segunda região, centrada na República Checa e nas vizinhas Eslováquia e Alemanha, a produção é baseada principalmente na efedrina e na pseudoefedrina e tem lugar, essencialmente, em pequenos laboratórios artesanais. Neste caso, a maior parte da produção destina-se a distribuição nacional. Nos últimos

dois anos, houve sinais de um crescente envolvimento de grupos de criminalidade organizada vietnamitas nos mercados de metanfetaminas checos e de um aumento da produção. Em 2011, foi notificado o desmantelamento de 350 instalações de produção de metanfetaminas na Europa; contudo, tratou-se na sua maior parte (338) de instalações de pequena dimensão desmanteladas na República Checa.

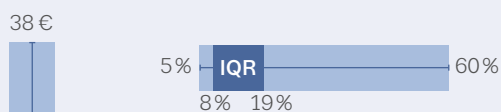
Em 2012, os Estados-Membros da União Europeia notificaram 29 000 apreensões de anfetaminas, num total de 5,5 toneladas. Mais de metade desta quantidade de anfetaminas foi apreendida na Alemanha, nos Países Baixos e no Reino Unido (Figura 1.8). Após um período em que atingiram níveis mais elevados, tanto em número como em quantidade, as apreensões de anfetaminas regressaram em 2012 sensivelmente ao nível de 2003 (Figura 1.9). Em contrapartida, as apreensões de metanfetaminas, embora ainda limitadas em número e em quantidade, aumentaram ao longo do mesmo período (Figura 1.10). Em 2012, foram notificadas na União Europeia 7 000 apreensões de metanfetaminas, num total de 0,34 toneladas. A Turquia e a Noruega notificaram mais 4 000 apreensões, correspondentes, no seu conjunto, a 0,64 toneladas, ou seja, cerca do dobro da quantidade apreendida na União Europeia.

ANFETAMINAS

Anfetamina

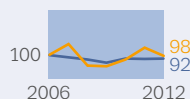
5,5 toneladas apreendidas **29 000** apreensões

5,9 toneladas apreendidas (UE + 2) **32 000** apreensões (UE + 2)



Pureza (%)

Preço (EUR/g)



Índices de preço e pureza

Metanfetamina

0,3 toneladas apreendidas **7 000** apreensões

1,0 toneladas apreendidas (UE + 2) **11 100** apreensões (UE + 2)



Pureza (%)

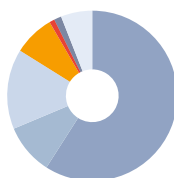
Preço (EUR/g)

16 000

infrações comunicadas relacionadas com a oferta de anfetamina

8%

de infrações comunicadas relacionadas com a oferta



2 300

infrações comunicadas relacionadas com a oferta de metanfetamina

1%

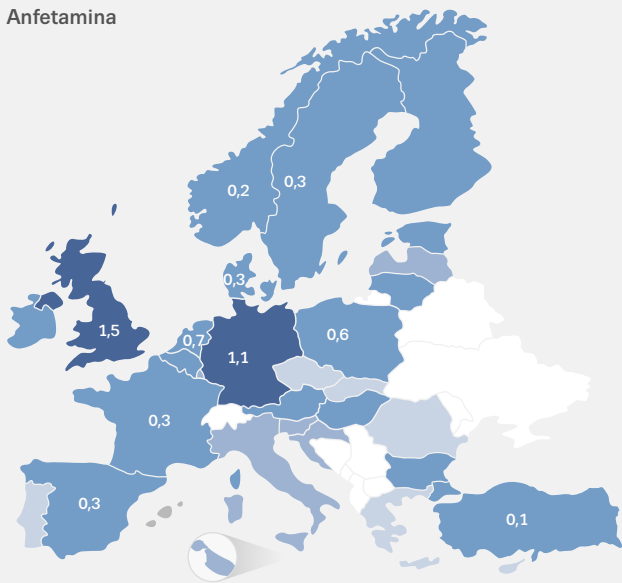
de infrações comunicadas relacionadas com a oferta

UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da União Europeia, Turquia e Noruega. Preço e pureza das anfetaminas: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartilico (IQR). Não há índices disponíveis para a metanfetamina. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

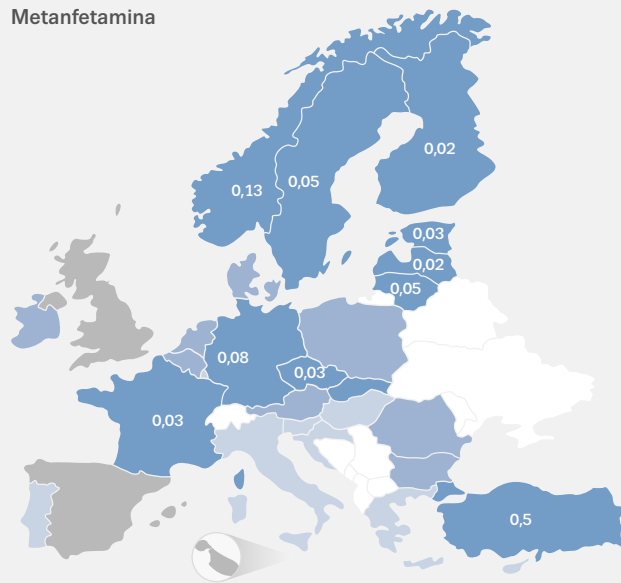
FIGURA 1.8

Quantidade de anfetamina e metanfetamina apreendida, 2012

Anfetamina



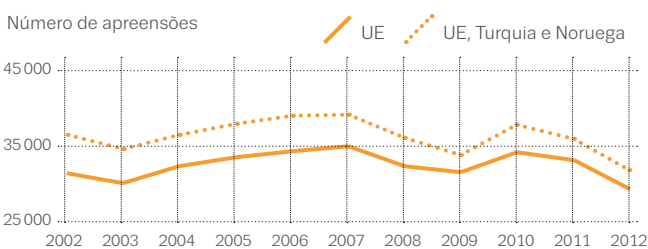
Metanfetamina



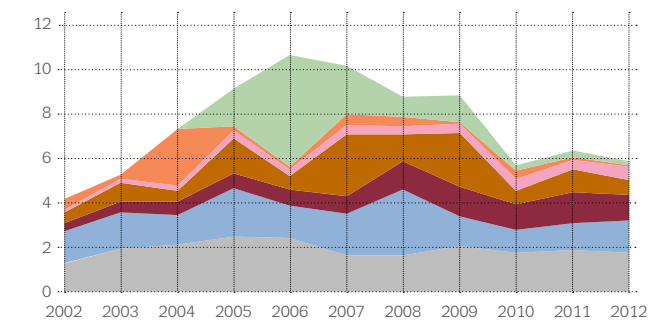
Toneladas <0,001 0,001–0,010 0,011–1,0 >1,0 Sem dados
 NB: Quantidades apreendidas (em toneladas) nos dez países com valores mais elevados.

FIGURA 1.9

Número de apreensões de anfetamina e quantidade apreendida, 2002–2012



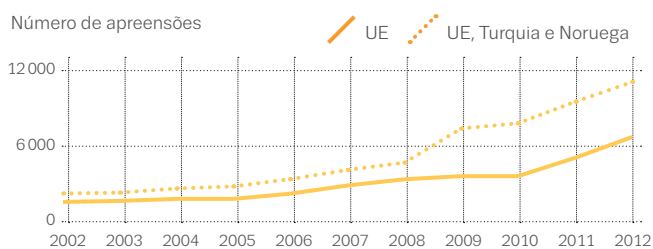
Toneladas



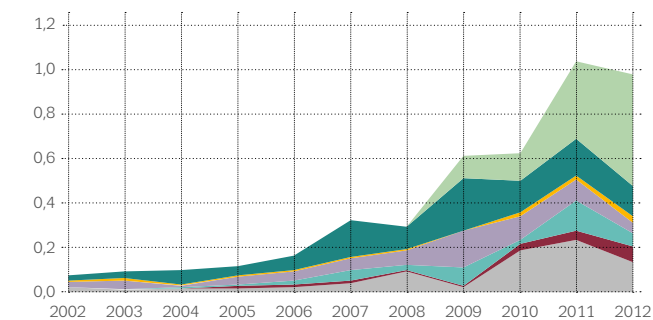
Outros países Reino Unido Alemanha Países Baixos Polónia Bélgica Turquia

FIGURA 1.10

Número de apreensões de metanfetamina e quantidade apreendida, 2002–2012



Toneladas



Outros países Alemanha Lituânia Suécia República Checa Noruega Turquia

Ecstasy: disponível em pó com elevado grau de pureza

O *ecstasy* designa habitualmente a substância sintética MDMA (3,4-metilenedioxi-metanfetamina), que está quimicamente relacionada com as anfetaminas, mas difere um pouco destas quanto aos efeitos. No entanto, os comprimidos vendidos como *ecstasy* podem conter uma das várias substâncias semelhantes ao MDMA, bem como produtos químicos não relacionados com este. O MDMA em pó ou em cristais parece estar a tornar-se mais comum, encontrando-se disponível sob a forma de pó com elevado grau de pureza em várias partes da Europa.

A produção de *ecstasy* na Europa está concentrada na Bélgica e nos Países Baixos, o que se revela no número de laboratórios desmantelados nestes países na última década. O número de laboratórios de *ecstasy* desmantelados na Europa caiu de 50 em 2002 para 3 em 2010, o que sugere uma acentuada redução da quantidade de droga produzida. Mais recentemente, houve alguns sinais de recuperação do mercado do *ecstasy*, com o desmantelamento de algumas grandes instalações de produção de MDMA na Bélgica e nos Países Baixos em 2013.

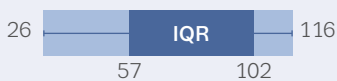
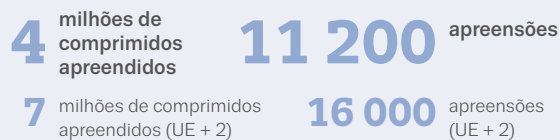
Em 2012, foram apreendidos na União Europeia quatro milhões de comprimidos de *ecstasy*, principalmente nos Países Baixos (2,4 milhões), no Reino Unido (0,5 milhões) e na Alemanha (0,3 milhões). No mesmo ano, a Turquia apreendeu três milhões de comprimidos de *ecstasy* (Figuras 1.11 e 1.12). Importa ter presente que a quantidade de comprimidos de *ecstasy* apreendidos na União Europeia em 2012 representa menos de um quinto

da quantidade apreendida em 2002 (23 milhões). Globalmente, as apreensões de *ecstasy* diminuíram entre 2002 e 2009, para começarem a aumentar lentamente nos anos seguintes (Figura 1.11). Esta tendência reflete-se igualmente no teor de MDMA dos comprimidos de *ecstasy* analisados, que diminuiu até 2009 e aumentou nos últimos três anos relativamente aos quais há informações disponíveis.

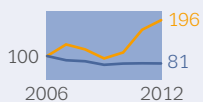
As tendências observadas na oferta de *ecstasy* podem ser parcialmente atribuídas ao reforço dos controlos e à concentração de esforços na apreensão de PMK (piperonilmetilcetona), principal precursor químico utilizado no fabrico de MDMA. É possível que os produtores de *ecstasy* tenham reagido ao controlo dos precursores passando a utilizar, em seu lugar, «pré-precursores» ou «precursores dissimulados» — produtos químicos essenciais que podem ser legalmente importados como substâncias não controladas e depois transformados nas substâncias químicas precursoras necessárias à produção de MDMA.

O MDMA em pó ou em cristais parece estar a tornar-se mais comum, encontrando-se disponível sob a forma de pó com elevado grau de pureza em várias partes da Europa

ECSTASY



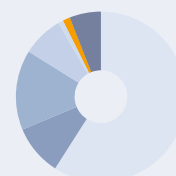
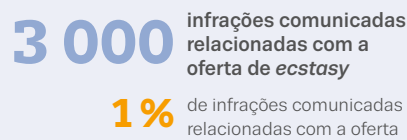
Pureza (MDMA mg/comprimido)



Índices de pureza e preço



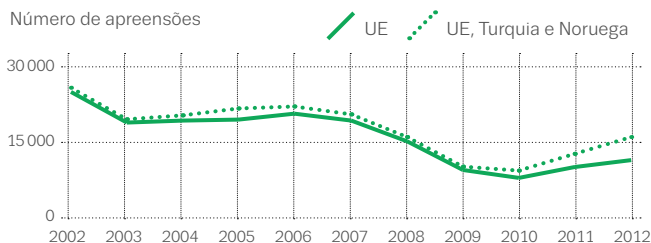
Preço (EUR/comprimido)



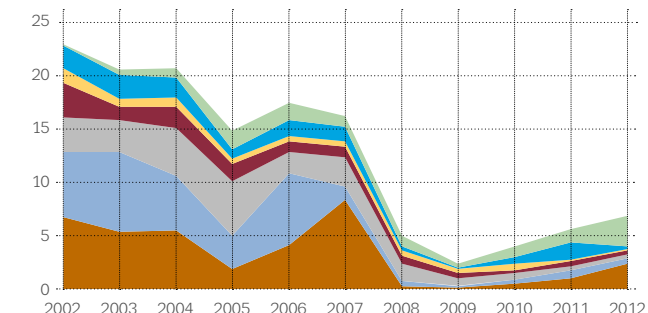
UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da União Europeia, Turquia e Noruega. Preço e pureza do *ecstasy*: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartilício (IQR). Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 1.11

Número de apreensões de ecstasy e comprimidos apreendidos, 2002–2012



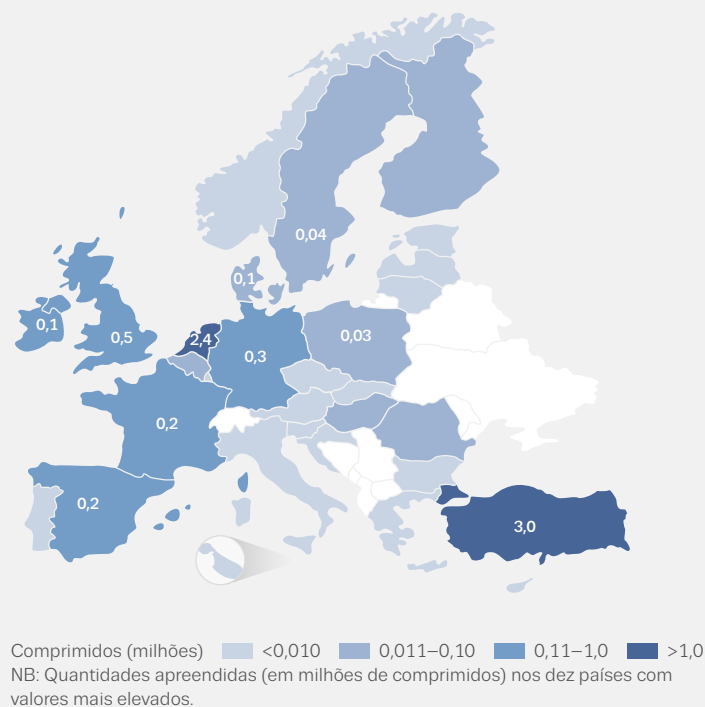
Comprimidos (milhões)



Países Baixos Alemanha Reino Unido Espanha França Outros países Turquia

FIGURA 1.12

Quantidade de ecstasy apreendido, 2012



Catinonas: uma nova classe de estimulantes na Europa

Nos últimos anos, foram identificados na Europa mais de 50 substitutos derivados da catinona. O exemplo mais conhecido, a mefedrona, já conquistou um lugar no mercado dos estimulantes de alguns países. Outra catinona, a MDPV (3,4-metilenedioxi-pirovalerona), é vendida no mercado europeu, sobretudo em pó e em comprimidos, como «*legal high*», mas também diretamente no mercado das drogas ilícitas. Entre 2008 e 2013, 29 países notificaram mais de 5 500 apreensões de MDPV em pó que totalizaram mais de 200 quilogramas da droga.

Crescente diversidade de novas drogas identificadas

A análise do mercado da droga é dificultada pelo aparecimento de novas drogas (novas substâncias psicoativas), substâncias sintéticas ou naturais não controladas ao abrigo do direito internacional e frequentemente produzidas com a intenção de reproduzir os efeitos das drogas controladas. Em alguns casos, as novas drogas são produzidas na Europa, em laboratórios clandestinos, e vendidas diretamente no mercado. Outras substâncias químicas são importadas, muitas vezes compradas a fornecedores da China ou da Índia, e depois colocadas em embalagens atraentes e comercializadas como «*legal highs*» na Europa. A denominação «*legal highs*» (ou «alternativas lícitas às drogas ilícitas») é imprópria, porque as substâncias podem ser controladas em alguns Estados-Membros ou, quando vendidas para consumo, infringir a legislação relativa à proteção do consumidor ou à comercialização dos produtos. Para evitar os controlos, é frequente os produtos estarem rotulados de forma errónea, por exemplo, como «substâncias químicas usadas na investigação» ou «alimentos para plantas», com declarações de exoneração de responsabilidade afirmando que o produto não é destinado ao consumo humano.

Em 2013, os Estados-Membros notificaram pela primeira vez, através do sistema de alerta rápido da UE, 81 novas

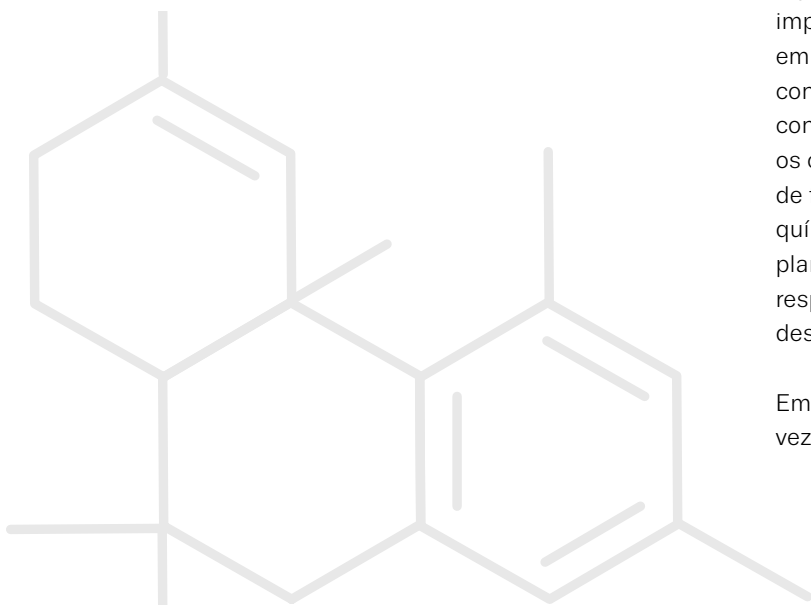
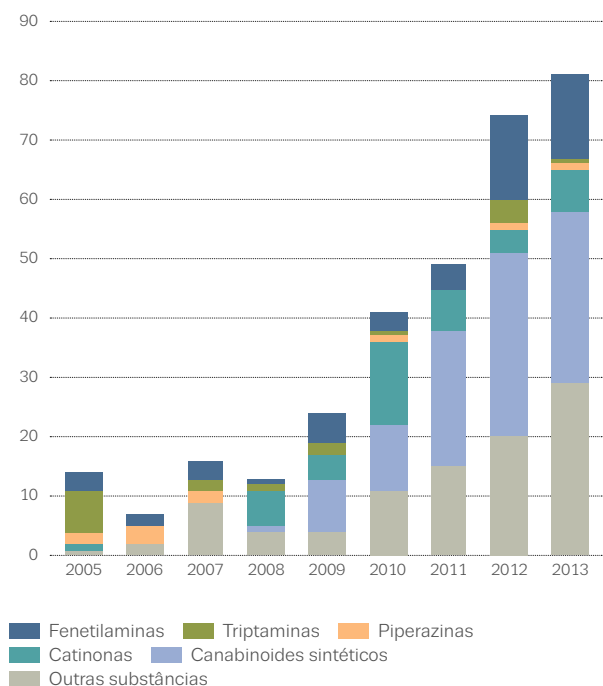


FIGURA 1.13

Número e principais grupos de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE, 2005–2013



substâncias psicoativas (Figura 1.13). Vinte e nove dessas substâncias eram canabinoides sintéticos e trinta outros compostos não correspondiam a grupos químicos facilmente reconhecíveis (incluindo plantas e medicamentos). Entre as novas drogas contavam-se ainda treze novas fenetilaminas, sete catinonas sintéticas, uma triptamina e uma piperazina.

Em 2013, os Estados-Membros notificaram pela primeira vez, através do sistema de alerta rápido da UE, 81 novas substâncias psicoativas

Avaliação dos riscos de novas drogas

Foram realizadas avaliações de riscos à escala europeia da 4-metilanfetamina (em 2012) e da 5-(2-aminopropil)indole (em 2013), em resposta a indicações de danos que incluíam mais de 20 óbitos associados a cada uma destas substâncias num curto espaço de tempo. Ambas as substâncias foram objeto de medidas de controlo em toda a Europa. Em abril de 2014, foram igualmente objeto de avaliação de riscos quatro novas substâncias psicoativas (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV e metoxetamina).

A 25I-NBOMe é uma fenetilamina de substituição e um potente agonista integral do recetor de serotonina 5-HT_{2A}, que terá efeitos alucinogénicos. Está disponível no mercado das drogas da União desde, pelo menos, maio de 2012. Quatro Estados-Membros notificaram elevada toxicidade associada ao seu consumo, incluindo um caso de morte em que a substância foi detetada.

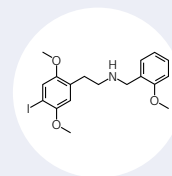
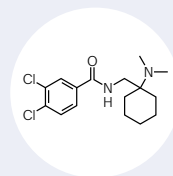
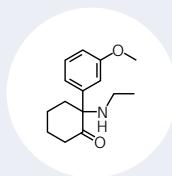
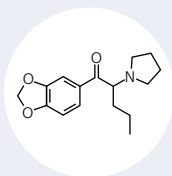
O AH-7921 é um opiáceo sintético que está disponível na União Europeia desde, pelo menos, julho de 2012. Na maior parte dos casos, foi apreendido em pó e em pequenas quantidades. Este opiáceo foi detetado em seis intoxicações não fatais e em quinze mortes ocorridas na Suécia, no Reino Unido e na Noruega.

A MDPV é um derivado da catinona sintética, muito próximo da pirovalerona. A MDPV está presente no mercado da droga da União pelo menos desde novembro de 2008, tendo sido detetada em 107 intoxicações não fatais e em 99 mortes, a maior parte das quais na Finlândia e no Reino Unido. Há indicações de que tem sido vendida como uma versão «legal» ou sintética da cocaína, e tem igualmente sido identificada em comprimidos semelhantes aos de *ecstasy*.

A metoxetamina é uma arilciclohexilamina muito próxima da cetamina que está disponível no mercado da droga da União pelo menos desde setembro de 2010. Já foram realizadas apreensões de vários quilos desta substância em pó. Foram notificadas vinte mortes e 110 intoxicações não fatais associadas ao consumo de metoxetamina.

As novas substâncias psicoativas podem entrar no mercado fazendo-se passar por uma droga controlada ou apresentando-se como alternativa a uma droga controlada. Por exemplo, a 4-metilanfetamina era vendida diretamente no mercado das drogas ilícitas como anfetamina, a metoxetamina é vendida como uma alternativa legal à cetamina e a 25I-NBOMe é vendida como uma alternativa «legal» ao LSD.

RISCOS DE QUATRO SUBSTÂNCIAS AVALIADAS EM 2014



MDPV	Metoxetamina	AH-7921	25I-NBOMe	Substância
Catinonas	Arilciclohexilaminas	Opiáceos	Fenetilaminas	Família de drogas
2008	2010	2012	2012	Ano da primeira notificação através do sistema de alerta rápido da UE
99	20	15	1	Número de óbitos associados à substância
107	110	6	15	Número de intoxicações não fatais
29	24	8	24	Número de países em que foi detetada (UE, Turquia e Noruega)
22	9	1	6	Número de países em que está sujeita a medidas de controlo no âmbito da legislação de controlo das drogas (UE, Turquia e Noruega)

A Internet enquanto mercado em expansão

A Internet é cada vez mais decisiva para determinar o modo de comercialização das drogas e é capaz, por si só, de perturbar a oferta tanto das drogas «novas» como das «antigas». O facto de os fabricantes, fornecedores, retalhistas, serviços de alojamento de sítios Web e serviços de processamento de pagamentos poderem estar todos sedeados em países diferentes torna o controlo particularmente difícil. O crescente recurso a redes que garantem o – anonimato as chamadas «darknets» – para a venda de drogas a traficantes e a consumidores vem complicar ainda mais esta situação. A tecnologia para aceder a estes sítios web está a ser cada vez mais integrada no *software* dos consumidores, o que abre estes mercados a um maior número de potenciais clientes. Além disso, a venda livre de «legal highs» na Internet terá aumentado a sua disponibilidade junto dos distribuidores e dos consumidores. Em 2013, o EMCDDA identificou 651 sítios Web que vendiam «legal highs» para a Europa.

Mais medicamentos detetados

Um número crescente de novas drogas detetadas no mercado das drogas têm uma utilização lícita como medicamentos. Uma vez, são vendidas como medicamentos, outras são vendidas clandestinamente como drogas ilícitas, como a heroína, outras ainda são vendidas como «legal highs», «substâncias químicas usadas na investigação» ou mesmo «suplementos alimentares». Exemplos recentes, todos alegadamente injetados por consumidores de opiáceos incluem a

pregabalina, utilizada para o tratamento da dor neuropática, da epilepsia e da ansiedade generalizada, a tropicamida, utilizada durante exames oftalmológicos para dilatar as pupilas, e o carfentanil, um opiáceo utilizado como tranquilizante para animais de grande porte.

Entre os demais medicamentos recentemente notificados através do sistema de alerta rápido da UE contam-se o phenazepam, a benzodiazepina, que tem sido vendida como benzodiazepina «legal», como «substância química usada na investigação» e como a droga controlada diazepam, e o fenibut, um ansiolítico utilizado na Rússia para o tratamento da dependência do álcool, que tem sido vendido através da Internet como «suplemento alimentar». Estes medicamentos podem ser obtidos de diversas formas: os medicamentos aprovados podem ser desviados do mercado regulamentado e os medicamentos não aprovados podem ser importados do exterior da União Europeia. Acresce que os componentes das drogas podem ser importados a granel de países como a China, transformados e embalados nos países europeus e vendidas diretamente no mercado das drogas ilícitas, no mercado dos «legal highs» ou em sítios Web.

Um número crescente de novas drogas detetadas no mercado das drogas têm uma utilização lícita como medicamentos

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, série Documentos do EMCDDA.

2013

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, série Perspetivas sobre drogas.

Synthetic drug production in Europe, série 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, Avaliação de riscos.

Responder às novas substâncias psicoativas, série Drogas em destaque.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Publicações conjuntas do EMCDDA e da Europol

2014

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

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypropylvalerone).

2013

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

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

2

Estima-se que quase um quarto da população adulta da União Europeia, ou seja, mais de 80 milhões de adultos, terá consumido drogas ilícitas em algum momento da sua vida

Consumo de droga e problemas conexos

A expressão «consumo de droga» abrange padrões de consumo muito diversos, que vão do consumo experimental ou ocasional ao consumo regular e à dependência. Aos diferentes padrões de consumo correspondem, naturalmente, diferentes níveis de riscos e de danos. De um modo geral, os riscos a que um indivíduo se expõe através do consumo de drogas são influenciados por diversos fatores, entre os quais o contexto em que as drogas são consumidas, a dose consumida, a via de administração, o consumo concomitante de outras substâncias, o número e a duração dos episódios de consumo de droga e a vulnerabilidade individual.

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

Os cinco indicadores epidemiológicos chave do EMCDDA asseguram uma abordagem comum da monitorização do consumo de droga na Europa. Estes conjuntos de dados abrangem: inquéritos sobre o consumo, estimativas do consumo problemático, mortes relacionadas com a droga, doenças infetocontagiosas e início de tratamento da toxicodependência. No seu conjunto, estes indicadores dão um importante contributo para o EMCDDA proceder à análise das tendências e dos desenvolvimentos. Para obter informações técnicas sobre os indicadores, consultar *Key indicators gateway* e *European Drug Report: Data and statistics* (Relatório Europeu sobre Drogas: dados e estatísticas).

Mais de 80 milhões de europeus já consumiram uma droga ilícita

Estima-se que quase um quarto da população adulta da União Europeia, ou seja, mais de 80 milhões de adultos, terá consumido drogas ilícitas em algum momento da sua vida. A droga mais consumida terá sido a *cannabis* (73,8 milhões), seguida, de longe, da cocaína (14,1 milhões), das anfetaminas (11,4 milhões) e do *ecstasy* (10,6 milhões). Os níveis de consumo de droga ao longo da vida variam consideravelmente em função dos países, desde cerca de um terço dos adultos na Dinamarca, França e Reino Unido, até menos de um em cada dez na Bulgária, Grécia, Chipre, Hungria, Portugal, Roménia e Turquia.

Consumo de drogas 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, para além de constituir um indicador das potenciais tendências futuras. Relativamente à Europa, o estudo ESPAD constitui um recurso inestimável para identificar a evolução das tendências do consumo de substâncias entre os estudantes de 15–16 anos. Segundo os dados mais recentes, respeitantes a 2011, estima-se que um em cada quatro jovens de 15–16 anos já terá utilizado uma droga ilícita, embora os níveis de prevalência variem consideravelmente em função dos países. A *cannabis* é a droga ilícita consumida pela esmagadora maioria destes jovens, 24 % dos quais referem o seu consumo regular, 20 % o seu consumo no último ano e 12 % o seu consumo no mês anterior ao inquérito. A probabilidade de os rapazes referirem o consumo de *cannabis* no mês anterior é 1,5 vezes superior à das suas homólogas femininas.

Muitos dos estudantes que admitiram ter consumido *cannabis* apenas o fizeram uma ou duas vezes. Contudo, uma minoria de estudantes dá conta de padrões de consumo mais intensivos, com cerca de 2 % a admitirem ter consumido *cannabis* mais de dez vezes no mês anterior ao inquérito.

Excluindo a *cannabis*, a prevalência do consumo de outras drogas ilícitas é muito menor, embora em alguns países o

consumo de *ecstasy* e de anfetaminas seja algo significativo. Globalmente, cerca de 7 % da população escolar afirma ter consumido mais do que uma droga ilícita. O ESPAD forneceu igualmente informações sobre o consumo de álcool e tabaco. Ambas as substâncias eram mais consumidas pela população escolar do que a *cannabis* e a maior parte daqueles que haviam consumido *cannabis* eram consumidores regulares de álcool e de tabaco. 19 % dos estudantes declararam ter fumado um ou mais cigarros por dia no mês anterior ao inquérito, 4 % dos quais afirmaram ter fumado mais de 10 cigarros por dia. Quase dois terços da população escolar declararam ter bebido álcool pelo menos uma vez no mês anterior, 20 % dos quais admitiram ter ficado intoxicados pelo menos uma vez nesse período.

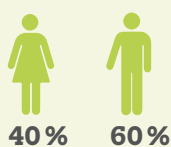
Cannabis: tendências nacionais divergentes

A *cannabis* é geralmente fumada e, na Europa, normalmente misturada com tabaco. Os padrões de consumo de *cannabis* vão do ocasional ou experimental ao regular e à dependência, estando os problemas relacionados com a *cannabis* fortemente associados a um consumo frequente e de quantidades elevadas.

A *cannabis* é a droga ilícita mais suscetível de ser experimentada por todas as faixas etárias. Estima-se que 14,6 milhões de jovens europeus (15–34 anos), ou 11,2 % desta faixa etária, 8,5 milhões dos quais com idades compreendidas entre 15 e 24 anos (13,9 %), consumiram

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PELA POPULAÇÃO ESCOLAR EUROPEIA DE 15–16 ANOS DE IDADE (ESPAD, 2011)

Consumidores de *cannabis* no último mês por género



Frequência do consumo de *cannabis* no último mês (%)

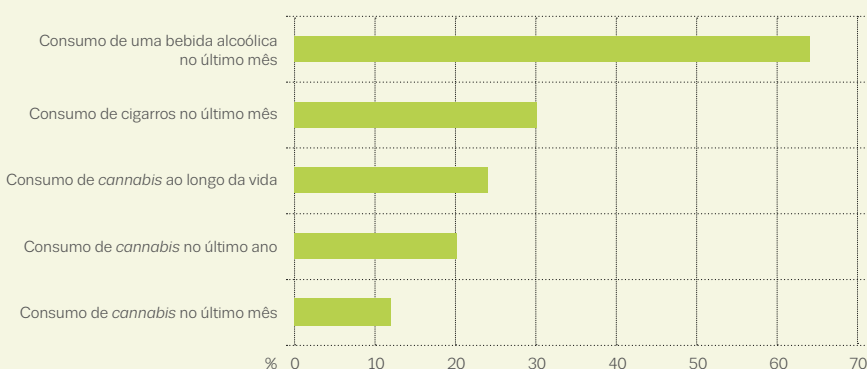
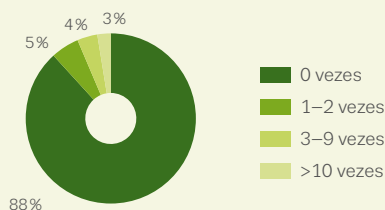
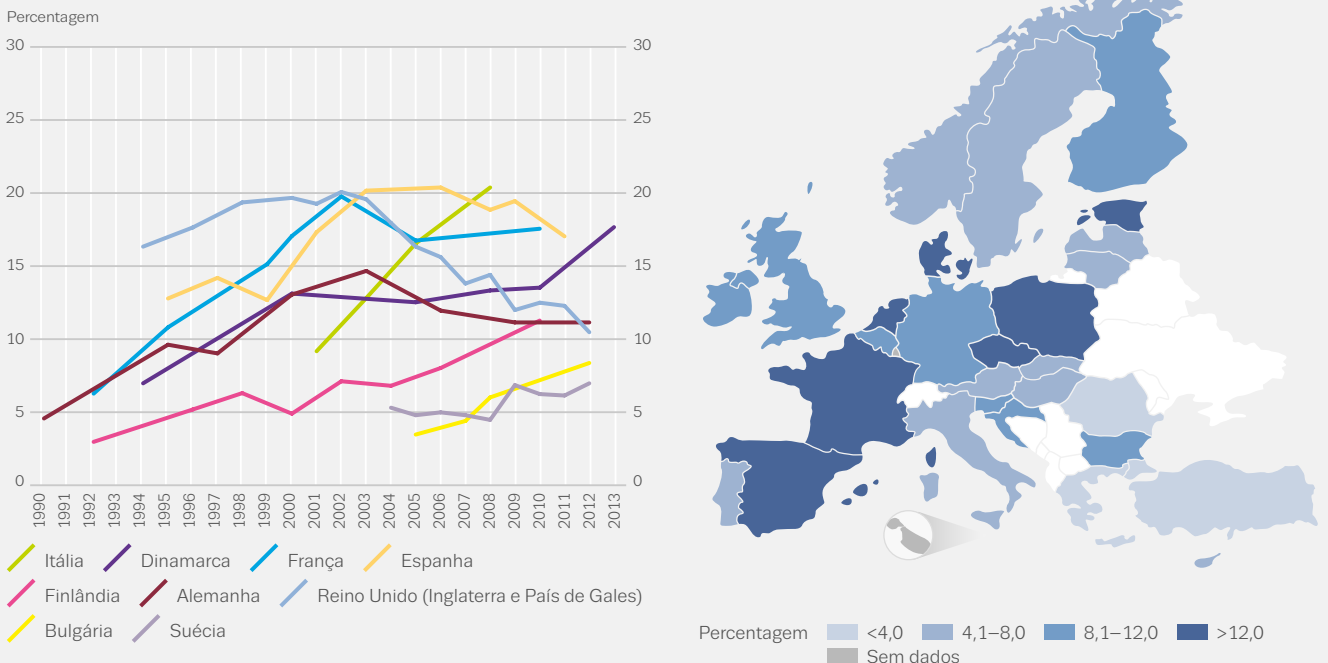


FIGURA 2.1

Prevalência do consumo de *cannabis* no último ano entre os jovens adultos (15–34 anos): países com tendências estatisticamente significativas (esquerda) e dados mais recentes (direita)



cannabis no último ano. O consumo de *cannabis* é normalmente mais elevado entre o sexo masculino, diferença que é habitualmente mais marcada nos padrões de consumo mais intensivo ou mais regular. Atualmente, coexistem tendências de consumo divergentes, conforme o ilustra o facto de, entre os países que transmitiram dados de inquéritos realizados desde 2011, oito terem comunicado reduções e cinco terem comunicado aumentos na prevalência no último ano. Atualmente, poucos inquéritos nacionais apresentam dados sobre o consumo de agonistas dos recetores canabinoides sintéticos e, naqueles que o fazem, os níveis de prevalência são geralmente baixos.

Presentemente, um número crescente de países possui 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). Na Dinamarca, na Finlândia e na Suécia, observou-se no último ano uma tendência para o aumento do consumo de *cannabis* entre os jovens adultos, embora com níveis diferentes de prevalência (Figura 2.1). Em contrapartida, as taxas de prevalência na Noruega mantiveram-se relativamente estáveis. Curiosamente, a Alemanha, a França e o Reino Unido, mantiveram níveis de consumo estáveis ou em ligeira regressão na última década, contrariando os aumentos registados até então. Espanha também notificou uma menor prevalência na última década. No seu conjunto, estes quatro países

representam quase metade da população da União Europeia. A Bulgária e a Itália, com séries cronológicas mais curtas, apresentam ambas tendências de aumento. Mais recentemente, a Itália notificou níveis de prevalência mais baixos; contudo, por razões metodológicas, não é possível comparar diretamente os inquéritos.

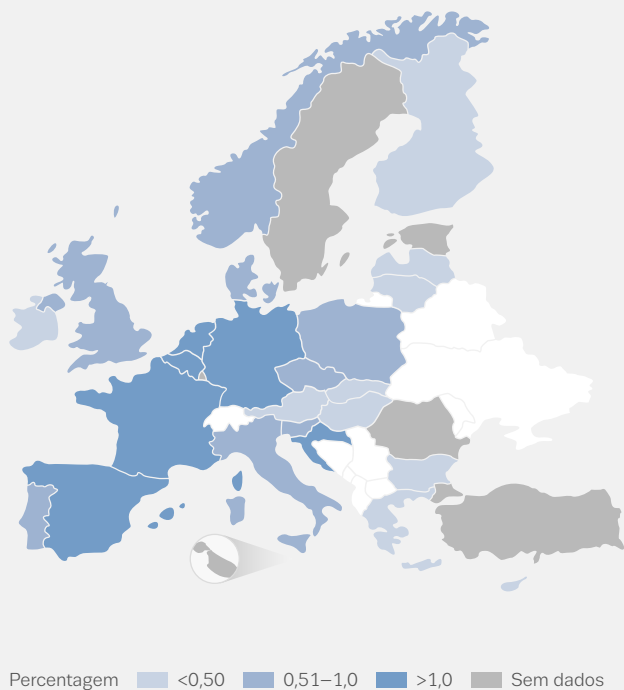
Preocupação com os consumidores de *cannabis*

Uma minoria 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. De acordo com estes critérios, estima-se que um pouco menos de 1% dos europeus adultos sejam consumidores diários ou quase diários de *cannabis*. Mais de dois terços dos consumidores diários ou quase diários de *cannabis* têm idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos e, nesta faixa etária, mais de três quartos são do sexo masculino. Entre os países que forneceram dados, a percentagem estimada de jovens adultos (15–34) consumidores diários ou quase diários de *cannabis* varia entre 0,1% na Eslováquia e 4,4% em Espanha (Figura 2.2).

Em 2012, a *cannabis* foi a droga mais frequentemente indicada como principal motivo do tratamento pelos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez. Depois de ter subido de 45 000 para 61 000 entre 2006 e

FIGURA 2.2

Prevalência do consumo diário e quase diário de *cannabis* entre os jovens adultos (15–34 anos)



2011, o número total de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez parece ter estabilizado em 2012 (59 000). A *cannabis* foi a segunda droga mais referida por todos os utentes que iniciaram tratamento em

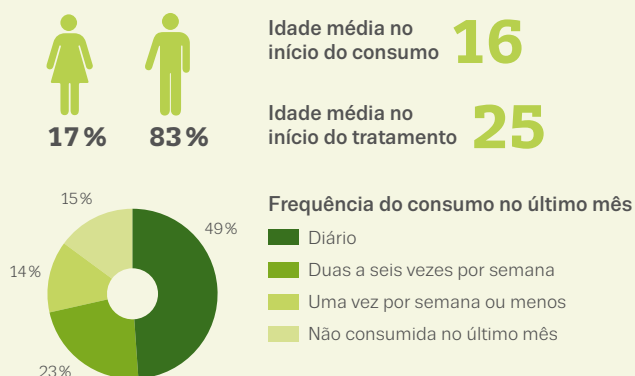
2012 (110 000). Contudo, a variação de país para país é muito significativa, com apenas 2 % de todos os consumidores que iniciaram tratamento na Bulgária a indicarem esta droga como a mais consumida, contra 66 % na Hungria. Esta heterogeneidade pode ser explicada pela diversidade nacional em termos de práticas de encaminhamento, legislação, tipo de serviços de tratamento disponíveis e níveis de prevalência de *cannabis*.

Emergências graves associadas ao consumo de *cannabis* e de canabinoides sintéticos

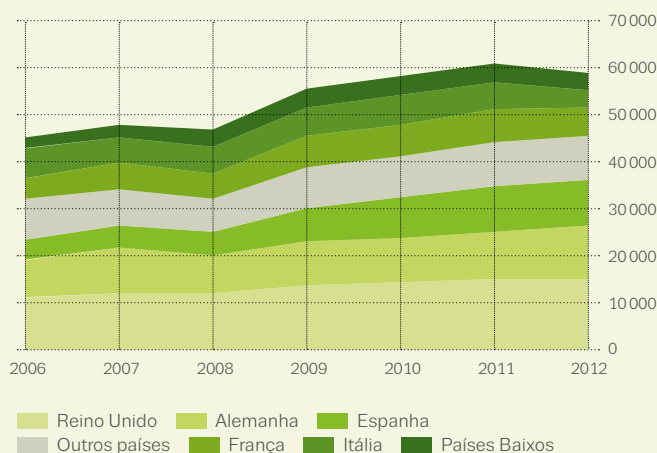
Embora sejam raras, podem ocorrer emergências graves após o consumo de *cannabis*, especialmente em doses elevadas. Em países com níveis de prevalência mais elevados, as emergências relacionadas com o consumo de *cannabis* parecem estar a adquirir proporções crescentes. Com efeito, a República Checa, a Dinamarca e a Espanha notificaram aumentos recentes no número de emergências relacionadas com o consumo de *cannabis*. A maior parte das emergências relacionadas com o consumo de *cannabis* envolve jovens adultos do sexo masculino e está frequentemente associada a intoxicações com álcool. Os sintomas podem incluir ansiedade, psicose ou outros sintomas psiquiátricos e, na maior parte dos casos, não é necessária hospitalização. O aparecimento dos canabinoides sintéticos veio tornar a situação mais preocupante. Com efeito, estas substâncias

CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE INICIAM O TRATAMENTO

Características



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.

– que podem ser extremamente potentes – não são quimicamente semelhantes à *cannabis*, podendo ter consequências diversas e potencialmente mais graves para a saúde. Embora o conhecimento atual das implicações do consumo destas substâncias para a saúde seja ainda limitado, as notificações de consequências adversas agudas associadas ao seu consumo geram, como é natural, uma preocupação crescente.

Variações geográficas nos padrões de consumo de estimulantes

A cocaína, as anfetaminas e o *ecstasy* são os estimulantes ilícitos mais consumidos na Europa, embora algumas substâncias menos conhecidas, incluindo as piperazinas (por exemplo, a BZP, benzilpiperazina) e as catinonas sintéticas (por exemplo, a mefedrona e a MDPV), também possam ser ilicitamente consumidas devido aos seus efeitos estimulantes. Os elevados níveis de consumo de estimulantes tendem a ser associados a contextos específicos de dança, música e espaços recreativos noturnos, onde essas drogas são frequentemente consumidas conjuntamente com álcool.

FIGURA 2.3

Droga estimulante predominante por prevalência do consumo no último ano entre os jovens adultos (15–34 anos)

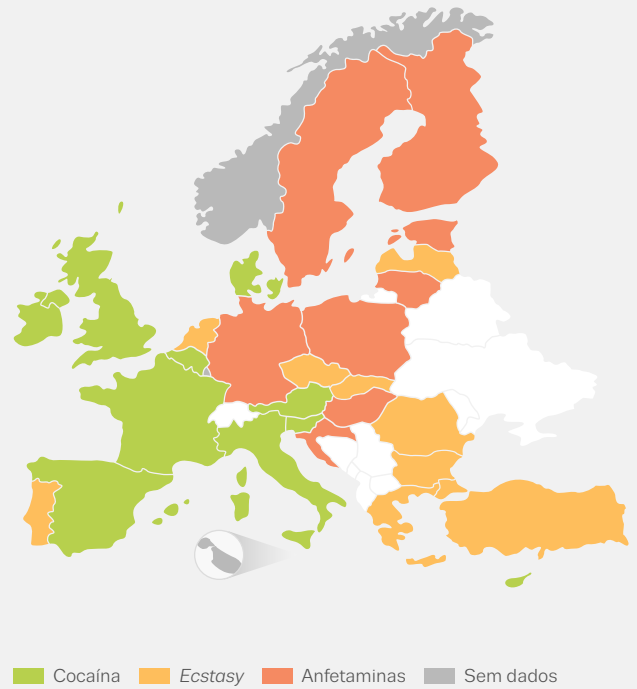
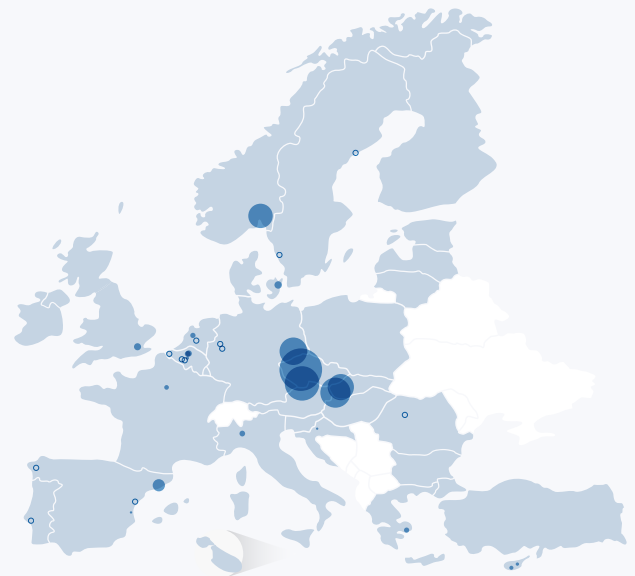
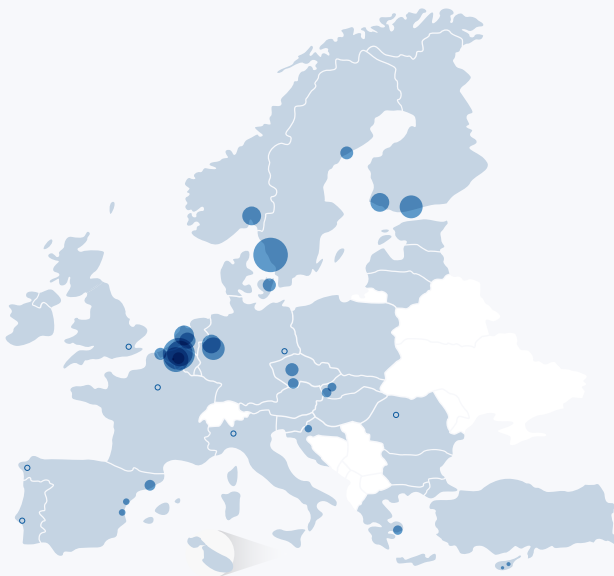


FIGURA 2.4

Anfetaminas presentes nas águas residuais de cidades europeias selecionadas

Anfetamina

Metanfetamina

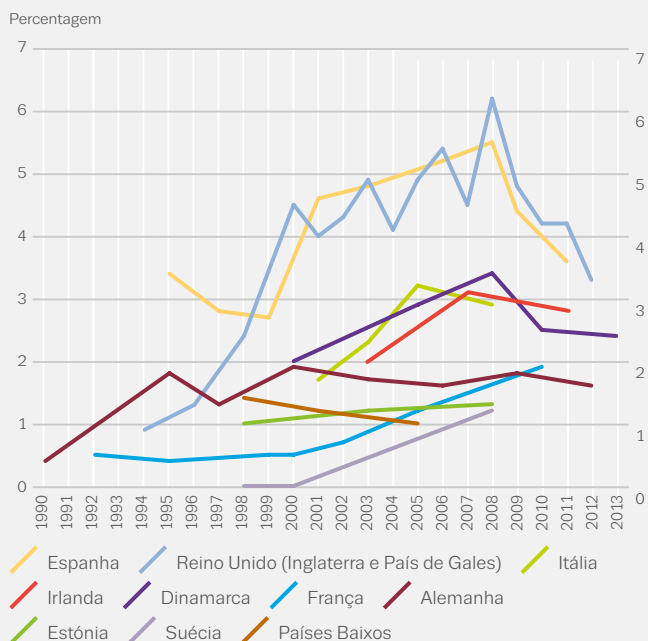


mg/1000 habitantes/dia 0 10 50 100 200 300

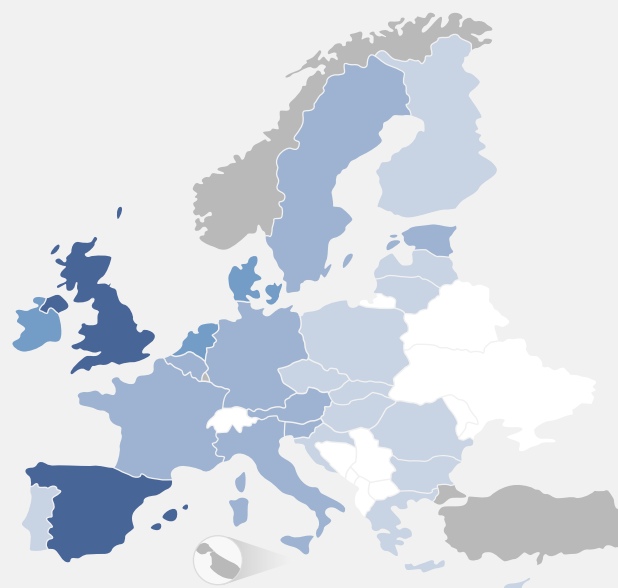
NB: Quantidades médias diárias de anfetaminas em miligramas por 1 000 habitantes, a partir de amostras colhidas ao longo de uma semana em 2013. Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGURA 2.5

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



NB: Tendências dos dez países com maior prevalência e com três inquéritos ou mais.



Percentagem 0,1–1,0 1,1–2,0 2,1–3,0 >3,0 Sem dados

Os dados do inquérito ilustram as diferenças geográficas nos padrões de consumo de estimulantes na Europa. A cocaína é mais prevalente na Europa meridional e ocidental, as anfetaminas são mais comuns nos países do centro e do norte da Europa e o *ecstasy* é o estimulante mais consumido – embora com níveis de prevalência pouco elevados – nos países do sul e do leste (Figura 2.3). Os dados das análises das águas residuais realizadas no âmbito de um estudo europeu que abrangeu várias cidades revelam que existem diferentes padrões regionais de consumo. Amostras de águas residuais colhidas em várias cidades do norte e do noroeste da Europa apresentavam concentrações relativamente elevadas de anfetaminas, enquanto os níveis mais elevados de metanfetaminas foram detetados em cidades da República Checa e da Eslováquia (Figura 2.4).

Cocaína: a prevalência continua em queda

A cocaína em pó é principalmente inalada ou aspirada, mas também por vezes 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 poderão consumir a droga num contexto recreativo, e os mais marginalizados, que consomem a cocaína, muitas vezes associada a opiáceos, no âmbito de um problema de

consumo crónico de droga. 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 de cocaína-crack são os que apresentam maiores riscos para a saúde, incluindo a transmissão de doenças infecciosas.

A cocaína é a droga estimulante ilícita mais consumida na Europa, apesar de a maior parte dos consumidores estar concentrada num número relativamente pequeno de países. Estima-se que cerca de 2,2 milhões de jovens europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (1,7 % desta faixa etária) terão consumido cocaína no último ano.

Considerando as tendências a longo prazo no consumo de cocaína, é possível observar uma diminuição do consumo na Dinamarca, em Espanha e no Reino Unido – países com taxas de prevalência relativamente elevadas –, depois de este ter atingido o seu ponto mais alto em 2008

A cocaína é a droga estimulante ilícita mais consumida na Europa

(Figura 2.5). Na maior parte dos outros países, o consumo mantém-se estável ou tende igualmente a diminuir.

Os dados mais recentes continuam a apresentar quebras no consumo de cocaína, com 11 dos 12 países que realizaram inquéritos entre 2011 e 2013 a assinalar descidas na prevalência.

Manutenção do declínio na procura de tratamento devido ao consumo de cocaína

Apenas quatro países dispõem de estimativas relativamente recentes do consumo intensivo ou problemático de cocaína e essas estimativas são difíceis de comparar, em virtude de utilizarem definições diferentes. Em 2012, e relativamente à população adulta, a Alemanha estimou em 0,20 % a «dependência da cocaína», a Itália estimou em 0,26 % os que «necessitavam de tratamento devido ao consumo de cocaína» e, em 2011, a Espanha, tinha estimado o «consumo de heroína de alto risco» em 0,4 %. Relativamente a 2010/2011, o Reino Unido tinha estimado em 0,49 % o consumo de cocaína-crack entre a população adulta de Inglaterra, ressalvando que a maior parte desses consumidores eram igualmente consumidores de opiáceos.

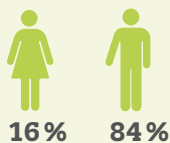
A cocaína foi indicada como droga principal por 14 % de todos os utentes que iniciaram tratamento especializado

da toxicodependência em 2012 (55 000) e de 18 % dos que iniciaram esse tratamento pela primeira vez (26 000). Nesta matéria, há diferenças assinaláveis entre os países, sendo aproximadamente 90 % dos utentes consumidores de cocaína notificados por apenas cinco países (Alemanha, Espanha, Itália, Países Baixos e Reino Unido). No seu conjunto, estes cinco países representam apenas um pouco mais de metade da população da União Europeia. O número de utentes que inicia o tratamento pela primeira vez na vida por consumo de cocaína como droga principal tem vindo a diminuir nos últimos anos, de um máximo de 38 000 registados em 2008 para 26 000 registados em 2012. Uma parte substancial desta diminuição é atribuível a uma quebra nos números notificados por Itália. No ano de 2012, apenas um pequeno número (2 300) de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Europa indicou a cocaína-crack como droga principal, cerca de dois terços dos quais no Reino Unido e a maioria dos restantes na Espanha e nos Países Baixos.

A cocaína é igualmente responsável por hospitalizações em situações agudas e por mortes. Esta droga pode igualmente ter influência em alguma mortalidade atribuída a problemas cardiovasculares. Embora os dados sobre esta matéria sejam limitados, em 2012, 19 países notificaram mortes relacionadas com o consumo de cocaína, com mais de 500 casos identificados.

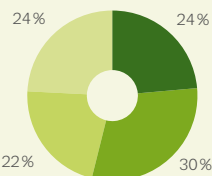
CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAM O TRATAMENTO

Características



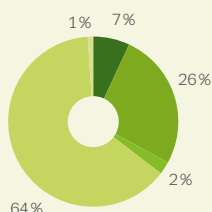
Idade média no início do consumo **22**

Idade média no início do tratamento **34**



Frequência do consumo no último mês

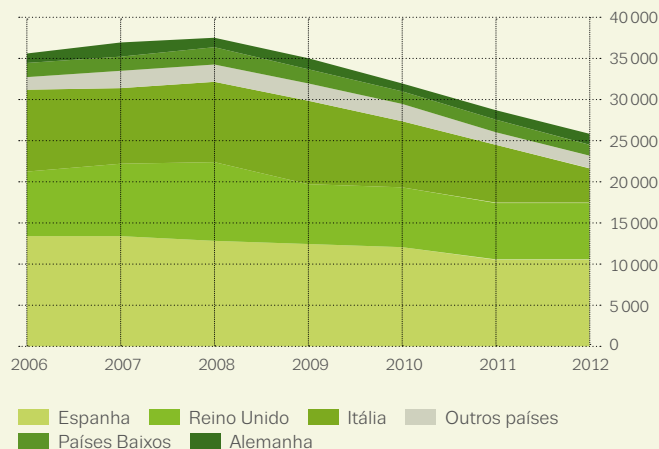
- Diário
- Duas a seis vezes por semana
- Uma vez por semana ou menos
- Não consumida no último mês



Via de administração

- Injetada
- Fumada/inalada
- Comida/bebida
- Aspirada
- Outra

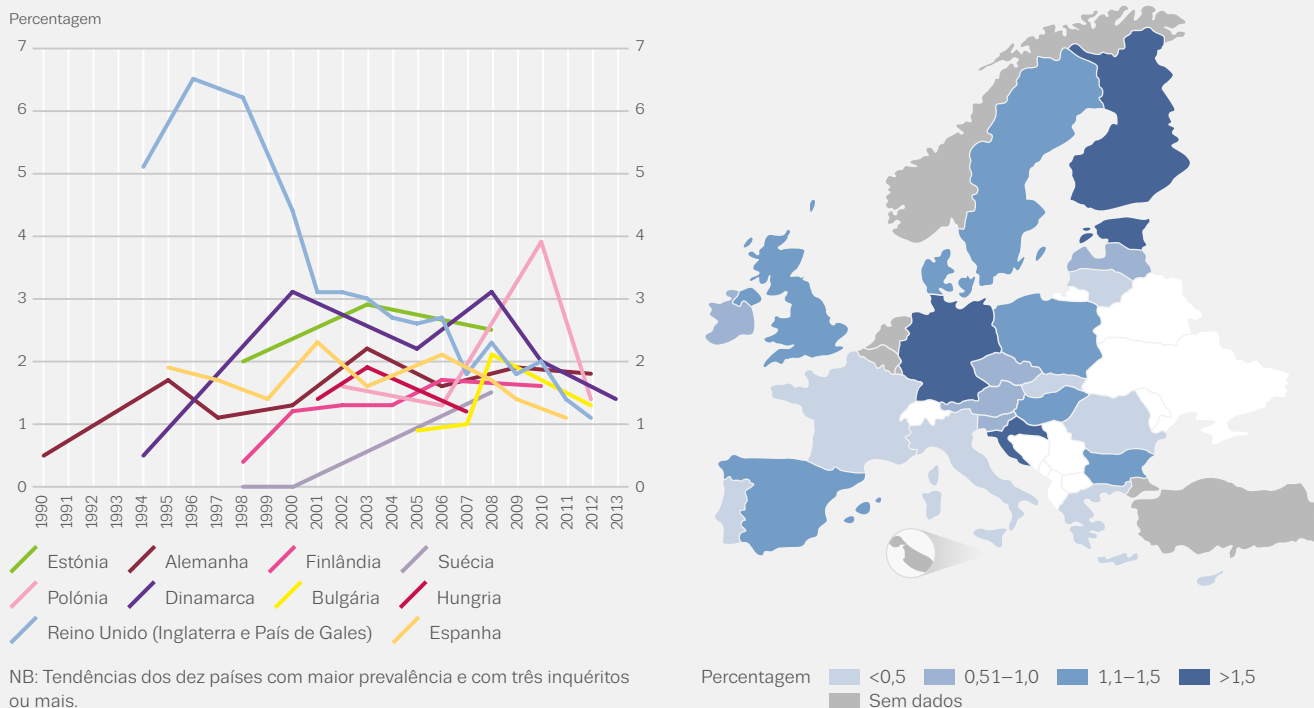
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



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.

FIGURA 2.6

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



Anfetaminas: consumo diminuiu, mas mantêm-se os riscos para a saúde

Tanto as anfetaminas como as metanfetaminas, dois estimulantes muito próximos, são consumidas na Europa, embora as anfetaminas sejam de longe as mais fáceis de obter. Historicamente, o consumo de metanfetaminas tem sido limitado à República Checa e, mais recentemente, à Eslováquia. Porém, a situação está a mudar.

Ambas as drogas podem ser consumidas por via oral ou inaladas, embora, em alguns países, seja relativamente comum serem injetadas por consumidores problemáticos de droga. As metanfetaminas podem igualmente ser fumadas, mas esta via de administração só recentemente foi notificada na Europa.

Os efeitos adversos para a saúde associados ao consumo de anfetaminas incluem problemas cardiovasculares, 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, normalmente por países com níveis de prevalência elevados.

Estima-se que 1,2 milhões (0,9 %) de jovens adultos (15–34 anos) tenham consumido anfetaminas no último ano. Entre 2007 e 2012, as estimativas anuais de prevalência para jovens adultos mantiveram-se relativamente baixas e estáveis na maior parte dos países europeus, com níveis inferiores ou iguais a 2,5 % em todos os países que comunicaram dados. Dos 12 países que realizaram inquéritos desde 2011, 11 comunicaram um recuo dos níveis de prevalência das anfetaminas (Figura 2.6).



Consumo de anfetaminas: um fenómeno multifacetado

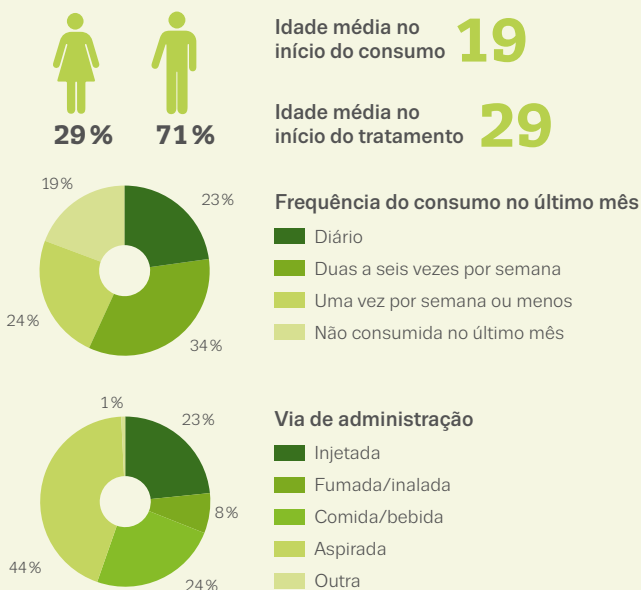
Tanto a República Checa como a Eslováquia dão conta de padrões de consumo de metanfetaminas de longa duração e bem enraizados, apontando as mais recentes estimativas do número de consumidores problemáticos de metanfetaminas adultos (15–64 anos) para percentagens na ordem de 0,42 % na República Checa (2012) e de 0,21 % na Eslováquia (2007). Recentemente, foram transmitidas indicações de consumo problemático de metanfetaminas entre consumidores de droga de alto risco em algumas regiões da Alemanha e na Grécia, em Chipre, na Letónia e na Turquia, nomeadamente sinais preocupantes de que, em países da Europa meridional, subpopulações de consumidores que injetam opiáceos fumam igualmente cristais de metanfetaminas. Acresce que, em algumas grandes cidades europeias, foram detetadas novas tendências para o consumo de droga injetada entre pequenos grupos de homens que têm relações sexuais com outros homens.

Cerca de 6 % dos utentes que iniciaram um tratamento especializado da toxicodependência na Europa, em 2012, mencionaram as anfetaminas como droga principal (aproximadamente 25 000 utentes, 10 000 dos quais iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida). Os consumidores de anfetaminas como droga principal apenas constituem uma proporção considerável das

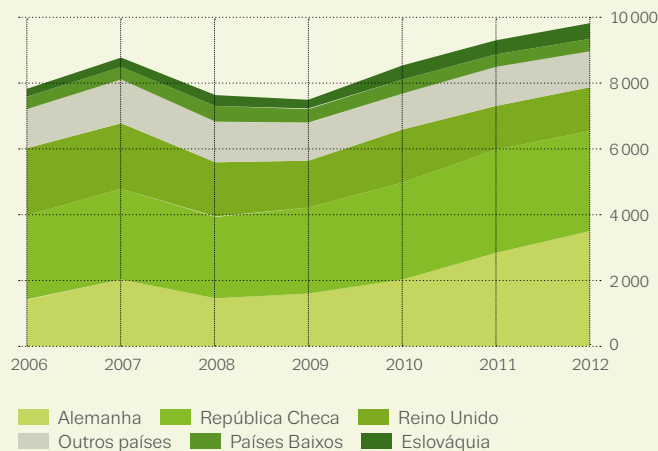
pessoas que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Alemanha, na Letónia e na Polónia, enquanto as metanfetaminas são referidas como droga principal por uma grande proporção dos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez na República Checa e na Eslováquia. Aumentos recentes dos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez indicando as anfetaminas como droga principal foram registados na Alemanha, enquanto a República Checa e a Eslováquia registaram aumentos dos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez indicando as metanfetaminas como droga principal.

CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAM O TRATAMENTO

Características



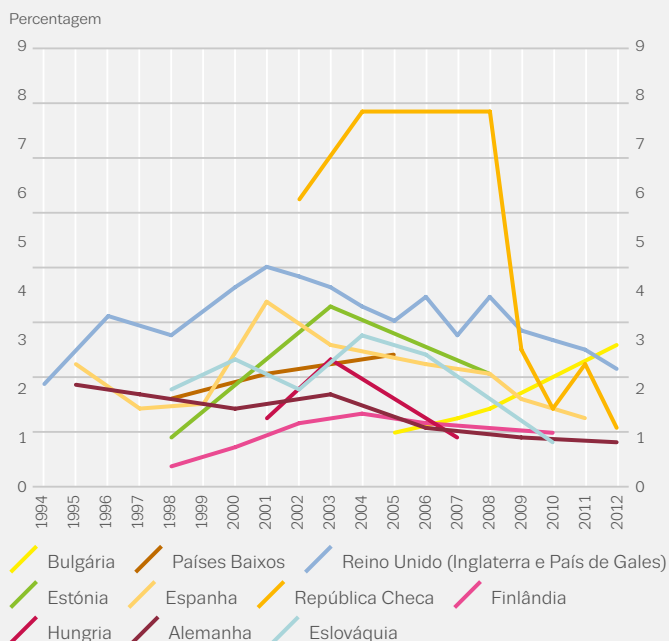
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



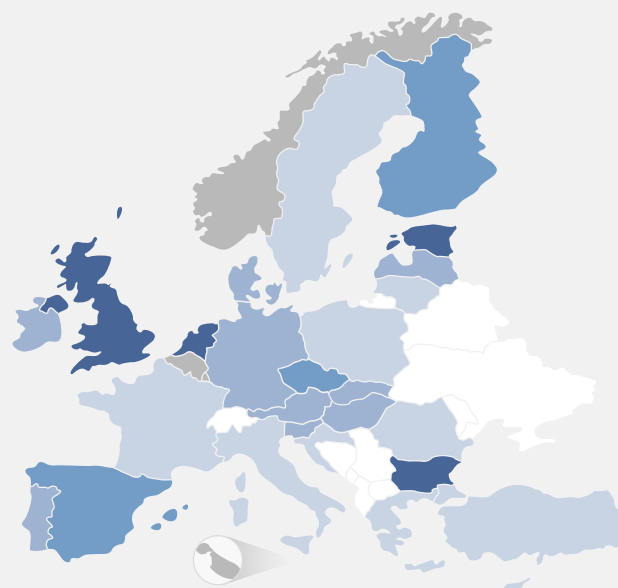
NB: As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de anfetaminas como droga principal. As tendências referem-se aos que iniciam o tratamento pela primeira vez devido ao consumo de anfetaminas como droga principal. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 2.7

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



NB: Tendências dos dez países com maior prevalência e com três inquéritos ou mais.



Consumo de *ecstasy*: tendências para a baixa e para a estabilização entre a população geral

O *ecstasy* refere-se normalmente à substância sintética MDMA. Esta droga é normalmente consumida sob a forma de comprimidos, mas está igualmente disponível em cristais e em pó, podendo ser ingerida ou inalada. O consumo de *ecstasy* está tradicionalmente ligado a contextos de música eletrónica e de dança e concentrado nos jovens adultos, em especial do sexo masculino. Entre os problemas associados ao consumo desta droga incluem-se a hipertermia aguda e problemas de saúde mental. Embora já tenham sido notificadas mortes relacionadas com o *ecstasy*, estas são raras.

Estima-se que 1,3 milhões de jovens adultos (15–34 anos) tenham consumido *ecstasy* no último ano (1,0 % da população nesta faixa etária), variando as estimativas nacionais entre menos de 0,1 % e 3,1 %. Na Europa, o consumo desta droga atingiu o seu ponto mais alto entre o início e meados da década de 2000, começando em seguida a diminuir (Figura 2.7). Entre 2007 e 2012, a maior parte dos países comunicou tendências estáveis ou decrescentes do consumo de *ecstasy*. Com exceção da Bulgária, que apresenta uma tendência em alta desde 2005, este declínio continua a observar-se nos 12 países que comunicam dados de inquéritos desde 2011. Em 2012, poucos consumidores iniciaram tratamento devido a

problemas relacionados com o *ecstasy*: este foi mencionado como droga principal por menos de 1 % (cerca de 550 utentes) das pessoas que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Europa.

Entre 2007 e 2012, a maior parte dos países comunicou tendências estáveis ou decrescentes do consumo de *ecstasy*

Catinonas sintéticas: o consumo injetado suscita preocupação

As catinonas sintéticas, nomeadamente a mefedrona e a MPDV, já se implantaram no mercado dos estimulantes ilícitos de alguns países. As informações limitadas disponíveis sugerem que os níveis de prevalência permanecem, contudo, baixos. Apenas no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) foram realizados inquéritos repetidos que incluem as catinonas. No inquérito mais recente (2012/2013), o consumo de mefedrona no ano passado por adultos com idades compreendidas entre 16 e 59 anos estava estimado em 0,5 %, o que representa um decréscimo em relação aos 1,1 % de 2011/2012 e aos 1,4 % de 2010/2011. Os resultados de um inquérito não representativo realizado a frequentadores habituais de locais de diversão noturna no Reino Unido revelam que no ano passado se registou igualmente uma quebra no consumo de mefedrona (de 19,5 % em 2011 para 13,8 % em 2012).

A injeção de catinonas, nomeadamente mefedrona, MDPV e pentedrona, continua a suscitar preocupação e tem sido assinalada entre diversas populações, incluindo consumidores de opiáceos por via intravenosa, utentes de serviços de tratamento da toxicod dependência, reclusos 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. Na Roménia, foi maior a proporção de utentes que iniciou tratamento pela primeira vez que indicou novas substâncias psicoativas como droga principal (37 %) do que aquela que indicou heroína (21 %). Estima-se que, em 2011/2012, terão iniciado tratamento no Reino Unido 1 900 consumidores de mefedrona, mais de metade dos quais com menos de 18 anos.

Baixo consumo de alucinogénios, GHB e cetamina

Existem várias substâncias psicoativas com propriedades alucinogénias, anestésicas e sedativas no mercado de drogas ilícitas da Europa: estas substâncias podem ser consumidas isoladamente, associadas a outras drogas mais comuns ou em sua substituição. Os níveis de prevalência globais do consumo de cogumelos alucinogénios e de LSD (ácido lisérgico dietilamida) na Europa têm-se mantido, de um modo geral, baixos e estáveis desde há muitos anos. Entre os jovens adultos (15–34 anos), os inquéritos nacionais reportaram, relativamente ao último ano, estimativas da prevalência do consumo de cogumelos alucinogénios que variam entre 0 % e 0,8 %, e de LSD que oscilam entre 0 % e 0,7 %.

Desde meados da década de 1990 que vem sendo referido o consumo recreativo de cetamina e de ácido gama-hidroxibutírico (GHB) entre alguns subgrupos de consumidores de droga na Europa. São cada vez mais conhecidos os problemas de saúde associados ao consumo destas substâncias, como é o caso dos problemas de bexiga resultantes do consumo prolongado de cetamina. A perda de consciência, a síndrome de abstinência e a dependência são riscos ligados ao consumo de GHB, tendo a Bélgica e os Países Baixos já comunicado alguns pedidos de tratamento.

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. A Dinamarca estabeleceu a prevalência do consumo de cetamina entre jovens adultos (15–34) no ano passado em 0,3 %, enquanto no Reino Unido essa prevalência foi de 0,8 % nos jovens com idades compreendidas entre 16 e 24 anos, em baixa em relação ao máximo de 2,1 % registado em 2010. Os inquéritos especificamente orientados para locais de diversão noturna apontam para níveis de prevalência mais elevados. No Reino Unido, entre os indivíduos que responderam a um inquérito aberto realizado através da Internet em 2013 e que foram identificados como frequentadores regulares de locais de diversão noturna, 31 % afirmaram ter consumido cetamina no ano anterior e 2 % afirmaram ter consumido GHB no mesmo período.

Existem várias substâncias psicoativas com propriedades alucinogénias, anestésicas e sedativas no mercado de drogas ilícitas da Europa

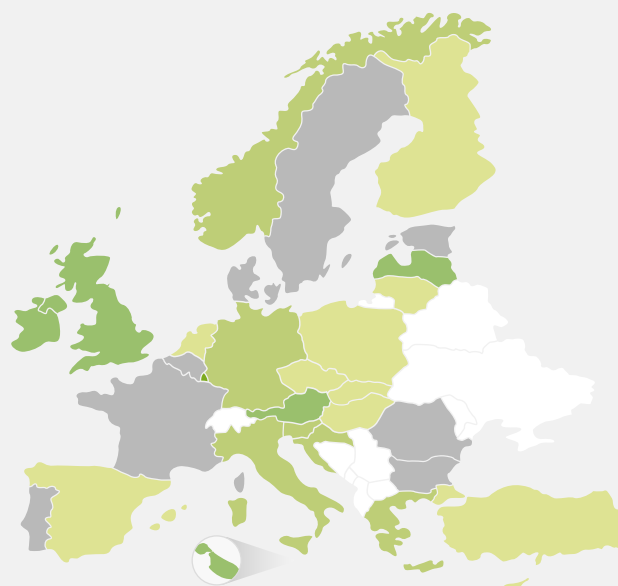
FIGURA 2.8

Estimativas nacionais da prevalência do consumo problemático de opiáceos no último ano

Casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos



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



Taxa por 1 000 habitantes

- <2,50
- 2,51–5,0
- >5,0
- Sem dados

NB: Os dados respeitantes à Finlândia são relativos a 2005 e os respeitantes à Irlanda a 2006.

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. No mercado das drogas ilícitas estão igualmente disponíveis outros opiáceos sintéticos, como a buprenorfina, a metadona e o fentanil. O consumo de opiáceos tende a ser mais elevado entre as populações marginalizadas das zonas urbanas.

A Europa conheceu diversas vagas de dependência da heroína, a primeira das quais afetou muitos países da Europa Ocidental a partir de meados da década de 1970 e a segunda a Europa Central e Oriental de meados a finais da década de 1990. Se bem que as tendências tenham variado ao longo da última década, em termos gerais, o recrutamento de novos consumidores de heroína parece estar a diminuir.

Estima-se que a prevalência média anual do consumo problemático de opiáceos entre a população adulta (15–64 anos) seja de cerca de 0,4 %, o que equivale a 1,3 milhões de consumidores problemáticos de opiáceos na Europa em 2012. A nível nacional, as estimativas da

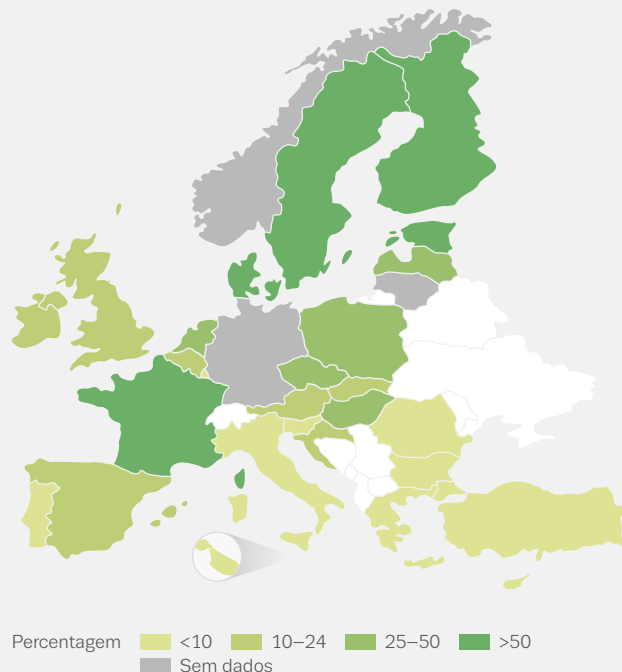
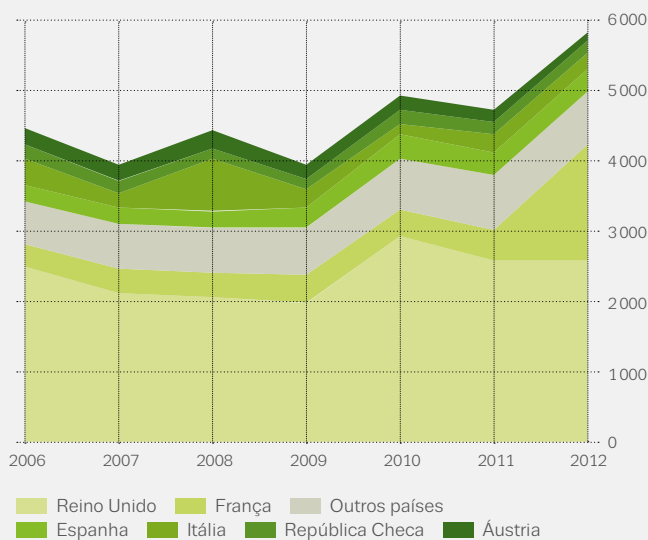
prevalência do consumo problemático de opiáceos variam entre menos de um e cerca de oito casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos (Figura 2.8).

Heroína: continua a diminuir a procura de tratamento

Os utentes que consomem opiáceos, sobretudo heroína, como droga principal, representam 46 % do número total de toxicodependentes que, em 2012, iniciaram um tratamento especializado na Europa (180 000 utentes) e cerca de 26 % dos que iniciaram um tratamento deste tipo pela primeira vez. O número total de novos utentes que procuram tratamento para a dependência da heroína está a diminuir na Europa, tendo-se cifrado em 31 000 em 2012, ou seja, pouco mais de metade do número recorde de 59 000 novos utentes atingido em 2007. Globalmente, afigura-se que o recrutamento de novos consumidores de heroína diminuiu e que essa diminuição está agora a repercutir-se na procura de tratamento.

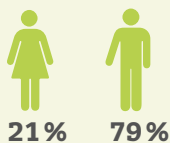
FIGURA 2.9

Utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez por consumo de outros opiáceos que não a heroína: tendências em números (esquerda) e em percentagem de todos os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez por consumo de opiáceos como droga principal (direita)



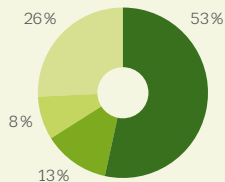
CONSUMIDORES DE HEROÍNA QUE INICIAM O TRATAMENTO

Características



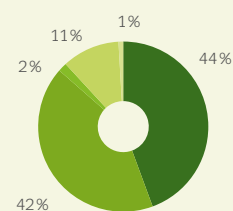
Idade média no início do consumo **22**

Idade média no início do tratamento **36**



Frequência do consumo no último mês

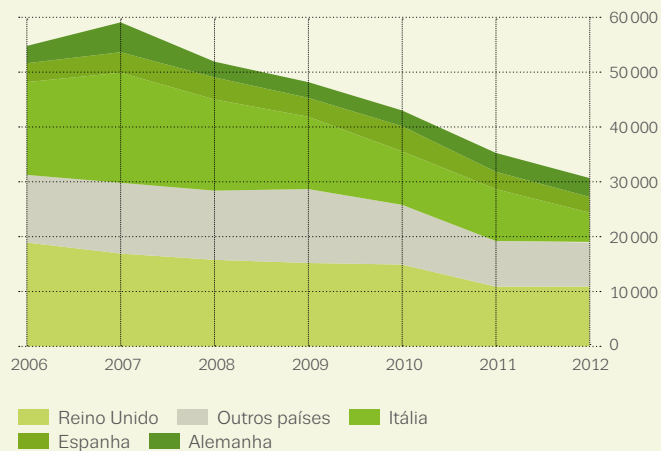
- Diário
- Duas a seis vezes por semana
- Uma vez por semana ou menos
- Não consumida no último mês



Via de administração

- Injetada
- Fumada/inalada
- Comida/bebida
- Aspirada
- Outra

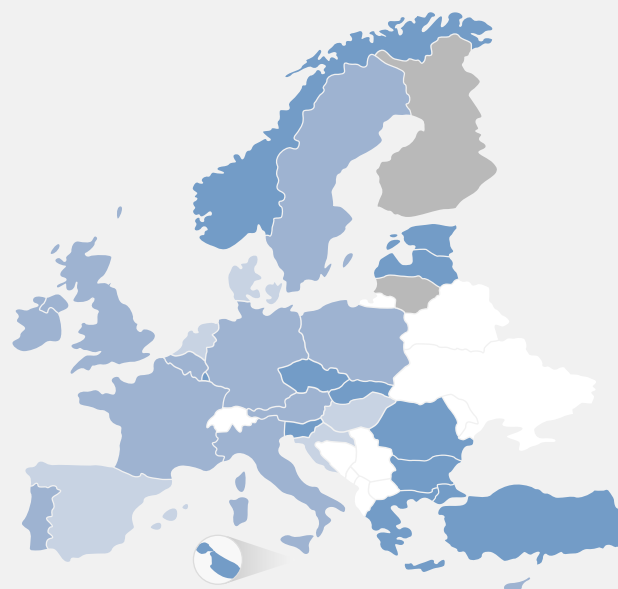
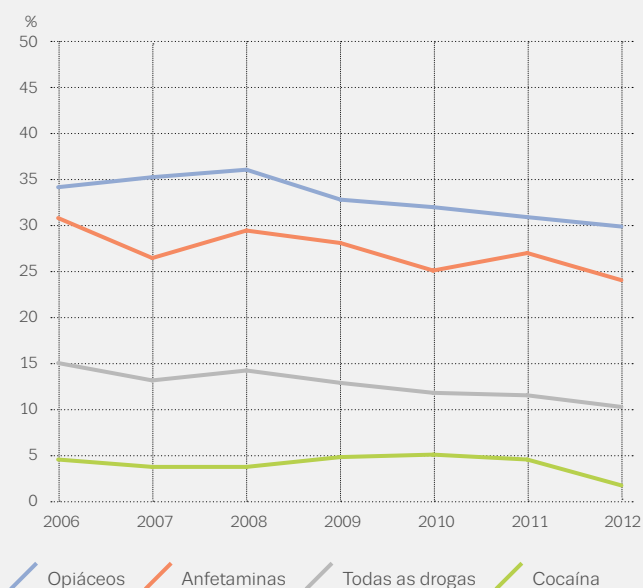
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



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

FIGURA 2.10

Prevalência do consumo de droga injetada no último mês entre os utentes que iniciaram o tratamento: tendências entre os utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez (esquerda), índices nacionais entre todos os utentes que iniciaram o tratamento (direita)



Percentagem 0-10 11-20 >20 Sem dados

Opiáceos que não a heroína: preocupação crescente

Em 2012, na maior parte dos países europeus (17), mais de 10 % dos utentes que iniciaram pela primeira vez um tratamento especializado devido ao consumo de opiáceos abusavam de outros opiáceos que não a heroína, incluindo metadona, buprenorfina e fentanil (Figura 2.9). Em alguns países, estas drogas já constituem a forma mais comum de consumo de opiáceos: na Estónia, a maioria dos utentes que iniciam tratamento devido ao consumo de opiáceos consome fentanil ilícito, enquanto na Finlândia a maioria dos utentes consumidores de opiáceos tem a buprenorfina como droga principal.

Consumo de droga injetada: um declínio prolongado

Os consumidores de droga injetada são dos que correm maiores riscos de sofrer problemas de saúde 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 alguns países. Doze países possuem estimativas recentes da prevalência do consumo de droga injetada, que variam de menos de um a aproximadamente seis casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Entre os utentes que iniciam tratamento especializado, 38 % dos

consumidores de opiáceos e 23 % dos consumidores de anfetaminas afirmam injetar a droga. Os níveis de consumo injetado entre os utentes consumidores de opiáceos variam de país para país, entre menos de 6 % nos Países Baixos e 100 % na Lituânia.

Uma análise das tendências ao longo do tempo entre os utentes que iniciam tratamento pela primeira vez na Europa revela que a injeção como principal via de administração tem vindo a perder terreno desde 2006 (Figura 2.10). A proporção de novos utentes que afirmam ter injetado anfetaminas, cocaína ou opiáceos no último mês também diminuiu ao longo do mesmo período.

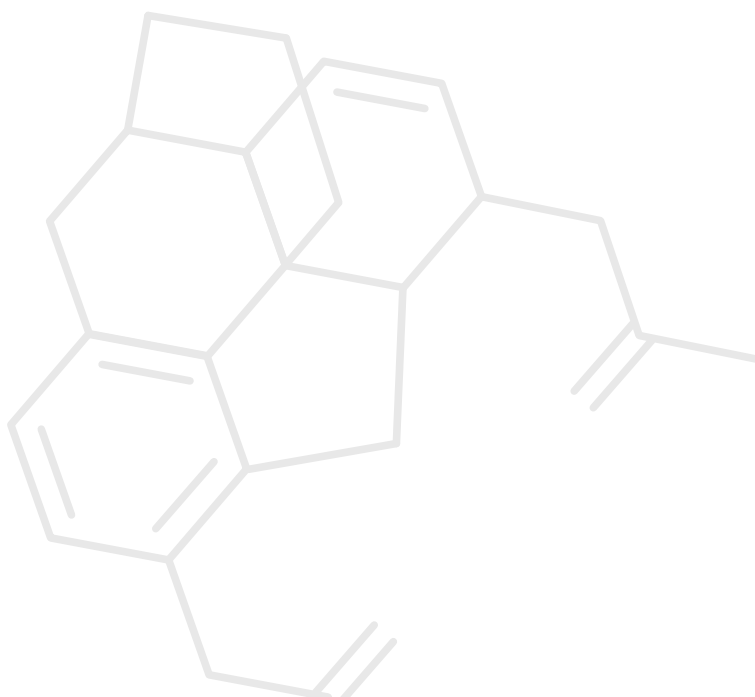
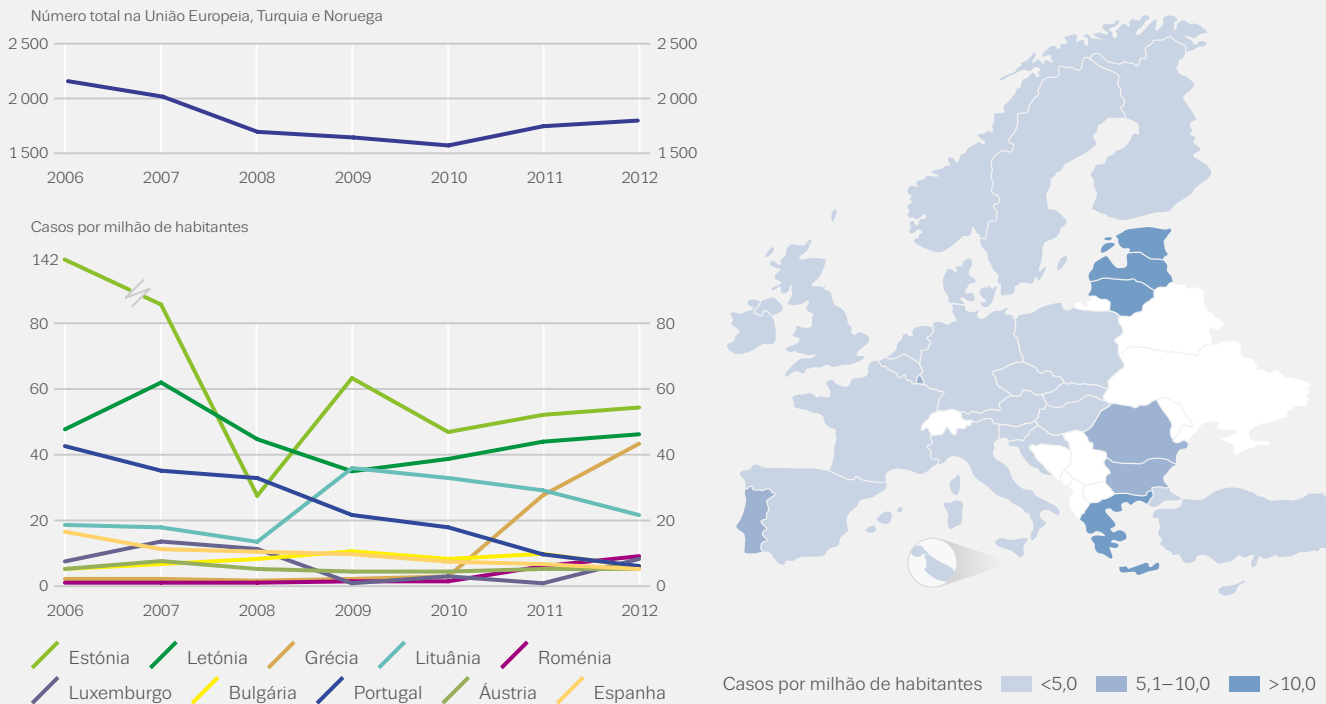


FIGURA 2.11

Novos casos diagnosticados de infeção por VIH relacionada com o consumo de droga injetada: tendências (esquerda) e dados mais recentes (direita)



NB: Novos casos de infeção por VIH diagnosticados entre consumidores de droga injetada nos 10 países que comunicaram os índices mais elevados em 2012 (fonte: ECDC).

VIH: impacto dos surtos na tendência da União

O consumo de drogas injetadas continua a ser um importante modo de transmissão de doenças infecciosas transmitidas por via sanguínea, como a hepatite C e, em alguns países, o VIH/SIDA. Os dados quantitativos mais recentes mostram que o prolongado declínio do número de diagnósticos de novos casos de VIH na Europa poderá ser interrompido em resultado dos surtos ocorridos entre os consumidores de droga injetada na Grécia e na Roménia (Figura 2.11). Em 2012, o índice médio de casos de infeção por VIH recentemente diagnosticados e atribuídos ao consumo de droga injetada era de 3,09 por milhão de habitantes. Embora estes dados possam vir a ser revistos, foram notificados 1 788 novos casos em 2012, um pouco mais do que em 2011 (1 732), confirmando-se assim a tendência para o aumento do número de casos observada desde 2010.

Enquanto em 2010 a Grécia e a Roménia contribuíram com apenas um pouco mais de 2 % do número total de novos casos notificados, em 2012 esta percentagem era já de 37 %. Noutros países, como Espanha e Portugal, que em alguns períodos do passado registaram taxas de infeção elevadas, o número de novos casos notificados continua a diminuir tendencialmente. A situação é bastante menos positiva na Estónia, onde a taxa de novos

casos notificados permanece elevada, e na Letónia, onde as taxas anuais têm vindo a aumentar desde 2009.

A mortalidade relacionada com o VIH é a causa indireta de morte de consumidores de droga mais bem documentada. A estimativa mais recente sugere que, em 2010, cerca de 1 700 pessoas morreram de VIH/SIDA atribuível ao consumo de droga injetada na Europa e que esta tendência é decrescente. As doenças hepáticas, sobretudo devidas à infeção pelo VHC e frequentemente agravadas pelo elevado consumo de álcool, também são suscetíveis de causar um número considerável e crescente de mortes entre os consumidores de droga injetada.

A mortalidade relacionada com o VIH é a causa indireta de morte de consumidores de droga mais bem documentada

Hepatite e outras infeções: problemas de saúde graves

A hepatite viral e, em especial, a infeção causada pelo vírus da hepatite C (VHC), tem uma elevada prevalência entre os consumidores de droga injetada de toda a Europa. Os níveis de anticorpos do VHC nas amostras nacionais de consumidores de droga injetada analisadas em 2011–2012 variavam entre 19 % e 84 %, tendo sete dos onze países que notificaram dados nacionais apresentado taxas de prevalência superiores a 50 % (Figura 2.12). Entre os países que dispõem de dados sobre as tendências nacionais registadas no período 2007–2012, observou-se um decréscimo da prevalência do VHC entre os consumidores de droga injetada na Noruega, enquanto em sete outros países se observou um aumento.

Em média, nos 18 países com dados disponíveis relativos ao período 2011–2012, o consumo de droga injetada é responsável por 64 % dos casos de VHC diagnosticados e por 50 % dos casos agudos notificados (em que a categoria de risco é conhecida). Relativamente à hepatite B, os consumidores de droga injetada respondem por 9 % dos casos diagnosticados e 21 % dos casos agudos notificados. O consumo de droga pode ser um fator de

risco para outras doenças infecciosas, incluindo a hepatite A e D, as doenças sexualmente transmissíveis, a tuberculose, o tétano e o botulismo. Esporadicamente, são igualmente notificados na Europa surtos de infeção por antraz, provavelmente causados por heroína contaminada. Por exemplo, entre junho de 2012 e março de 2013, foram notificados 15 casos de antraz relacionados com o consumo de droga, sete dos quais mortais.

Mortes por overdose: redução global, apesar de aumentos em alguns países

O consumo de droga é uma das principais causas de mortalidade entre os jovens na Europa, tanto diretamente, através de *overdoses* (mortes induzidas pela droga), como indiretamente, através de doenças, acidentes, violência e suicídios relacionados com o consumo de droga. 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. No caso de consumidoras de opiáceos do sexo feminino, em alguns países, o risco de morte pode ser até 30 vezes superior ao dos seus pares.

A *overdose* continua a ser a principal causa de morte entre os consumidores problemáticos de droga. A heroína ou os seus metabolitos estão presentes na maioria dos casos notificados, muitas vezes associados a outras substâncias, como o álcool ou as benzodiazepinas. Para além da heroína, os relatórios toxicológicos mencionam regularmente outros opiáceos, como a metadona, a buprenorfina, os fentanils e o tramadol, substâncias que, segundo alguns países, são responsáveis por uma parte substancial das mortes por *overdose*. Em dois países, o número de *overdoses* relacionadas com a metadona é superior ao número de *overdoses* relacionadas com a heroína. Na maior parte dos casos em que é identificada metadona, na altura da morte a vítima não está em tratamento de substituição, consumindo metadona desviada num contexto de policonsumo de droga.

Embora as mortes relacionadas com o consumo de drogas de pessoas muito jovens suscitem bastante preocupação, apenas 10 % das mortes por *overdose* notificadas na Europa vitimam pessoas com menos de 25 anos. As vítimas típicas de morte por *overdose* têm pelo menos 35 anos e a sua idade média está a aumentar, o que sugere um envelhecimento da coorte de consumidores

FIGURA 2.12

Prevalência de anticorpos de VHC entre os consumidores de droga injetada, 2011/2012

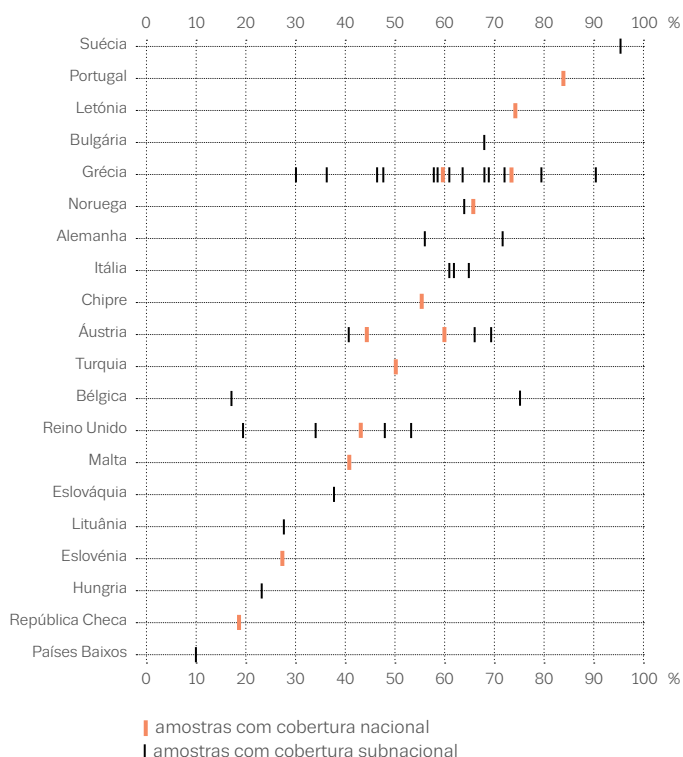
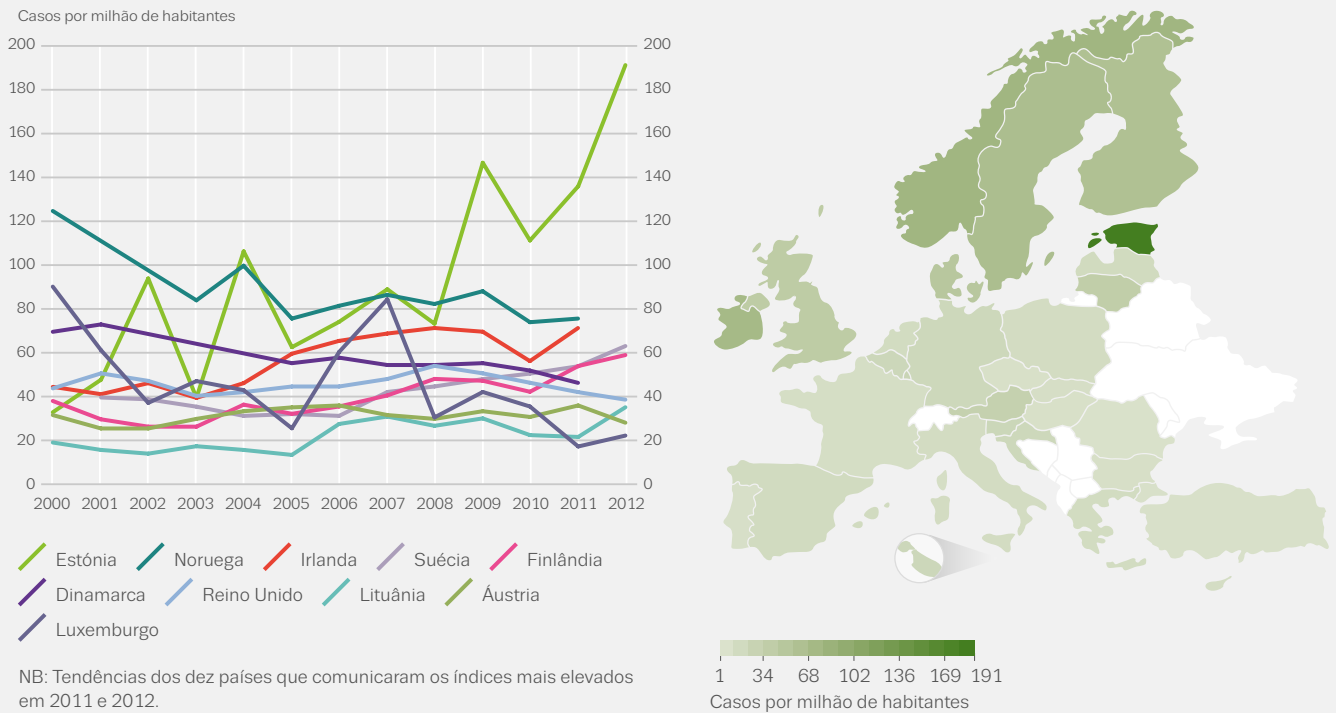


FIGURA 2.13

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



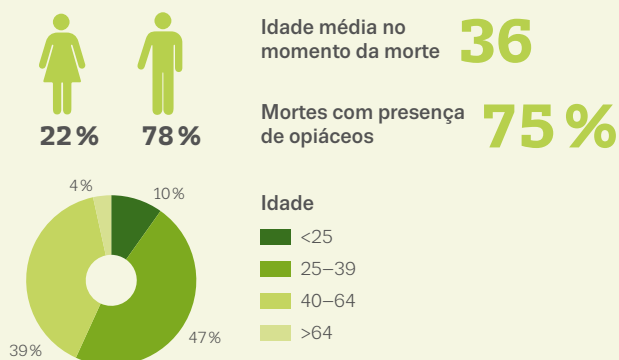
problemáticos de opiáceos. A maior parte das vítimas de morte por *overdose* (78 %) são do sexo masculino.

Estima-se que, em 2012, a taxa média de mortalidade devida a *overdoses* na Europa tenha sido de 17 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

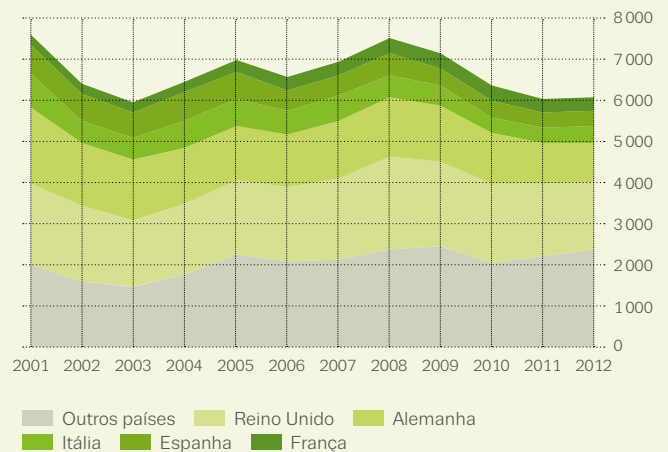
os padrões de consumo de droga, em especial o consumo injetado, as características das populações consumidoras e as práticas de notificação. Seis países notificaram taxas superiores a 40 mortes por milhão de habitantes, sendo as mais elevadas notificadas pela Noruega (76 por milhão) e pela Estónia (191 por milhão) (Figura 2.13). As mortes por *overdose* na Estónia sofreram um aumento muito marcado e ilustram o impacto que os diferentes padrões de

MORTES INDUZIDAS PELA DROGA

Características



Tendências nas mortes por *overdose*



consumo de drogas podem ter nos dados nacionais – neste país, as mortes por *overdose* estão associadas, essencialmente, ao consumo de fentanil, que são opiáceos sintéticos extremamente potentes.

Entre 2003 e 2008/2009, a maior parte dos países comunicou uma tendência para o aumento das mortes por *overdose*; em seguida, os níveis globais estabilizaram, antes de começarem a descer. Globalmente, foram notificadas cerca de 6 100 mortes por *overdose* em 2012, número próximo do notificado em 2011 e consideravelmente inferior aos 7 100 casos registados em 2009. No entanto, a situação varia de país para país, havendo alguns que continuam a notificar aumentos.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2014

Injection of cathinones, série Perspetivas sobre drogas.

Wastewater analysis and drugs: results from a European multi-city study, série Perspetivas sobre drogas.

2013

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

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

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, série 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, 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: Epidemiology, e Parte II: Health effects of cannabis use, Monografias.

Publicações conjuntas do EMCDDA e do ESPAD

2012

Resumo Relatório ESPAD 2011.

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 se encontram disponíveis em www.emcdda.europa.eu/publications

3

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

Respostas sanitárias e sociais para problemas relacionados com drogas

O presente capítulo aborda as intervenções destinadas a prevenir, tratar e reduzir os danos relacionados com o consumo de drogas. Analisa se os países adotaram abordagens comuns, em que medida estão a par das melhores práticas disponíveis e se os serviços disponibilizados são suficientes para satisfazer as necessidades estimadas.

Monitorização das respostas sanitárias e sociais

O presente capítulo baseia-se nas avaliações anuais fornecidas pelos pontos focais do EMCDDA, complementadas por dados 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 conjuntos de dados oficiais. O presente capítulo tem igualmente em conta análises dos dados científicos disponíveis sobre a eficácia das intervenções de saúde pública.

Para mais informações, consultar as rubricas *Health and social responses profiles* (Perfis de respostas sanitárias e sociais), *European Drug Report: Data and statistics* (Relatório Europeu sobre Drogas: dados e estatísticas) e *Best practice portal* (Portal de boas práticas) no sítio Web do Observatório.

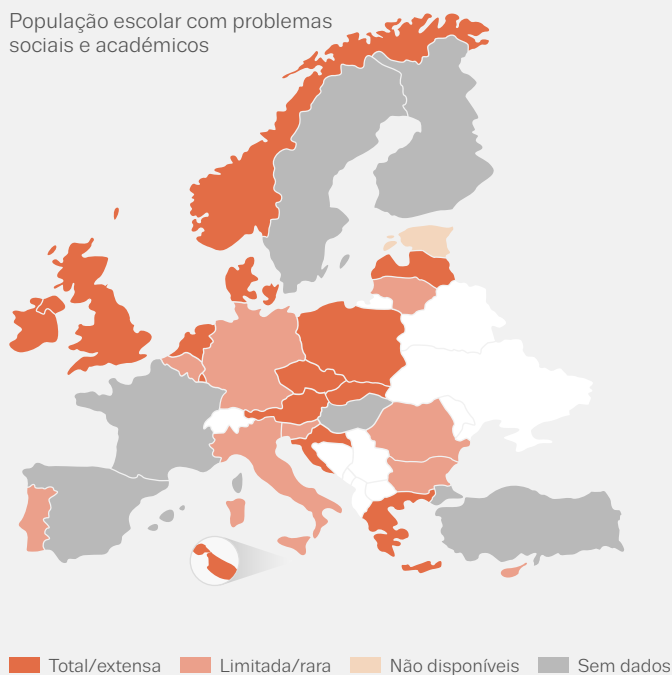
Prevenção da toxicodependência junto de grupos de jovens vulneráveis

Utiliza-se toda uma série de estratégias de prevenção para combater o consumo de droga e os problemas relacionados com a droga. As abordagens ambientais e universais são direcionadas para a população em geral, as de prevenção seletiva para os grupos vulneráveis, que podem correr um maior risco de vir a ter problemas relacionados com o consumo de droga e as de prevenção específica para as pessoas em risco. No relatório deste ano, a ênfase é colocada na prevenção seletiva, uma

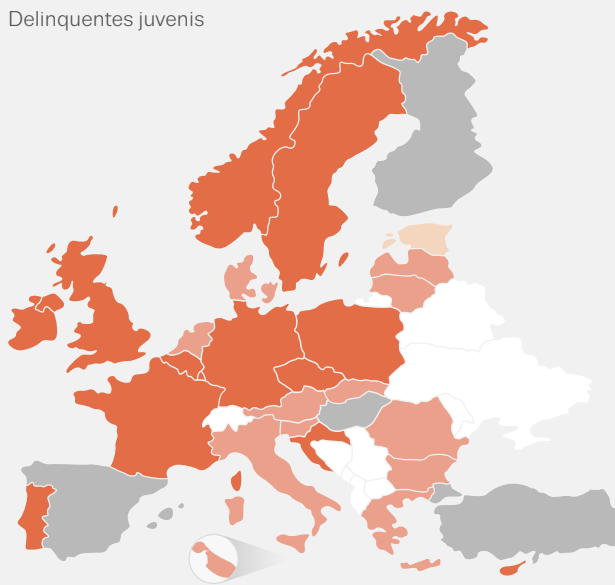
FIGURA 3.1

Disponibilidade de intervenções específicas de prevenção da toxicod dependência para grupos vulneráveis selecionados (avaliações de peritos, 2012)

População escolar com problemas sociais e académicos



Delinquentes juvenis



■ Total/extensa
 ■ Limitada/rara
 ■ Não disponíveis
 ■ Sem dados

abordagem de cuja eficácia existem cada vez mais indicações, nomeadamente no que respeita aos programas centrados no estabelecimento de normas, na reestruturação ambiental, na motivação, nas competências e na tomada de decisões. No entanto, muitos programas continuam a basear-se na prestação de informações, na sensibilização e no aconselhamento, abordagens que não se têm revelado particularmente eficazes.

Dois importantes grupo-salvo para intervenções de prevenção seletiva são os estudantes com problemas sociais e de aproveitamento escolar e os jovens delinquentes (Figura 3.1). Avaliações de peritos sugerem um aumento global destas intervenções junto de ambos os grupos entre 2007 e 2010, mas a situação não se terá alterado em 2013.

No caso das intervenções direcionadas para estudantes, há indicações que sugerem que estratégias que melhorem o ambiente na escola podem levar a uma redução do consumo de substâncias. Neste domínio, as abordagens incluem a formação de professores e medidas destinadas a melhorar a participação dos estudantes e a promover uma cultura de escola positiva. Outras abordagens de prevenção centradas nos estudantes visam reforçar o seu autocontrolo e conferir-lhes competências sociais, enquanto as abordagens centradas na família visam melhorar as competências parentais.

Relativamente aos jovens delinquentes, a maior parte dos países comunicou a introdução de medidas alternativas a sanções penais. Um programa digno de nota nesta área é o programa *FreD*, um conjunto de intervenções teóricas, que já foi implementado em 15 Estados-Membros da União. As avaliações deste programa revelaram uma diminuição nos índices de reincidência.

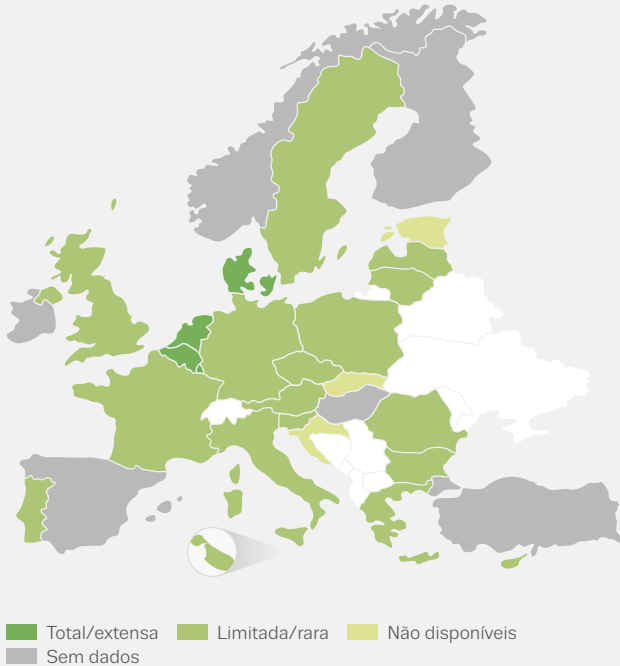
Reduzir os danos em contextos de diversão noturna: necessidade de uma abordagem integrada

É bem conhecida a associação entre os locais de diversão noturna e certos padrões de alto risco de consumo de drogas e álcool. Todavia, não só um número limitado de países europeus adotou estratégias de prevenção neste domínio (Figura 3.2) como as avaliações de peritos sugerem um abrandamento das atividades entre 2010 e 2013.

A nível europeu, as normas elaboradas por *Club Health* e *Safer Nightlife* oferecem orientações para a implementação de programas de prevenção em contextos recreativos. No que respeita à redução dos danos, têm sido obtidos resultados positivos com abordagens de prevenção integradas e ambientais, que incluem componentes como a venda responsável de álcool, a formação do pessoal dos bares e de segurança e a cooperação com as forças da ordem.

FIGURA 3.2

Disponibilidade de intervenções de prevenção da toxicodependência em locais de diversão noturna (avaliações de peritos, 2012)



Particularmente preocupante é o facto de muitos jovens regressarem a casa a conduzir depois de terem estado em locais de diversão noturna a consumir álcool e drogas. Uma análise recente concluiu que campanhas bem focalizadas na comunicação social aliadas à oferta de transportes públicos gratuitos e a horas tardias podem reduzir o número de acidentes de viação provocados pela condução sob o efeito do álcool. São, contudo, raras as intervenções que visam a condução sob o efeito de drogas.

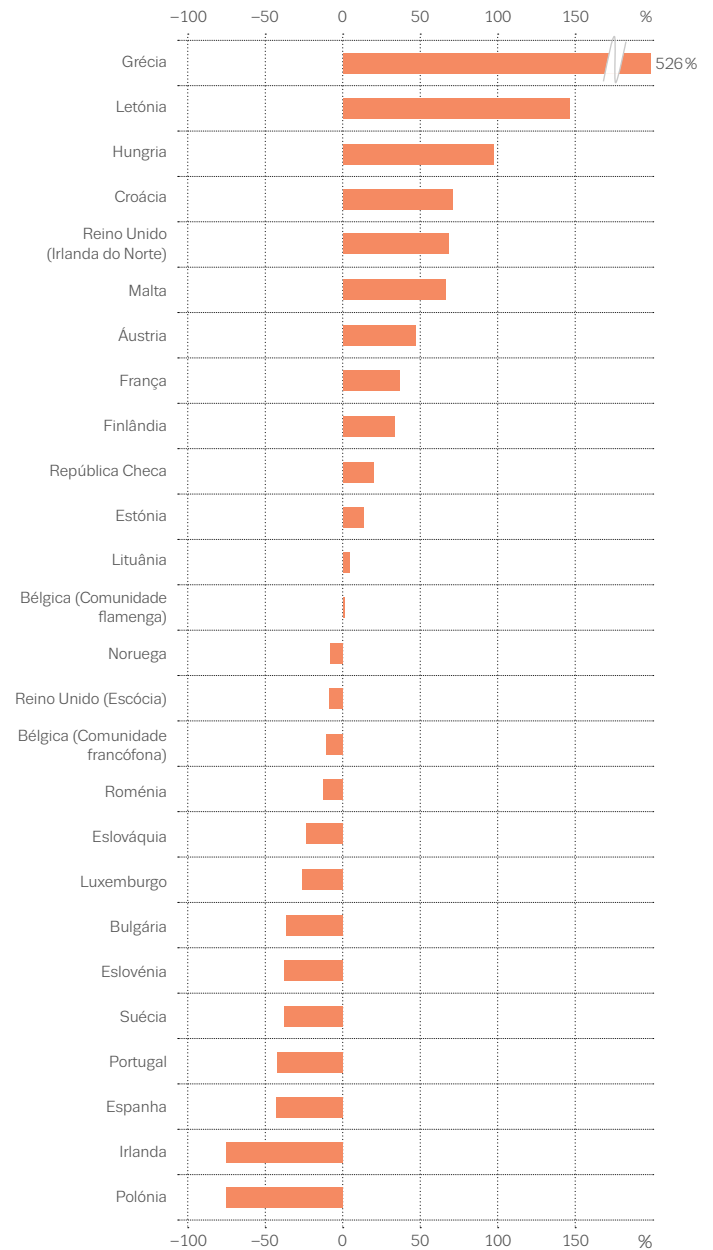
Evitar a propagação de doenças infecciosas

Os consumidores de drogas, principalmente os consumidores de drogas injetadas, correm o risco de contrair doenças infecciosas através da partilha de materiais de consumo de droga e de relações sexuais não protegidas. 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, está já claramente demonstrado que 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.

O número de seringas distribuídas na Europa (26 países) através de programas especializados aumentou de

FIGURA 3.3

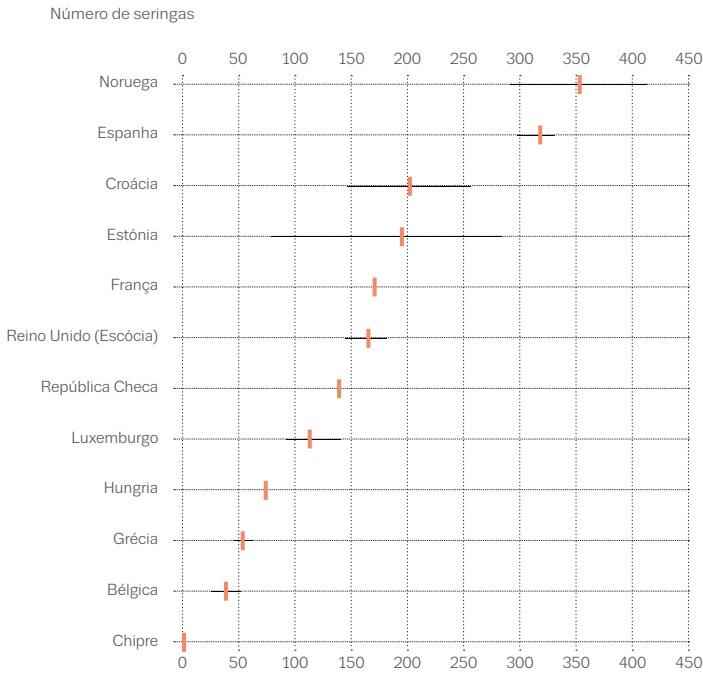
Alteração do número de seringas distribuídas através de programas especializados entre 2007 e 2012



42,9 milhões em 2007 para 46,0 milhões em 2012. A nível nacional, as discrepâncias são evidentes, com cerca de metade dos países a notificarem um aumento do número de seringas distribuídas e a outra metade uma diminuição (Figura 3.3). Os aumentos podem ser explicados pela expansão da rede de distribuição, que por vezes era bastante limitada, enquanto as diminuições podem ser explicadas por uma retração dessa rede ou por uma quebra da procura. Nos 12 países que dispõem de estimativas recentes do número de consumidores de droga injetada, o número médio de seringas distribuídas por consumidor de droga injetada através de programas especializados em 2012 oscilou entre zero, em Chipre, e mais de 300, em Espanha e na Noruega (Figura 3.4).

FIGURA 3.4

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



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

Conforme já foi referido no Capítulo 2, a Grécia e a Roménia notificaram recentemente surtos de novas infeções por VIH entre consumidores de droga injetada. Estes surtos desencadearam um exercício de avaliação de riscos destinado a identificar se outros países poderiam estar vulneráveis a novos surtos de VIH. A Figura 3.5 apresenta uma panorâmica de alguns dos principais indicadores de risco potencial. Com base nesta análise simples, pode considerar-se que cerca de um terço dos países apresenta alguns fatores de risco, o que sugere a necessidade de vigilância contínua e de um aumento da cobertura das medidas de prevenção do VIH.

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 sobre a hepatite C continuam a ser limitadas. Apesar das crescentes indicações da eficácia do tratamento antiviral da hepatite C para os consumidores de droga injetada infetados, os seus níveis de administração permanecem baixos.

FIGURA 3.5

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

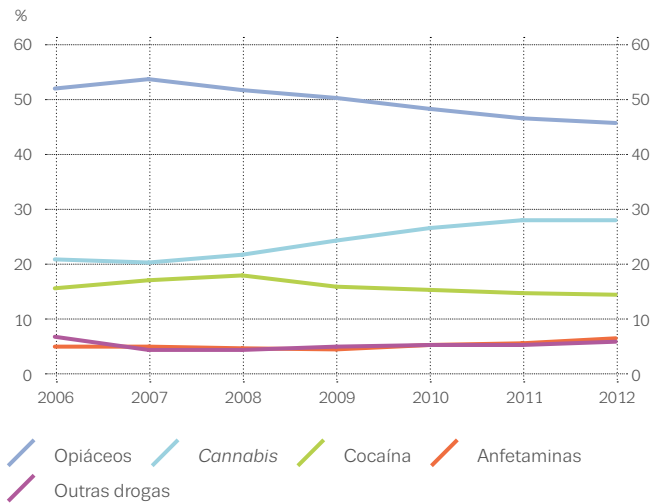
	Bélgica	Bulgária	República Checa	Dinamarca	Alemanha	Estónia	Irlanda	Grécia	Espanha	França	Croácia	Itália	Chipre	Letónia	Lituânia	Luxemburgo	Hungria	Malta	Países Baixos	Áustria	Polónia	Portugal	Roménia	Eslovénia	Eslováquia	Suécia	Finlândia	Reino Unido	Turquia	Noruega
Prevalência e tendências do VIH	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo
Prevalência e tendências do consumo de droga injetada (risco de transmissão)	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo
Cobertura do tratamento de substituição – menos de 30 %	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo
Cobertura da distribuição de agulhas e seringas – menos de 100 seringas por consumidor de droga injetada	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo

Amarelo: Nenhum dos seguintes fatores de risco identificado: aumento do número de casos de VIH notificados ou da prevalência do VIH ou do VHC; aumento do risco de transmissão; baixa cobertura das intervenções.
 Laranja: Fatores de risco possivelmente presentes: aumento subnacional da prevalência ou do risco de transmissão do VIH ou do VHC; aumento constante mas não significativo a nível nacional.
 Vermelho: Fator de risco presente: aumento significativo de notificações de casos de VIH ou da prevalência do VIH ou do VHC; aumento do risco de transmissão; baixa cobertura das intervenções.
 Cinza: Informação não disponibilizada ao ECDC ou ao EMCDDA.

Adaptado de *Eurosurveillance* 2013;18(48):pii=20648.

FIGURA 3.6

Percentagem de utentes que deram entrada nos serviços especializados de tratamento da toxicod dependência, por droga principal



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

A redução das *overdoses* fatais e de outras mortes relacionadas com a droga continua a ser um importante desafio para a 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 toxicod dependência, em especial o tratamento de substituição de opiáceos, previne *overdoses* e reduz o risco de mortalidade dos consumidores de drogas. A formação na resposta a *overdoses* acompanhada da distribuição de naloxona, uma droga antagonista dos opiáceos, pode salvar vidas em situações de *overdose*. Um tipo de intervenção que visa, simultaneamente, reduzir a ocorrência de *overdoses* e aumentar a probabilidade de sobrevivência a uma *overdose* é a utilização de instalações de consumo supervisionado. Atualmente, seis Estados-Membros da União e a Noruega disponibilizam instalações deste tipo – 73 no total. Nos últimos três anos, foram encerradas várias instalações deste tipo nos Países Baixos, devido a uma quebra na procura, e abertas quatro novas na Dinamarca e uma na Grécia.

Mais de um milhão de europeus em tratamento da toxicod dependência

Estima-se que, em 2012, pelo menos 1,3 milhões de pessoas tenham recebido tratamento na Europa por consumo de drogas ilícitas. Os consumidores de opiáceos constituem o maior grupo em tratamento e os dados relativos aos utentes que iniciaram tratamento (Figura 3.6)

sugerem que os consumidores de *cannabis* e de cocaína são o segundo e o terceiro maiores grupos, embora se observem diferenças de país para país.

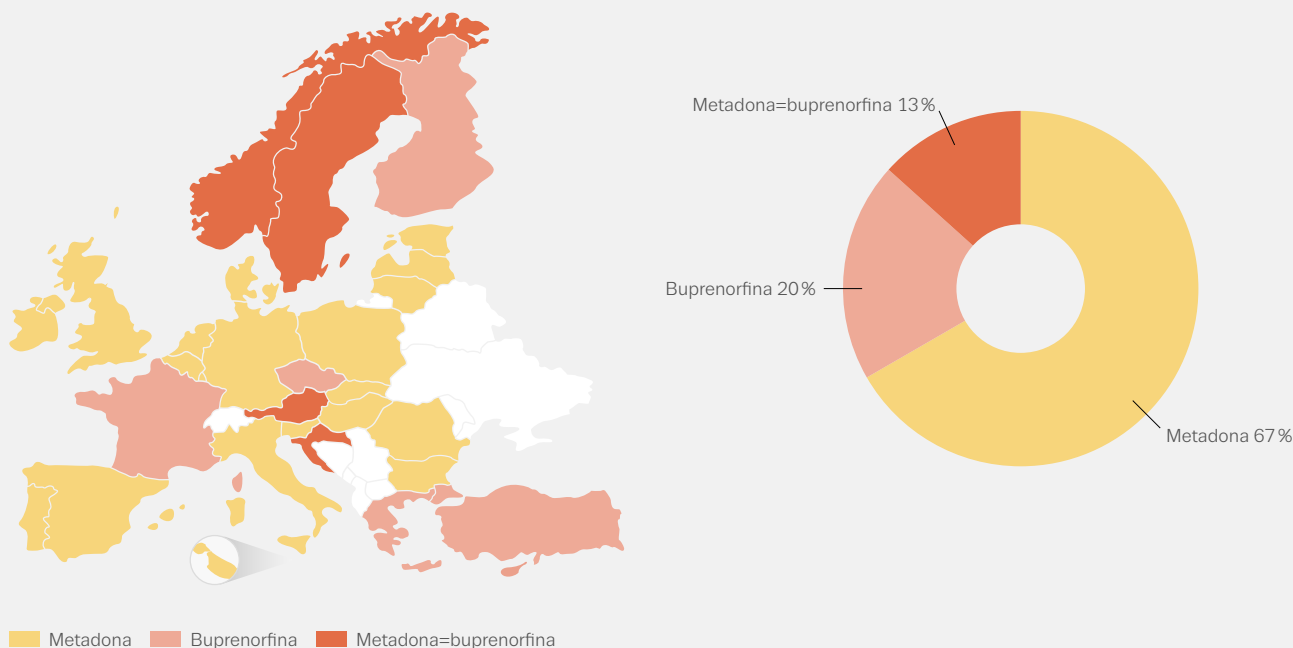
A maior parte dos tratamentos é realizado em regime ambulatorio, em centros especializados, centros de saúde, consultórios de médicos de clínica geral e serviços debaixo limiar de exigência. Uma proporção considerável dos tratamentos da toxicod dependência é igualmente realizada em regime residencial, nomeadamente em centros residenciais de tratamento especializado, comunidades terapêuticas e centros residenciais em serviços hospitalares (por exemplo, hospitais psiquiátricos). Uma abordagem nova e inovadora do tratamento é a prestação de serviços através da Internet, o que permite às pessoas que procuram ajuda para um problema relacionado com o consumo de droga ter acesso a programas de tratamento sem saírem de casa.

Na Europa, o tratamento de substituição, normalmente combinado com intervenções psicossociais, é o tratamento mais comum para a dependência de opiáceos. Os dados disponíveis confirmam que esta abordagem combinada contribui para manter os doentes em tratamento e para reduzir o consumo de opiáceos ilícitos, bem como os danos e a mortalidade relacionados com a droga. As intervenções psicossociais são a forma de tratamento mais utilizada para os consumidores dependentes de estimulantes, havendo estudos que sugerem que tanto a terapia cognitivo-comportamental como a gestão de contingência têm dado resultados positivos. Um número crescente de países já oferece tratamentos específicos para a *cannabis*; neste contexto, os dados disponíveis reconhecem as vantagens de uma combinação da terapia cognitivo-comportamental, da intervenção motivacional e da gestão de contingência. Alguns resultados favorecem o recurso à terapia familiar multidimensional no caso de jovens consumidores de *cannabis*.

A redução das *overdoses* fatais e de outras mortes relacionadas com a droga continua a ser um importante desafio para a política de saúde pública na Europa

FIGURA 3.7

Medicação de substituição de opiáceos predominante a nível nacional (esquerda) e em percentagem de utentes em tratamento de substituição na Europa (direita)



Tratamento de substituição: a principal modalidade de tratamento em regime ambulatorio

A metadona é o medicamento de substituição mais prescrito, chegando a ser administrada a dois terços dos utentes de substituição, enquanto a buprenorfina é prescrita à maior parte dos restantes utentes (cerca de 20 %) e é o principal medicamento de substituição em seis países (Figura 3.7). Cerca de 6 % dos tratamentos de substituição disponibilizados na Europa assentam na prescrição de outras substâncias, como a morfina de libertação lenta ou a diacetilmorfina (heroína).

Estimase que, em 2012, 734 000 consumidores de opiáceos terão recebido tratamento de substituição na Europa. Este número é relativamente estável quando comparado com o de 2011 (726 000), mas superior ao número estimado de 2007 (630 000) (Figura 3.8). Em 2012, cinco países notificaram aumentos superiores a 25 % do número de utentes em relação à estimativa do ano anterior. O maior aumento foi registado na Turquia (250 %), seguida da Grécia (45 %) e da Letónia (28 %). No entanto, os aumentos percentuais nestes três países partiram de números de base relativamente baixos. Em contrapartida, no mesmo período, a Roménia (-30 %) notificou a mais elevada quebra percentual do número de utentes estimado.

FIGURA 3.8

Tendências do número de utentes em tratamento de substituição de opiáceos

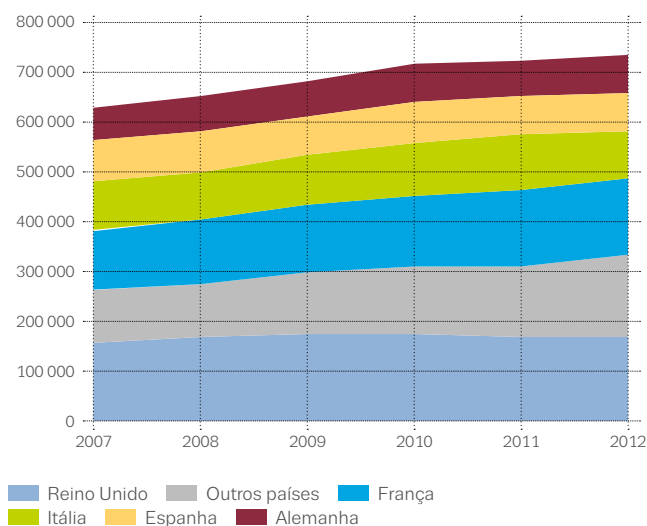
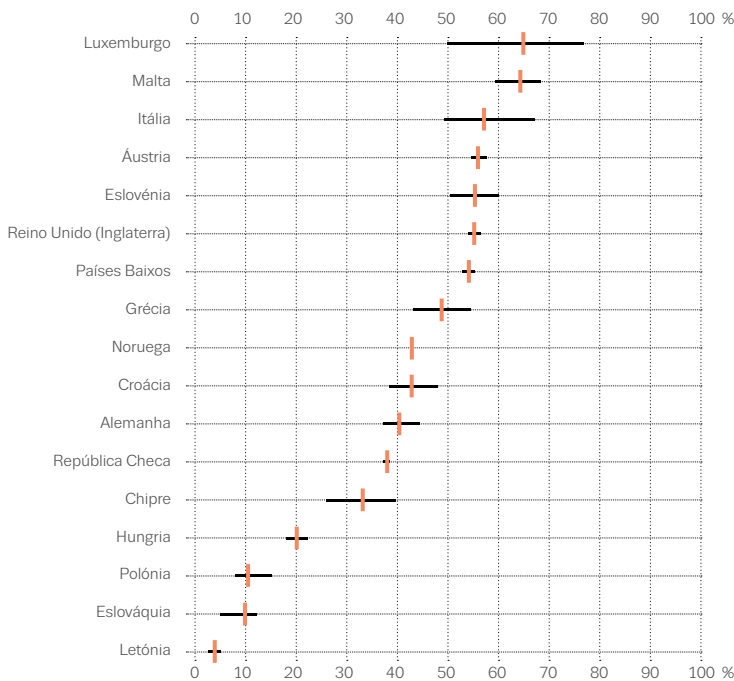


FIGURA 3.9

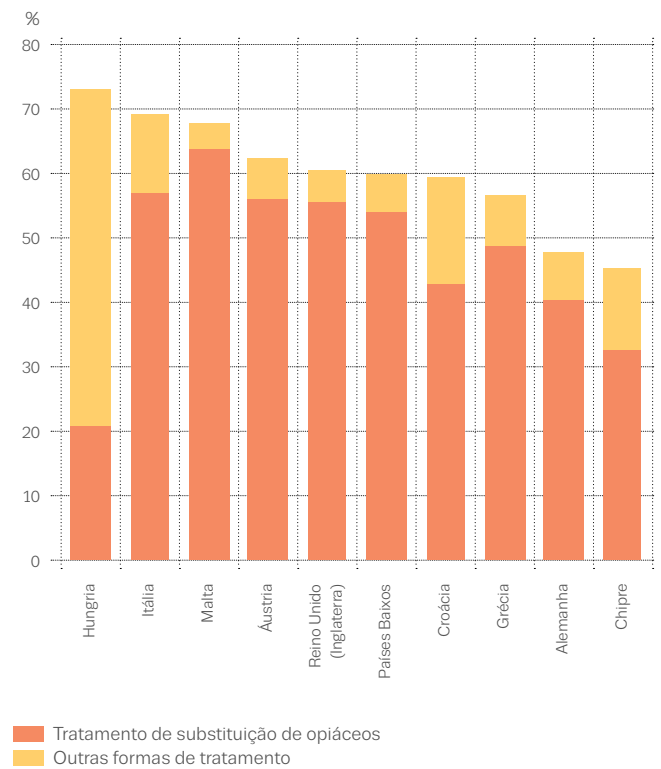
Percentagem de consumidores problemáticos de opiáceos que recebem tratamento de substituição (estimativa)



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

FIGURA 3.10

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



Cobertura do tratamento: mais de metade dos consumidores de opiáceos estão em tratamento de substituição

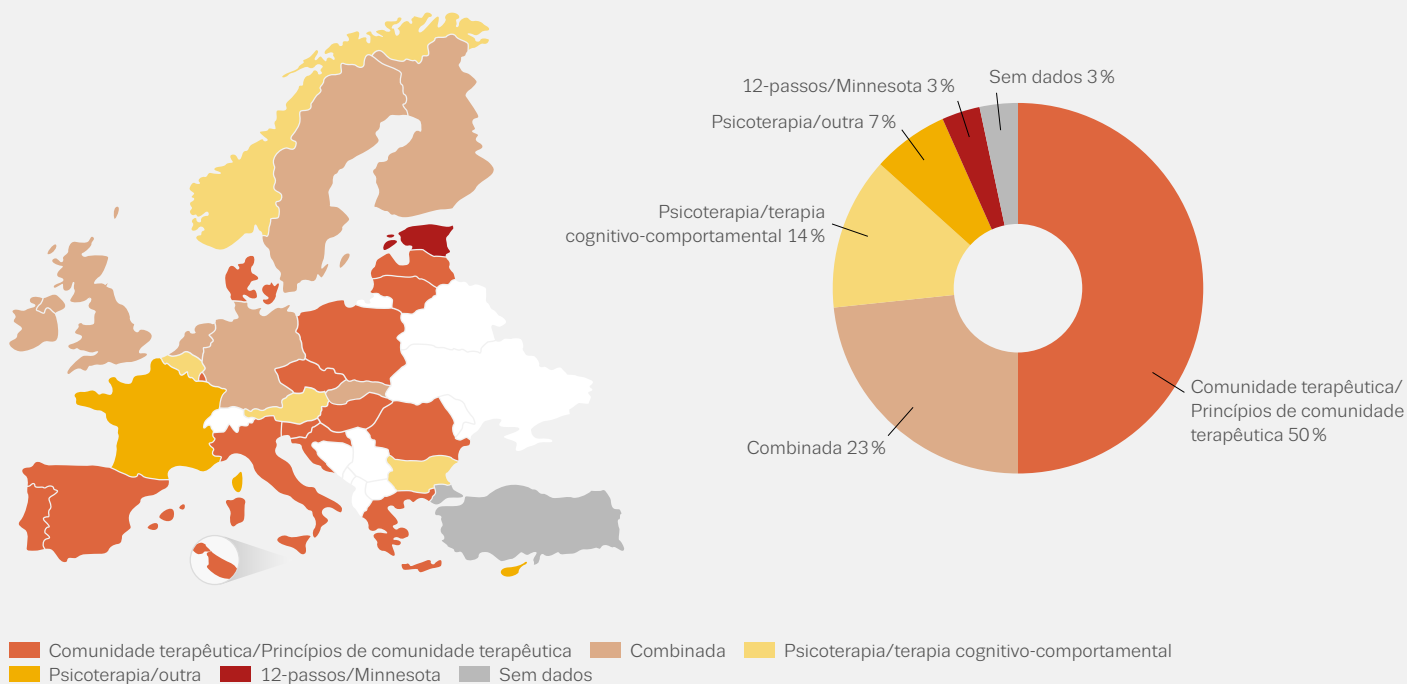
A cobertura do tratamento de substituição de opiáceos – ou seja, a proporção de toxicod dependentes que necessita de intervenção e que a recebe – está estimada em mais de 50 % dos consumidores problemáticos de opiáceos. Esta estimativa deve ser encarada com precaução, por razões metodológicas, apesar de, em muitos países, a maior parte dos consumidores de opiáceos estar – ou já ter estado – em contacto com serviços de tratamento. Contudo, ainda subsistem grandes diferenças nas taxas de cobertura nacionais, tendo as taxas estimadas mais baixas (de cerca de 10 % ou menos) sido notificadas pela Letónia, Eslováquia e Polónia (Figura 3.9).

Em todos os países europeus, é disponibilizado tratamento sem medicamentos de substituição aos consumidores de opiáceos. Nos dez países que forneceram dados suficientes, a cobertura do tratamento sem medicamentos de substituição situa-se normalmente entre 3 % e 17 % dos consumidores problemáticos de opiáceos, com exceção da Hungria, onde ultrapassa 50 % (Figura 3.10).



FIGURA 3.11

Abordagem terapêutica predominante nos programas residenciais, em números totais, a nível nacional (esquerda) e a nível europeu (direita), 2011



Tratamento em regime residencial: predomina a abordagem da comunidade terapêutica

Na maior parte dos países europeus, os programas de tratamento em regime residencial constituem uma opção importante para o tratamento e reabilitação de toxicodependentes. Um estudo recente do Observatório identificou na Europa 2 500 centros de tratamento em regime residencial, mais de dois terços dos quais concentrados em seis países: Alemanha, Espanha, Irlanda, Itália, Suécia e Reino Unido. Os centros residenciais comunitários formam a maior parte deste grupo (2 330); de acordo com as informações comunicadas, em 17 países todos os centros residenciais são deste tipo. Foram ainda identificados na Europa 170 programas de tratamento em regime residencial em hospitais.

Muitos programas residenciais concentram-se na saúde, no funcionamento pessoal e social e na melhoria da qualidade de vida. Os programas residenciais caracterizam-se por quatro abordagens terapêuticas: os 12 passos ou o modelo de Minnesota, o modelo da comunidade terapêutica, a psicoterapia com recurso à terapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia com recurso a outros modelos. Destas quatro abordagens, o «modelo da comunidade terapêutica» é predominante em 15 países (Figura 3.11).

Os dados sobre a eficácia das comunidades terapêuticas livres de drogas são inconclusivos, em parte devido às dificuldades metodológicas em realizar investigações sobre os resultados dos tratamentos neste domínio. A maior parte dos trabalhos de investigação sobre esta matéria realizados na Europa são estudos de observação, pelo que as suas conclusões são, necessariamente, pouco rigorosas. Contudo, de um modo geral, estes estudos apontam para resultados positivos dos tratamentos, quando estes não são interrompidos prematuramente e os períodos passados na comunidade são mais longos. A quase totalidade dos estudos de observação refere que os residentes das comunidades terapêuticas revelam reduções no consumo de droga e no número de detenções, bem como melhorias na qualidade de vida.

Embora, tradicionalmente, os programas de tratamento residenciais fossem exclusivamente livres de drogas, dados atuais indicam que está a aumentar a disponibilização de medicação de substituição no âmbito de programas de tratamento residenciais para consumidores de opiáceos. 18 dos 25 países que forneceram informações indicaram algum nível de integração da substituição de opiáceos no tratamento da toxicod dependência em centros residenciais (Figura 3.12).

FIGURA 3.12

Disponibilidade de substituição de opiáceos no âmbito de programas residenciais, 2011

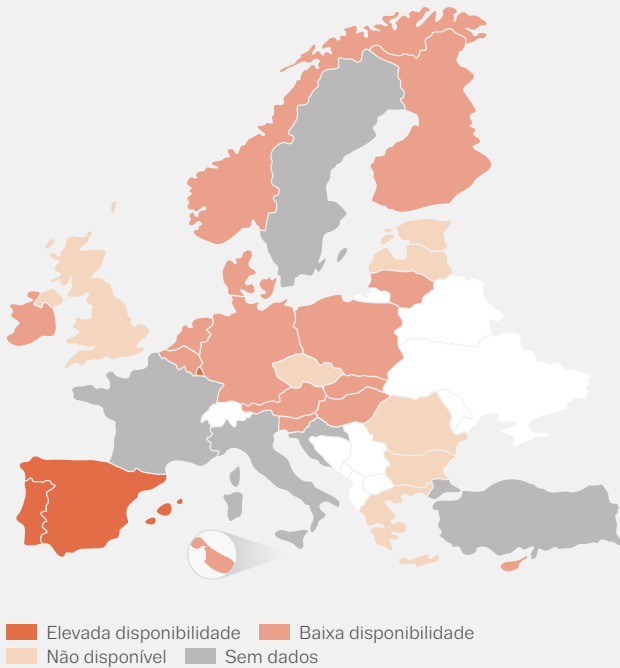
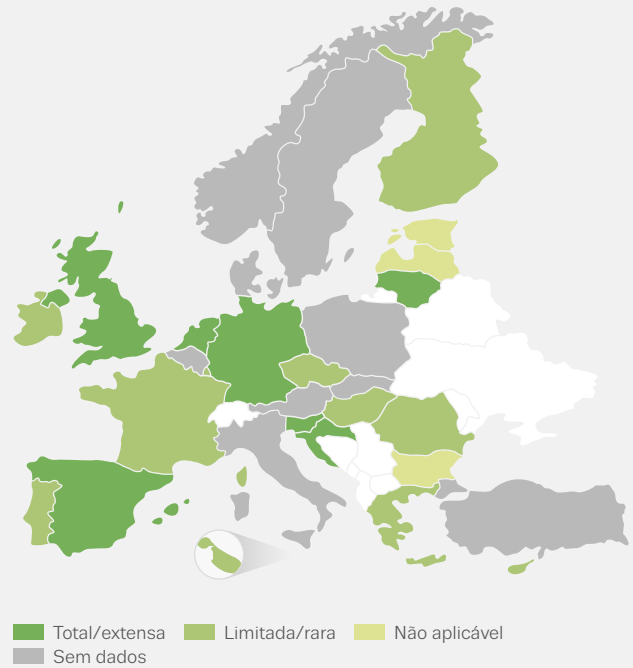


FIGURA 3.13

Disponibilidade de intervenções a nível de mercado de trabalho intermédio para os utentes do tratamento da toxicodependência (avaliações de peritos, 2011)



Reintegração social: focalização na empregabilidade

Os serviços de reintegração social apoiam o tratamento e previnem as recaídas solucionando aspetos determinantes para a integração social dos consumidores de droga. Em 2012, cerca de metade (47 %) dos utentes que iniciaram o tratamento especializado da toxicodependência na Europa estava desempregada e quase um em cada dez carecia de um alojamento estável (9 %). Um baixo índice de escolarização era igualmente comum neste grupo. Embora a reintegração social dos toxicodependentes seja enunciada como objetivo fundamental nas estratégias nacionais em matéria de toxicodependência, as intervenções nesse sentido variam consideravelmente de país para país.

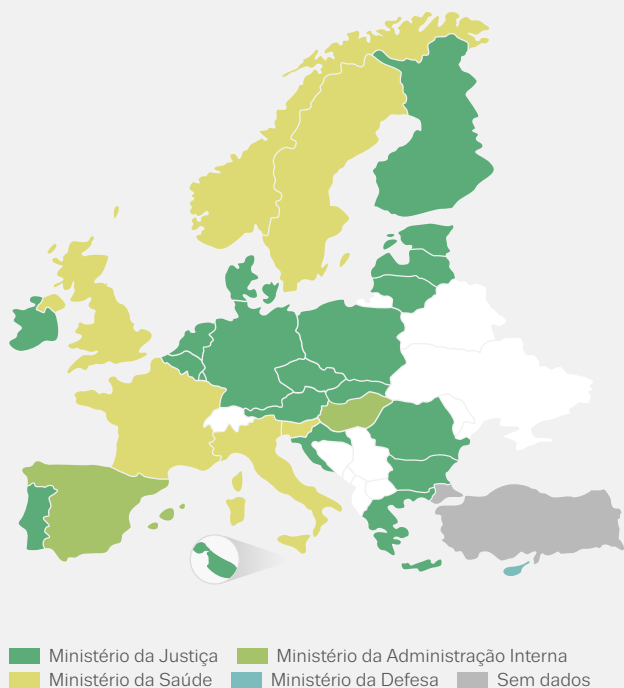
O aumento da empregabilidade dos utentes do tratamento da toxicodependência pode contribuir para a sua reintegração social. A empregabilidade depende dos conhecimentos, das competências e das atitudes dos candidatos a emprego, bem como da forma como estes os utilizam e do contexto em que procuram emprego. Uma forma de ajudar as pessoas em situação de desvantagem é criar um sistema que as apoie e que, de alguma forma, reduza a distância que separa os desempregados de longa duração do mercado de trabalho. Este sistema é frequentemente designado mercado de trabalho intermédio. Neste contexto, podem ser propostos aos

utentes do tratamento contratos de trabalho a termo certo, formação, experiência profissional, desenvolvimento pessoal e atividades de procura de emprego. Os projetos empresariais de carácter social são um tipo de iniciativa que é frequentemente considerado nesta rubrica. Estas empresas produzem bens ou serviços de utilidade social e empregam grupos que se encontram em situação de desvantagem no mercado de trabalho. Embora estas intervenções estejam disponíveis na maior parte dos Estados-Membros (Figura 3.13), o acesso das pessoas em tratamento da toxicodependência às mesmas é ainda limitado e pode ser complicado pelas elevadas taxas de desemprego que afetam a população geral.

Os serviços de reintegração social apoiam o tratamento e previnem as recaídas solucionando aspetos determinantes para a integração social dos consumidores de droga

FIGURA 3.14

Ministério responsável pela prestação de serviços de saúde prisionais



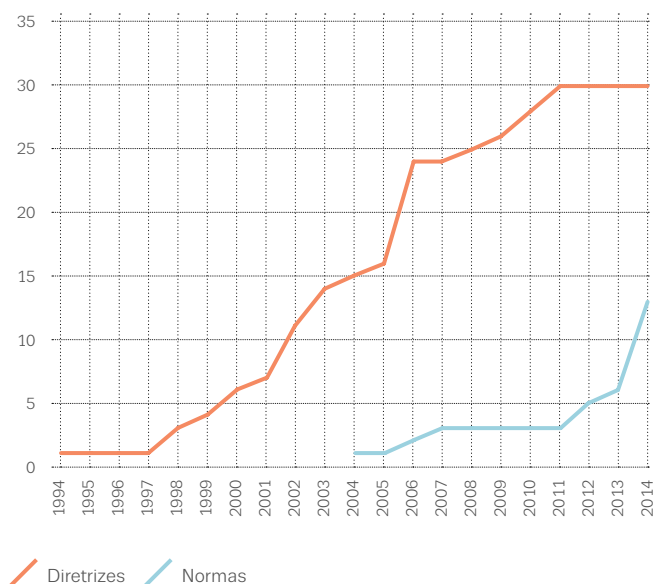
A saúde prisional permanece essencialmente nas mãos dos ministérios da justiça e do interior

Entre os reclusos registam-se taxas globalmente mais elevadas e padrões mais nocivos de consumo de droga do que entre a população geral, como indicam alguns estudos recentes, que revelam que entre 5 % e 31 % dos reclusos já consumiram drogas injetadas. 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.

A maior parte dos países estabeleceu 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 entre a entrada e a saída da 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 (Figura 3.14), o que facilita uma maior integração com a prestação de serviços de saúde gerais à comunidade.

FIGURA 3.15

Número cumulativo de países que publicaram diretrizes e normas de qualidade para as intervenções de saúde e sociais no domínio da droga, por ano de publicação



Em 26 dos 30 países monitorizados pelo EMCDDA, as prisões disponibilizam tratamento de substituição de opiáceos, embora, de um modo geral, este tenha começado a ser disponibilizado mais tarde do que à comunidade. Podem igualmente existir restrições. Por exemplo, em quatro países, o tratamento de substituição em prisões está limitado aos reclusos que já estavam na posse de uma prescrição antes de serem presos.

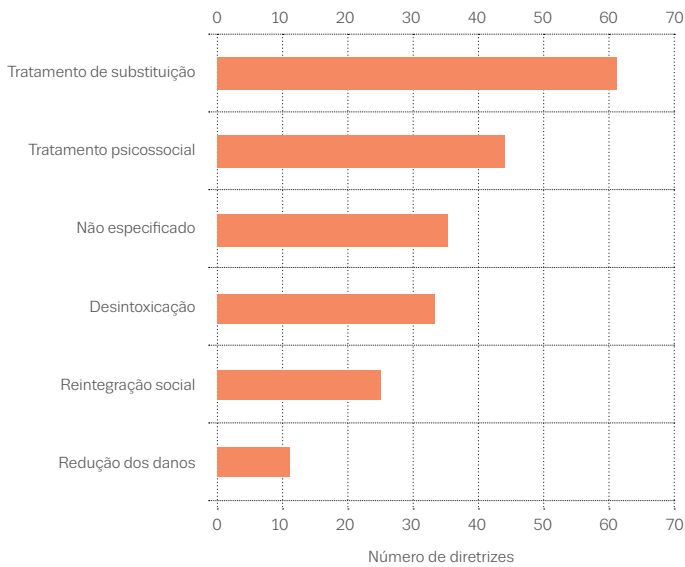
Respostas baseadas em resultados: utilização de orientações e normas

As respostas sanitárias e sociais da Europa aos problemas da toxicodependência são cada vez mais alicerçadas em orientações e normas de qualidade, que existem para traduzir as informações existentes em resultados satisfatórios e sustentáveis. Em geral, o processo a observar pode fazer com que as orientações precedam em vários anos a introdução de normas de qualidade (Figura 3.15).

As orientações são declarações que incluem recomendações destinadas a otimizar os cuidados prestados aos utentes. Baseiam-se normalmente numa análise sistemática dos dados disponíveis e numa avaliação das vantagens e desvantagens dos cuidados alternativos. As orientações visam ajudar os utentes, os

FIGURA 3.16

Diretrizes nacionais para as intervenções de saúde e sociais no domínio da droga comunicadas na Europa até 2013



prestadores de cuidados e os prestadores de serviços a decidir das intervenções mais adequadas. Nos últimos 20 anos, foram publicados mais de 150 conjuntos de orientações relacionadas com drogas, encontrando-se disponíveis orientações em todos os Estados-Membros desde 2011. As orientações cobrem toda a gama de intervenções sanitárias e sociais no domínio das drogas, embora existam em maior número para as intervenções sanitárias, como o tratamento de substituição e desintoxicação, do que para a redução dos danos e a reintegração social (Figura 3.16).

As normas de qualidade são princípios e conjuntos de regras baseados em factos, que são utilizados para ajudar a pôr em prática as intervenções recomendadas nas orientações. As normas de qualidade podem dizer respeito a questões de conteúdo, a questões processuais ou a aspetos estruturais de garantia de qualidade, como o ambiente de trabalho e a composição da equipa de trabalho. No domínio da prevenção da toxicod dependência, encontra-se disponível um conjunto a nível europeu de normas de qualidade para apoiar o desenvolvimento de programas. Estas normas valorizam aspetos como a necessidade de assegurar a importância das atividades para as populações-alvo, a adesão a princípios éticos aceites e a integração e promoção da fundamentação científica.

As respostas sanitárias e sociais da Europa aos problemas da toxicod dependência são cada vez mais alicerçadas em orientações e normas de qualidade

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2014

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

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

Internet-based drug treatment, série Perspetivas sobre drogas.

2013

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Documentos temáticos.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, série Perspetivas sobre drogas.

2012

Redução da procura de droga: dados globais para ações locais, série 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

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.

2009

Internet-based drug treatment interventions, série Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Documentos temáticos.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, parte III Prevention and treatment, Monografias.

Drugs and vulnerable groups of young people, 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 se encontram disponíveis em www.emcdda.europa.eu/publications

4

**O quadro internacional para o
controle da produção, do tráfico
e da posse de mais de
240 substâncias psicoativas
assenta em três Convenções
das Nações Unidas**

Políticas de luta contra a droga

A nível europeu, a legislação em matéria de droga e as estratégias e os planos de ação plurianuais da União Europeia neste domínio estabelecem o enquadramento para uma ação coordenada. A nível nacional, compete aos governos e aos parlamentos adotar os quadros jurídicos, estratégicos, organizativos e orçamentais necessários para dar resposta aos problemas relacionados com a droga.

Monitorização das políticas de luta contra a droga

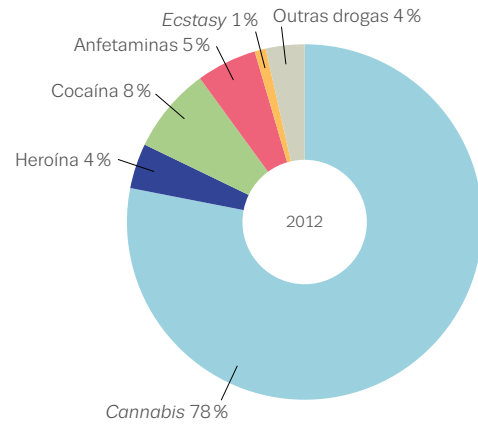
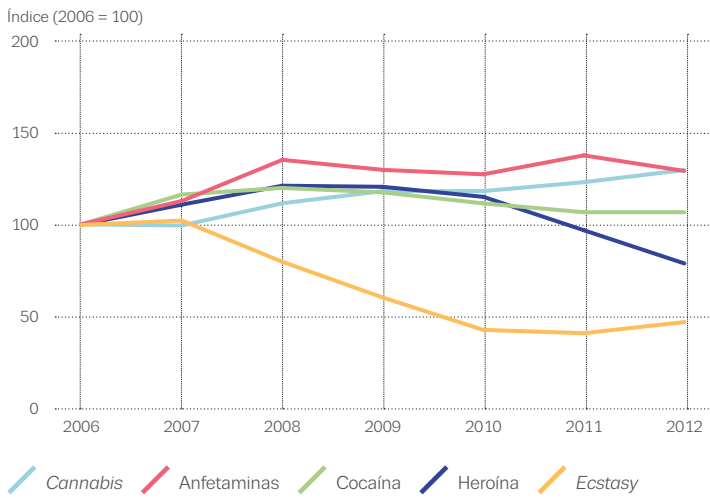
Entre as principais dimensões políticas monitorizáveis a nível europeu figuram as seguintes: a legislação em matéria de droga e as infrações à mesma, as estratégias e os planos de ação nacionais de luta contra a droga, os mecanismos de coordenação e avaliação das políticas, bem como os orçamentos e a despesa pública relacionados com a droga. Os dados são recolhidos através de duas redes do EMCDDA: os pontos focais nacionais e os correspondentes legais e políticos. Os dados e as notas metodológicas sobre as infrações à legislação em matéria de droga encontram-se no *European Drug Report: Data and statistics* (Relatório Europeu sobre Drogas: dados e estatísticas) *online* e também se podem encontrar informações completas sobre *European drug policy and law* (Política e legislação europeias em matéria de droga) na Internet.

Legislação em matéria de droga: um quadro comum

O quadro internacional para o controlo da produção, do tráfico e da posse de mais de 240 substâncias psicoativas assenta em três Convenções das Nações Unidas. Estas convenções obrigam cada um dos países a tratar a oferta não autorizada como um 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, facto que se reflete nas diferentes abordagens jurídicas adotadas tanto nos países europeus como fora da Europa.

FIGURA 4.1

Infrações comunicadas relacionadas com o consumo de droga e com a posse para consumo na Europa, tendências e discriminação por droga



Posse para consumo próprio: abandono das penas de prisão

Na maioria dos países europeus, a posse de droga para consumo próprio — e, às vezes, o consumo em si mesmo — constitui um crime suscetível de ser punido com a privação da liberdade. No entanto, em muitos deles, as penas de prisão são pouco comuns e desde o ano 2000, aproximadamente, que se observa em toda a Europa uma tendência geral para reduzir a possibilidade de aplicar tais penas a infrações relacionadas com a posse para consumo próprio. Alguns países eliminaram-na por completo e outros foram ainda mais longe, tornando essas infrações exclusivamente puníveis com sanções não penais, normalmente com uma multa.

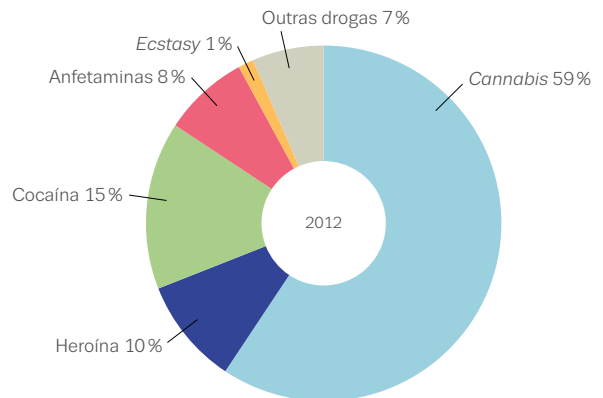
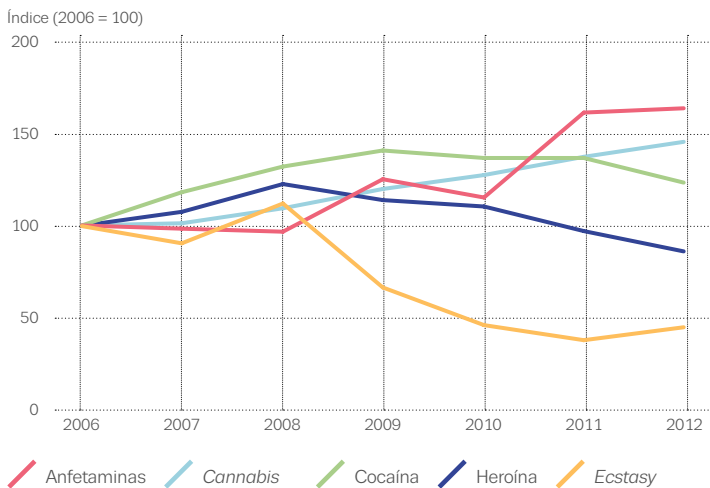
Na maioria dos países europeus, as infrações à legislação em matéria de droga notificadas referem-se sobretudo ao consumo ou à posse de droga para consumo próprio. Estima-se que em 2012 tenham sido notificadas, no total, mais de um milhão destas infrações a nível europeu, o que representa um aumento de 17 % relativamente a 2006. A *cannabis* está envolvida em mais de três quartos dessas infrações (Figura 4.1).

Oferta de droga: sanções muito variáveis

A oferta de drogas ilícitas é sempre criminalizada em toda a Europa, mas as penas aplicáveis variam consideravelmente de país para país. Em alguns deles, as

FIGURA 4.2

Infrações comunicadas relacionadas com a oferta de droga na Europa, tendências e discriminação por droga



infrações relacionadas com a oferta de droga são objeto de um único espetro de penas muito vasto (que pode chegar à prisão perpétua). Outros países estabelecem uma distinção entre infrações menores e graves em função de fatores como a quantidade ou o tipo de drogas detetadas, com sanções máximas e mínimas correspondentes.

Globalmente, as notificações de infrações relacionadas com a oferta de droga aumentaram 28 % desde 2006, tendo atingido mais de 230 000 casos em 2012. Tal como nas infrações relacionadas com a posse, a maioria dessas notificações foram motivadas pela *cannabis*. No entanto, a cocaína, a heroína e as anfetaminas estiveram envolvidas numa percentagem maior de infrações relativas à oferta de droga do que à sua posse para consumo próprio. As infrações relacionadas com a oferta de cocaína e heroína mantiveram uma tendência decrescente (Figura 4.2).

Novas substâncias psicoativas: evolução dos sistemas de controlo

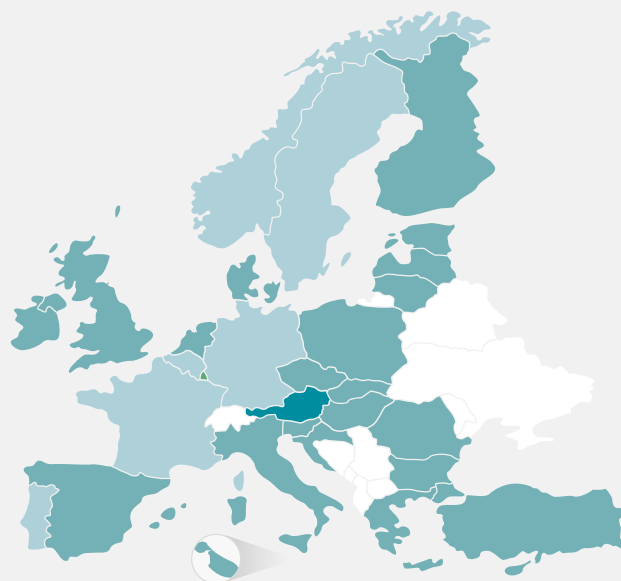
A rapidez com que as substâncias recentemente sujeitas a controlo foram substituídas por outras novas e a diversidade de produtos disponíveis têm colocado aos legisladores europeus um desafio difícil de vencer.

A nível nacional, esse desafio suscitou várias respostas jurídicas inovadoras por parte dos países europeus. Em termos gerais, estas podem dividir-se em três tipos. O primeiro consiste em utilizar as leis existentes em domínios não diretamente relacionados com as drogas controladas, como a legislação em matéria de proteção do consumidor ou de controlo dos medicamentos: em 2010 foram encerrados na Polónia mais de 1 000 estabelecimentos de venda a retalho num só fim de semana aplicando os poderes existentes em matéria de proteção da saúde. O segundo assenta na possibilidade de alargar ou adaptar as legislações e os processos já em vigor no domínio da droga: em 2011 o Reino Unido adotou despachos temporários em relação a certas drogas (*Temporary Class Drug Orders*) para controlar a venda das mesmas enquanto os riscos para a saúde eram analisados. O terceiro reside na formulação de novas leis: em 2013, Portugal e a Eslováquia adotaram leis especificamente destinadas a pôr termo à venda não autorizada de certas novas substâncias.

Este domínio jurídico continua em rápida evolução. Recentemente, a Polónia e a Roménia reforçaram a legislação em vigor através da introdução de novas leis mais específicas e agora utilizam simultaneamente as disposições legislativas novas e antigas. Em 2012, Chipre

FIGURA 4.3

Estratégias e planos de ação nacionais: disponibilidade e âmbito



■ Estratégia conjunta para as drogas lícitas e ilícitas
■ Estratégia para as drogas ilícitas
■ Sem estratégia nacional de luta contra a droga
 NB: Enquanto o Reino Unido possui uma estratégia para as drogas ilícitas, tanto o País de Gales como a Irlanda do Norte têm estratégias conjuntas que incluem o álcool.

reformulou as suas definições genéricas de modo a abrangerem substâncias não incluídas nas definições em vigor e, no mesmo ano, os Países Baixos revogaram as definições genéricas por não serem suficientemente precisas.

Os critérios para desencadear uma reação a nível legislativo e as sanções penais aplicadas às infrações variam muito entre estas diferentes respostas. Ainda assim, afigura-se que, de um modo geral, os países tendem a penalizar mais a oferta dessas substâncias do que a sua posse.

A adoção de estratégias e planos de ação de luta contra a droga é uma prática estabelecida entre os governos nacionais da Europa

FIGURA 4.4

Estratégias nacionais de luta contra a droga

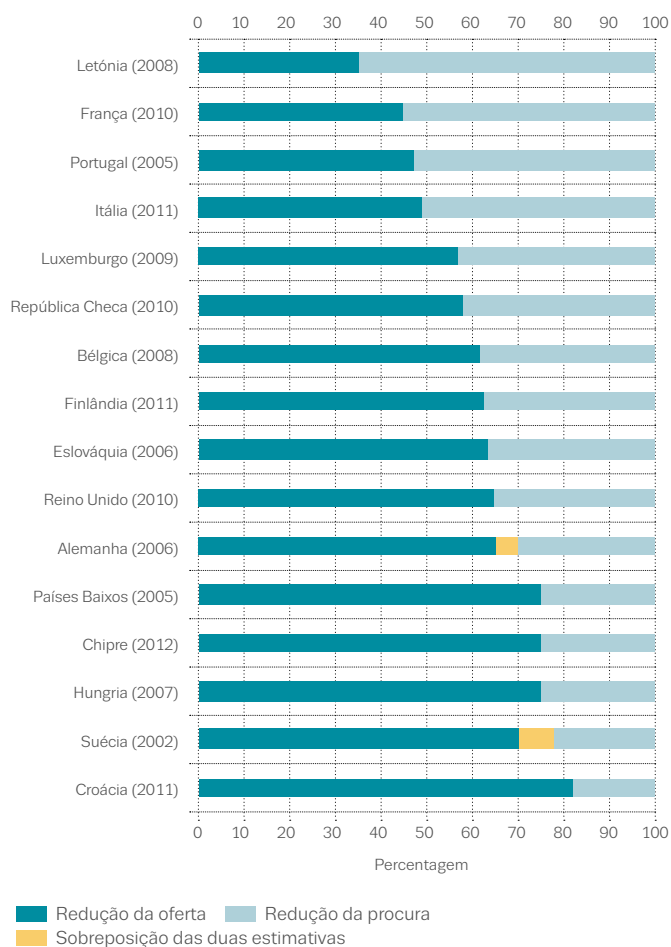
A adoção de estratégias e planos de ação de luta contra a droga é uma prática estabelecida entre os governos nacionais da Europa. Estes documentos de carácter temporário contêm um conjunto de princípios gerais, objetivos e prioridades, que especificam as ações e as partes responsáveis pela sua execução. Atualmente, todos os países possuem uma estratégia ou um plano de ação à escala nacional, exceto a Áustria, cujos planos são provinciais. Sete países adotaram estratégias e planos de ação nacionais que abrangem tanto as drogas lícitas como as ilícitas (Figura 4.3). Muitos países já procedem a uma avaliação sistemática das suas estratégias e planos de ação. Geralmente essa avaliação pretende aferir o nível de execução alcançado, bem como as alterações promovidas na situação global em matéria de droga.

Diversas organizações de defesa das políticas de luta contra a droga

Nos últimos anos, tem-se verificado uma crescente participação das organizações da sociedade civil, nomeadamente dos grupos que defendem as políticas de luta contra a droga, no desenvolvimento das estratégias neste domínio. Um estudo recente do EMCDDA identificou mais de 200 organizações envolvidas na defesa dessas políticas na Europa, cerca de 70 % operam a nível nacional, dividindo-se as restantes entre o nível local e o nível europeu. Quase dois terços dessas organizações concentravam esforços no desenvolvimento de boas práticas, sendo que 39 % preconizavam abordagens de redução dos danos e 26 % a prevenção e a redução do consumo de droga. As restantes organizações centravam a sua ação nas alterações legislativas, sendo que 23 % defendiam a redução dos controlos da droga e 12 % o reforço dos mesmos.

Na sua maioria, essas organizações dedicam-se a atividades especificamente destinadas a influenciar as atitudes e opiniões do público e dos decisores políticos sobre a prestação de serviços de tratamento da toxicod dependência e sobre as formas de controlar a droga. Recorrem a ações de sensibilização como a participação em debates públicos ou a manutenção de sítios web em redes sociais para influenciar as políticas nessas matérias. As organizações que promovem a redução do controlo ou a redução dos danos assumem prioritariamente a defesa dos consumidores de droga, ao passo que as organizações que apoiam o reforço das medidas de redução e controlo do consumo de droga falam principalmente em nome da sociedade em geral e, sobretudo, dos jovens e das famílias.

Discriminação da despesa pública relacionada com a droga entre redução da procura e redução da oferta



Avaliação económica: a austeridade afeta o financiamento das intervenções

Muitos países europeus continuam a enfrentar as consequências da recente crise económica. O alcance das medidas de consolidação orçamental ou de austeridade e o impacto das mesmas diferem entre os países europeus. Nos 18 países com dados suficientes para estabelecer comparações, registaram-se reduções orçamentais nos setores da saúde e da ordem e segurança públicas: precisamente aqueles em que tem origem a despesa pública relacionada com a droga. Em termos gerais, entre 2009 e 2011, foi no setor da saúde que se observaram as maiores reduções da despesa pública.

Vários países europeus também comunicaram a ocorrência de cortes nos fundos disponíveis para os programas e serviços relacionados com a droga, os quais afetaram sobretudo as intervenções de prevenção e a investigação neste domínio. Vários países também referem que as tentativas para preservar o financiamento reservado ao tratamento da toxicod dependência nem sempre foram bem sucedidas.

A análise económica pode ser um importante instrumento de avaliação das políticas, embora a reduzida informação sobre a despesa pública relacionada com a droga disponível na Europa constitua um grande obstáculo e dificulte o estabelecimento de comparações entre países. No caso dos 16 países que produziram estimativas desde 2002, a despesa pública relacionada com a droga varia entre 0,01 % e 0,5 % dos respetivos produtos internos brutos (PIB). As informações disponíveis indicam que as atividades de redução da oferta são responsáveis pela maior parte desta despesa (Figura 4.4).

A despesa pública com a redução da oferta inclui, entre outros elementos, a despesa com os infratores à legislação em matéria de droga que estão detidos nas prisões. O EMCDDA produziu uma série de estimativas, em que a estimativa mais baixa apenas considera os reclusos já condenados por infrações à dita legislação e a estimativa mais alta inclui também as pessoas em prisão preventiva que podem ser condenadas por tais infrações. Aplicando estes critérios, os países europeus gastaram em 2010 uma percentagem estimada de 0,03 % do PIB, ou seja, 3,7 mil milhões de EUR com os infratores à legislação em matéria de droga detidos nas prisões. Incluindo as pessoas em prisão preventiva, a estimativa sobe para 0,05 % do PIB, ou seja, 5,9 mil milhões de EUR.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2014

Drug policy profiles — Austria, série Documentos do EMCDDA.

Drug policy profiles — Poland, série Documentos do EMCDDA.

2013

Drug policy advocacy organisations, série Documentos do EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, série Documentos do EMCDDA.

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

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

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

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Documentos temáticos.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Temas específicos.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Temas específicos.

Publicações conjuntas do EMCDDA e da Comissão Europeia

2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

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

Anexo

Os dados nacionais apresentados no presente anexo são extraídos do *European Drug Report: Data and statistics* (Relatório Europeu sobre Drogas: dados e estatísticas) *online*, onde existem mais dados, anos, notas e metadados disponíveis

QUADRO 1

OPIÁCEOS

País	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 o iniciam pela primeira vez	Todos os que o iniciam	Os que o iniciam pela primeira vez	
Casos por 1 000	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	Total	
Bélgica	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bulgária	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
República Checa	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Dinamarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Alemanha	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estónia	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irlanda	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Grécia	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Espanha	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
França	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Croácia	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Itália	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Chipre	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Letónia	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Lituânia	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Luxemburgo	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Hungria	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Países Baixos	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Áustria	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Polónia	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugal	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Roménia	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Eslovénia	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Eslováquia	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finlândia	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Suécia	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Reino Unido	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Turquia	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Noruega	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
União Europeia	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
UE, Turquia e Noruega	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

QUADRO 2

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)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34)	Ao longo da vida, estudantes (15-16)	Todos os que o iniciam	Os que o iniciam pela primeira vez	Todos os que o iniciam	Os que o iniciam pela primeira vez
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bulgária	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Dinamarca	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Alemanha	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estónia	–	1,3	2	–	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Grécia	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Espanha	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
França	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Croácia	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Itália	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Chipre	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Letónia	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Lituânia	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Hungria	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Países Baixos	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Áustria	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Polónia	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugal	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Roménia	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Eslovénia	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Eslováquia	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finlândia	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Suécia	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Reino Unido	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Turquia	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Noruega	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
União Europeia	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

QUADRO 3

ANFETAMINAS

País	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)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34)	Ao longo da vida, estudantes (15-16)	Todos os que o iniciam	Os que o iniciam pela primeira vez	Todos os que o iniciam	Os que o iniciam pela primeira vez
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bulgária	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Dinamarca	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Alemanha	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estónia	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Grécia	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Espanha	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
França	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Croácia	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Itália	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Chipre	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Letónia	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Lituânia	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luxemburgo	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Hungria	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Países Baixos	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Áustria	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Polónia	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugal	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Roménia	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Eslovénia	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Eslováquia	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finlândia	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Suécia	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Reino Unido	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Turquia	0,3	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
União Europeia	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

QUADRO 4

ECSTASY

País	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)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34)	Ao longo da vida, estudantes (15–16)	Todos os que o iniciam	Os que o iniciam pela primeira vez
	%	%	%	% (total)	% (total)
Bélgica	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bulgária	2,0	2,9	4	–	–
República Checa	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Dinamarca	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Alemanha	2,7	0,9	2	–	–
Estónia	–	2,3	3	–	–
Irlanda	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Grécia	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Espanha	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
França	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Croácia	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Itália	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Chipre	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Letónia	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Lituânia	1,3	0,3	2	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–
Hungria	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Países Baixos	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Áustria	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Polónia	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugal	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Roménia	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Eslovénia	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Eslováquia	1,9	0,9	4	–	–
Finlândia	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Suécia	2,1	0,2	1	–	–
Reino Unido	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Turquia	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Noruega	–	–	1	–	–
União Europeia	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

QUADRO 5

CANNABIS

País	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)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34)	Ao longo da vida, estudantes (15-16)	Todos os que o iniciam	Os que o iniciam pela primeira vez
	%	%	%	% (total)	% (total)
Bélgica	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bulgária	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
República Checa	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Dinamarca	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Alemanha	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estónia	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irlanda	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Grécia	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Espanha	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
França	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Croácia	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Itália	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Chipre	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Letónia	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Lituânia	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luxemburgo	–	–	–	26 (72)	–
Hungria	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Países Baixos	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Áustria	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Polónia	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugal	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Roménia	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Eslovénia	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Eslováquia	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finlândia	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Suécia	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Reino Unido	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Turquia	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Noruega	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
União Europeia	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

QUADRO 6

OUTROS INDICADORES

	Mortes induzidas pela droga (15–64 anos)	Diagnósticos de VIH entre consumidores 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 1 000 habitantes	Total
Bélgica	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bulgária	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
República Checa	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Dinamarca	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Alemanha	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estónia	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irlanda	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Grécia	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Espanha	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
França	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Croácia	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Itália	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Chipre	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Letónia	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Lituânia	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luxemburgo	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Hungria	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Países Baixos	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Áustria	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Polónia	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugal	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Roménia	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Eslovénia	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Eslováquia	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finlândia	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Suécia	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Reino Unido	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Turquia	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Noruega	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
União Europeia	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
UE, Turquia e Noruega	–	3,1 (1 788)	–	–

QUADRO 7

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	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (-)	1 015
Bulgária	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Rep. Checa	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Dinamarca	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (-)	523
Alemanha	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (-)	1 786
Estónia	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irlanda	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Grécia	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Espanha	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (-)	2 128
França	701	-	5 602	-	307	-	156 337 (-)	-
Croácia	30	192	6	132	3	268	- (1,1)	105
Itália	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Chipre	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Letónia	1	427	1	28	30	820	847 (-)	24
Lituânia	0,5	112	120	10	80	119	54 (-)	8
Luxemburgo	3	190	2	122	1	13	137 (-)	10
Hungria	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (-)	27
Países Baixos	750	-	10 000	-	681	-	2 442 200 (61)	-
Áustria	222	393	65	912	35	607	8 998 (-)	113
Polónia	36	-	213	-	618	-	31 092 (0,01)	-
Portugal	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Roménia	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Eslovénia	20	439	27	251	9	203	960 (-)	16
Eslováquia	0,3	82	2	19	11	607	529 (-)	16
Finlândia	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (-)	513
Suécia	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Reino Unido	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6 515	473 000 (-)	3 716
Turquia	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Noruega	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
União Europeia	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
UE, Turquia e Noruega	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

QUADRO 7

APREENSÕES (continuação)

País	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
	kg	Total	kg	Total	Plantas (kg)	Total
Bélgica	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bulgária	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Rep. Checa	21	24	563	558	90 091 (-)	259
Dinamarca	1 334	9 239	223	1 287	-(1 401)	675
Alemanha	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (-)	2 204
Estónia	5	48	25	466	-(7)	12
Irlanda	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (-)	542
Grécia	44	145	22 383	6 262	34 040 (-)	831
Espanha	325 563	179 993	10 457	150 206	-(39 932)	1 677
França	51 118	-	3 270	-	131 307 (-)	-
Croácia	23	343	1 070	4 098	6 703 (-)	211
Itália	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (-)	1 216
Chipre	0,1	20	100	863	385 (-)	39
Letónia	117	64	74	414	-(335)	4
Lituânia	424	23	96	242	- (-)	-
Luxemburgo	1	83	30	774	39 (-)	9
Hungria	3	103	1 777	2 092	7 382 (-)	193
Malta	16	96	3	50	46 (-)	5
Países Baixos	2 200	-	12 600	-	1 400 000 (-)	-
Áustria	174	1 192	812	5 732	-(173)	210
Polónia	39	-	1 489	-	61 585 (-)	-
Portugal	18 304	3 298	49	554	7 788 (-)	397
Roménia	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Eslovénia	3	66	706	3 350	11 166 (-)	174
Eslováquia	1	17	177	1 242	2 927 (-)	38
Finlândia	714	1 870	-	5 036	18 150 (66)	3 339
Suécia	1 091	6 761	641	7 611	-	-
Reino Unido	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Turquia	27 413	6 881	124 673	57 744	-	3 646
Noruega	1 605	10 985	314	4 402	-(133)	364
União Europeia	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
UE, Turquia e Noruega	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
Relatório Europeu sobre Drogas 2014:
Tendências e evoluções

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia
2014 — 80 p. — 21 x 29.7 cm

ISBN: 978-92-9168-707-7

doi:10.2810/3792

COMO OBTER PUBLICAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA

Publicações gratuitas

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

nas representações ou delegações da União Europeia. Pode obter os respetivos contactos em: <http://ec.europa.eu>, ou enviando um fax para: +352 2929-42758

Publicações pagas

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

Assinaturas pagas

(por exemplo, as séries anuais do *Jornal Oficial da União Europeia*, as coletâneas da jurisprudência do Tribunal de Justiça)

através de um dos agentes de vendas do Serviço das Publicações da União Europeia (http://publications.europa.eu/others/agents/index_pt.htm)

Acerca do presente relatório

O relatório *Tendências e evoluções* apresenta uma panorâmica abrangente 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 os *Dados e estatísticas*, as *Panorâmicas por país* e as *Perspetivas sobre drogas*, disponíveis em linha, fazem parte do pacote que constitui o Relatório Europeu sobre Drogas 2014.

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.

