



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

PT

ISSN 2314-9175

Relatório Europeu sobre Drogas

Tendências e evoluções

2019



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

| Relatório | Europeu sobre | Drogas

Tendências e evoluções

2019

| Advertência jurídica

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

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

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2019

Print	ISBN 978-92-9497-424-2	ISSN 1977-995X	doi:10.2810/530249	TD-AT-19-001-PT-C
PDF	ISBN 978-92-9497-397-9	ISSN 2314-9175	doi:10.2810/53381	TD-AT-19-001-PT-N

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2019
Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Citação recomendada: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019), *Relatório Europeu sobre Drogas 2019: Tendências e evoluções*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

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

Tel.: +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Índice

5	Prefácio
9	Nota introdutória e agradecimentos
11	COMENTÁRIO Compreender o fenómeno da droga na Europa em 2019
21	CAPÍTULO 1 A oferta de drogas e o mercado
43	CAPÍTULO 2 Consumo de drogas, prevalência e tendências
65	CAPÍTULO 3 Danos causados pela droga e respostas
89	ANEXO Quadros de dados nacionais

Prefácio

É com enorme prazer que apresentamos o Relatório Europeu Sobre Drogas (RED) 2019: Tendências e evoluções, a publicação de referência do EMCDDA. O presente relatório apresenta uma análise dos dados mais recentes sobre a situação da droga e as respostas que lhe são dadas em toda a União Europeia, na Noruega e na Turquia. É apoiado por outros recursos de informação em linha, incluindo o nosso Boletim Estatístico, que contém dados de base. O pacote que constitui o RED inclui ainda 30 relatórios nacionais sobre a droga por país, que apresentam uma panorâmica da situação atual de todos os países que participam na rede de informação sobre droga da UE.

RELATÓRIO EUROPEU SOBRE DROGAS 2019

Elementos interligados que permitem o acesso a dados e análises disponíveis sobre o problema da droga na Europa e a nível nacional



O objetivo do EMCDDA é contribuir para uma Europa mais saudável e mais segura. Pretendemos fazê-lo fornecendo os melhores dados disponíveis para apoiar o desenvolvimento de políticas e ações informadas e orientadas para a luta contra a droga. O nosso relatório de referência fornece às partes interessadas uma panorâmica atualizada da situação em matéria de droga, que é necessária para dar respostas eficazes aos problemas atuais. Além disso, oferece uma análise das novas ameaças, permitindo-nos preparar para os futuros desafios que se colocam neste domínio complexo e em rápida evolução.

O relatório deste ano surge num momento crítico de reflexão sobre a evolução da política em matéria de droga, especialmente tendo em conta o debate internacional sobre o seguimento adequado a dar à sessão especial das Nações Unidas sobre o problema mundial da droga em 2016. No próximo ano, assistir-se-á à avaliação final da atual estratégia da UE em matéria de luta contra a droga (2013-20). Durante este período, a Europa registou algumas mudanças radicais nos desafios que o problema da droga apresenta, incluindo o aparecimento de mais substâncias não controladas. Assistimos também a mudanças significativas no mercado da droga e no consumo de drogas; e a nossa compreensão do que constitui uma intervenção eficaz aumentou. Um mercado dominado por substâncias de origem vegetal importadas para a Europa evoluiu para uma situação em que as drogas sintéticas e a produção na Europa ganharam importância. A globalização e os avanços tecnológicos reformaram as questões estratégicas que os

decisores políticos europeus devem ter em consideração. Estamos orgulhosos da reputação internacional do EMCDDA para acompanhar estas mudanças e fornecer as informações necessárias para apoiar a cooperação e a coordenação que a estratégia da UE em matéria de droga prevê.

A União Europeia e os seus Estados-Membros estão empenhados em atingir os objetivos fixados na Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável. Muitos aspetos destes objetivos estão direta e indiretamente relacionados com os problemas da droga. Por exemplo, a produção e o tráfico de drogas podem causar grandes danos ao ambiente físico, às estruturas institucionais e à qualidade de vida acessíveis aos cidadãos dos países afetados. Os objetivos 3.3 e 3.5 centram-se na erradicação das epidemias de doenças infecciosas e na melhoria da prevenção e do tratamento dos problemas relacionados com o consumo de drogas. Neste contexto, a Europa está empenhada em prosseguir o objetivo de eliminar a hepatite viral entre as pessoas que injetam drogas na próxima década. O vírus da hepatite C é extremamente frequente entre esta população, mas os recentes avanços nos medicamentos disponíveis para o tratamento da infeção tornaram possível considerar a eliminação do vírus como um objetivo realizável. É por esta razão que, no Relatório Europeu sobre Drogas deste ano, damos especial ênfase à necessidade de intensificar a prevenção, o rastreio e o tratamento como meta essencial para a consecução deste importante objetivo de saúde pública.

Por último, temos de expressar a nossa gratidão aos nossos homólogos nacionais na rede Reitox de pontos focais nacionais, aos nossos outros parceiros nacionais e internacionais e ao Comité Científico do EMCDDA, sem os quais este relatório não teria sido possível. Agradecemos ainda os contributos dos nossos parceiros a nível europeu, em particular a Comissão Europeia, a Europol, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças e a Agência Europeia de Medicamentos. Além disso, agradecemos às redes especializadas que colaboraram connosco, enriquecendo o nosso relatório com dados de ponta e inovadores.

Laura d'Arrigo

Presidente do Conselho de Administração do EMCDDA

Alexis Goosdeel

Diretor do EMCDDA



Nota introdutória e agradecimentos

O presente relatório baseia-se em informação fornecida ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) pelos Estados-Membros da União Europeia, pelo país candidato Turquia e pela Noruega, num processo de fornecimento de dados anual.

O seu objetivo é descrever, de forma global e sucinta, o fenómeno da droga na Europa e as respostas que lhe são dadas. Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2017 (ou ao último ano disponível). A análise das tendências baseia-se apenas nos países que fornecem dados suficientes para descrever a evolução registada ao longo do período em causa. Importa assinalar também que a monitorização dos padrões e tendências de um comportamento oculto e estigmatizado como o consumo de droga é difícil tanto em termos práticos como metodológicos, o que nos levou a utilizar múltiplas fontes de dados para efetuar a análise que aqui apresentamos. Embora se observem melhorias consideráveis, tanto a nível nacional como nas análises que hoje são possíveis a nível europeu, importa reconhecer as dificuldades metodológicas existentes neste domínio. Recomenda-se, assim, uma interpretação prudente dos dados, sobretudo quando se comparam os países em relação a cada medida. Na versão em linha do presente relatório, bem como no [Boletim Estatístico](#), poderão encontrar-se advertências e restrições relativas aos dados, bem como informações detalhadas sobre a metodologia, os condicionalismos analíticos e os comentários sobre as limitações do conjunto de informações disponíveis. Estão igualmente disponíveis informações sobre os métodos e os dados utilizados nas estimativas a nível europeu, com destaque para eventuais interpolações.

O período de referência para todos os gráficos, análises e dados incluídos no presente relatório é a situação da droga até ao final de 2018. Assim, todos os grupos de dados, agregados e rótulos refletem a situação em 2018 no que diz respeito à composição da União Europeia e aos países que participam nos exercícios de apresentação de relatórios do EMCDDA. Devido ao tempo necessário para compilar e apresentar os dados, muitos dos conjuntos de dados anuais incluídos são do ano de referência, de janeiro a dezembro de 2017.

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

- os diretores e o pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços e peritos que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram dados em bruto destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do EMCDDA;
- o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia (em especial, o grupo de trabalho horizontal «Drogas») e a Comissão Europeia;
- o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e a Europol;
- o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, o Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas, o Projeto Europeu de Inquérito Escolar sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD), o Grupo Nuclear Europeu de Análise das Redes de Saneamento (Sewage Analysis Core Group Europe – SCORE), a Rede Europeia de Emergências relacionadas com a Droga (European Drug Emergencies Network – Euro-DEN Plus), a rede do projeto europeu de recolha e análise de seringas (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise – ESCAPE), a rede do projeto transeuropeu de informação sobre a droga (Trans-European Drug Information project – TEDI) e o grupo do inquérito europeu em linha sobre o consumo de droga (European Web Survey on Drugs);
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia e o Serviço das Publicações da União Europeia.

Pontos focais nacionais da Reitox

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

Comentário

**O Relatório Europeu sobre Drogas
de 2019 traça um retrato
da situação da droga na Europa**

Compreender o fenómeno da droga na Europa em 2019

A última análise do EMCDDA do fenómeno da droga na Europa revela um mercado simultaneamente resiliente e representativo dos desenvolvimentos em curso a nível global. Os problemas de saúde e segurança persistentes colocados pelas drogas ilícitas tradicionais e mais recentes criam um contexto político difícil para a conceção e implementação de respostas eficazes. O Relatório Europeu sobre Drogas de 2019 traça um retrato da situação da droga na Europa com base nos últimos dados disponíveis. A presente secção introdutória formula um breve comentário analítico sobre algumas das questões importantes que constam atualmente da agenda europeia de políticas em matéria de droga.

Opiáceos: ainda são necessários esforços para dar resposta a um problema em evolução

O problema europeu da droga chegou a ser definido em função do consumo de heroína injetada. Atualmente, os novos pedidos de tratamento para a dependência da heroína desceram para níveis historicamente baixos, as taxas de consumo de drogas injetáveis diminuíram e o número de novos casos anuais de VIH com origem no consumo de drogas injetáveis desceu cerca de 40 % durante a última década. Trata-se de boas notícias. Os países europeus merecem ser aplaudidos por terem introduzido medidas pragmáticas de redução de danos e de tratamento que contribuíram para estes êxitos. Em contrapartida, noutras regiões do mundo, os problemas relacionados com opiáceos continuaram a agravar-se, provocando uma escalada dos custos com a saúde pública na América do Norte e em alguns países limítrofes da União Europeia. Contudo, apesar das melhorias verificadas na Europa, o consumo de opiáceos continua a contribuir de forma substancial para os custos de saúde e sociais atribuíveis ao consumo de droga na Europa, e as ameaças criadas por esta categoria de substâncias podem mesmo estar a aumentar.

Uma análise das respostas disponíveis para problemas relacionados com opiáceos demonstra que, em vários países, especialmente na parte oriental da Europa, a aplicação de medidas de redução de danos e de tratamento continua a ser insuficiente. Existem também indícios de que, em alguns países que possuem tradicionalmente uma boa cobertura de serviços,

a situação se deteriorou. Simultaneamente, continuam a aumentar as necessidades de uma coorte envelhecida e, em muitos casos, mais vulnerável de consumidores de longo prazo de opiáceos. As mortes por overdose refletem esta realidade, já que as vítimas têm agora, em média, 39 anos de idade, da mesma forma que a prevalência elevada de problemas de saúde físicos e psicológicos neste grupo. Além disso, observou-se um aumento geral do número de mortes relacionadas com a droga nos últimos cinco anos, com aumentos registados em todos os grupos etários acima dos 30 anos. Indicadores do lado da oferta revelam indícios de que a ameaça pode estar a agravar-se. A quantidade de heroína apreendida aumentou e, por outro lado, a pureza da droga mantém-se relativamente alta e o preço relativamente baixo, o que sugere uma disponibilidade elevada em muitas regiões da Europa. Foram também detetados recentemente laboratórios de processamento de heroína em alguns países da UE, o que representa um desenvolvimento preocupante.

Combate à hepatite viral

A Europa assumiu um compromisso com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Este quadro político global inclui o combate à hepatite viral. Na União Europeia, este problema é particularmente relevante para as pessoas que consomem drogas injetáveis, uma vez que constituem o grupo com o maior peso da doença, mas também com o risco de transmissão mais elevado. Por conseguinte, abordar o impacto da hepatite viral na saúde até 2030 dependerá do aumento da escala das medidas de prevenção e do acesso a rastreios e tratamentos para as hepatites B e C neste grupo.

Há estratégias em matéria de hepatite implementadas em 17 países da UE e na Noruega e um número crescente de países oferece acesso ilimitado a medicamentos antivirais de ação direta de maior tolerância e eficácia. Todavia, é necessário fazer mais. O rastreio do VHC é um ponto de partida fundamental para a prestação eficaz de cuidados a doentes com hepatite e ajuda a evitar a transmissão. Os serviços comunitários de combate à toxicod dependência podem desempenhar um papel importante neste âmbito. Contudo, em muitos países, não estão em vigor políticas de rastreio eficazes nem percursos de referenciação adequados. Pode haver também casos de resistência profissional ao tratamento de consumidores de droga e os benefícios que este investimento nos cuidados representa, tanto para os indivíduos como para a comunidade em geral, nem sempre são reconhecidos. O EMCDDA está a desenvolver ferramentas de apoio à implementação de tratamentos da hepatite viral em contextos de tratamento

da toxicod dependência. Entre elas, inclui-se uma lista de controlo para identificar obstáculos à atualização do rastreio e tratamento do VHC, um questionário de conhecimentos para o pessoal de serviço e estudos de caso ilustrativos que demonstram como as abordagens inovadoras de rastreio comunitário podem oferecer um contributo valioso para a resposta a esta doença.

Os opiáceos sintéticos desempenham agora um papel mais importante

Nos Estados Unidos e no Canadá, a atual epidemia de opiáceos está a ser impelida pelo consumo de opiáceos sintéticos, em particular derivados do fentanilo. O mesmo não acontece na Europa, mas há preocupações a este respeito. Cerca de 50 novos opiáceos sintéticos foram notificados através do mecanismo de alerta rápido da UE para as novas substâncias psicoativas. Muitas destas substâncias foram associadas a intoxicações graves e óbitos. Algumas, como o carfentanilo, são extremamente potentes, o que significa que podem ser traficadas em quantidades muito pequenas que são difíceis de detetar, mas podem equivaler a muitos milhares de doses individuais. Além disso, opiáceos sintéticos que são habitualmente utilizados como medicamentos parecem desempenhar um papel crescente no problema das drogas em muitas regiões da Europa – entre eles, contam-se substâncias utilizadas em tratamentos de substituição e analgésicos. Uma em cada cinco pessoas que iniciam tratamento da toxicod dependência por problemas relacionados com opiáceos indica atualmente um opiáceo sintético, e não a heroína, como a sua droga problemática dominante; além disso, estas drogas são cada vez mais detetadas em casos de overdose. Não obstante esta ameaça, a capacidade atual das entidades para detetar e comunicar a disponibilidade, o consumo e as consequências dos opiáceos sintéticos continua a ser limitada. Por conseguinte, a melhoria da sensibilidade dos recursos de informação neste domínio deve ser considerada uma prioridade.

**A Europa assumiu
um compromisso
com a Agenda 2030 para
o Desenvolvimento Sustentável**

O valor das fontes de dados toxicológicos e forenses

As mortes por overdose raramente estão associadas ao consumo exclusivo de uma substância. Os atuais padrões de consumo de drogas são muito dinâmicos, tendo em conta que entram no mercado cada vez mais substâncias e que as pessoas consomem habitualmente – de forma consciente ou inadvertida – várias substâncias diferentes. Isto significa que, sem dados forenses e toxicológicos de qualidade, novas ameaças para a saúde podem ser ignoradas. Corre-se, portanto, o risco de o papel desempenhado por novas substâncias psicoativas potentes, como os derivados do fentanilo, em mortes por overdose passar despercebido, especialmente quando são consumidas em conjunto com drogas mais comuns, como a heroína. Alguns Estados-Membros da UE, em particular no norte da Europa, investiram na melhoria da disponibilidade e sensibilidade dos dados toxicológicos, o que permite uma melhor compreensão das tendências de consumo de droga e das ameaças para a saúde. A introdução de rastreios abrangentes e o aumento da sensibilidade das análises na Suécia, por exemplo, resultaram na duplicação do número de casos de fentanilo detetados nas amostras analisadas de mortes relacionadas com a droga. Um estudo recente do EMCDDA mostra, contudo, que nem todos os laboratórios têm a capacidade de detetar as substâncias menos comuns. No contexto da investigação forense e toxicológica, a existência de padrões de referência é essencial; contudo, no caso das novas substâncias psicoativas, a sua indisponibilidade é frequente em muitos laboratórios. Além disso, a ausência de diretrizes europeias de toxicologia forense para a investigação de mortes relacionadas com a droga é um obstáculo ao aperfeiçoamento da monitorização e das práticas neste domínio. De um modo mais geral, tendo em conta o provável aumento da importância de todos os tipos de drogas sintéticas, será necessário um maior investimento em fontes de dados toxicológicos e forenses.

Ferramentas de monitorização inovadoras proporcionam indicações sobre tendências emergentes

O Relatório Europeu sobre Drogas deste ano recorre a um conjunto selecionado de fontes de dados específicos mais recentes. Estes indicadores «de vanguarda» não são representativos da população geral e têm outras limitações; contudo, fornecem dados úteis, atuais e complementares que facultam indicações valiosas sobre o consumo de drogas na Europa (ver Figura 1). Por exemplo, as análises das águas residuais permitem

FIGURA 1

Novos indicadores que complementam as fontes de dados existentes



atualmente obter uma panorâmica dos volumes de drogas consumidas a nível das comunidades em cidades de toda a Europa. Uma das vantagens desta fonte de dados é a possibilidade de a informação ser comunicada rapidamente e, deste modo, permitir um potencial alerta rápido de alterações no consumo de drogas. Tal é ilustrado por novos dados relativos a 2018, divulgados recentemente pelo grupo SCORE e pelo EMCDDA, que apontam para uma maior distribuição geográfica e para um aumento geral do consumo em todas as categorias de drogas estimulantes mais comuns.

Outras novas fontes de dados utilizadas no relatório deste ano incluem o inquérito europeu em linha sobre o consumo de droga (European Web Survey on Drugs). Com base numa amostra de consumidores de droga recrutados na Internet, os resultados deste inquérito fornecem informações sobre padrões de consumo e compra de substâncias ilícitas de consumo habitual. Os dados dos serviços de «drug checking», que permitem às pessoas analisar as suas drogas e receber informação sobre o seu conteúdo, são também aqui avaliados para obter indicações sobre o consumo de drogas em contextos recreativos específicos.

Os dados relativos às emergências hospitalares sobre danos graves relacionados com drogas podem aumentar o nosso conhecimento em termos do impacto do consumo de drogas na saúde pública na Europa. Os casos de

intoxicações agudas relacionadas com drogas em determinados hospitais em 18 países europeus são monitorizados pela Euro-DEN Plus, a rede europeia de emergências relacionadas com a droga. As conclusões da análise deste ano mostram a variabilidade das drogas responsáveis por casos de emergência no território europeu. Os estimulantes estiveram associados, por exemplo, a um número elevado de emergências, mas os casos relacionados com o consumo de anfetaminas foram mais frequentes no norte e leste da Europa, ao passo que a cocaína foi o estimulante predominante nos países da Europa Meridional e Ocidental.

A possível influência dos estimulantes no consumo de drogas injetáveis é também demonstrada por um novo estudo piloto que analisa os resíduos de droga extraídos de seringas usadas recolhidas em pontos de troca de seringas em cinco cidades europeias. Em todos os pontos, à exceção de um, os estimulantes foram a substância mais vezes detetada. Metade das seringas analisadas continha vestígios de duas ou mais substâncias, sendo a combinação mais frequente uma mistura de um estimulante com um opiáceo. Estas novas fontes de informação oferecem a oportunidade de corroborar e complementar fontes de dados existentes, melhorando a nossa perceção das formas de consumo de droga menos estudadas.

O mercado europeu da cocaína continua em expansão

Dados atuais sobre a cocaína mostram que tanto o número de apreensões como as quantidades apreendidas se encontram num máximo histórico. A cocaína entra na Europa por numerosas rotas e diferentes meios, mas destaca-se o crescimento do tráfico de grandes volumes, através de grandes portos, com recurso a contentores de transporte. O aumento da disponibilidade desta droga é igualmente sugerido pelo facto de os níveis de pureza estimados da cocaína serem os mais elevados da última década no mercado de retalho. É perceptível uma reorganização da cadeia de abastecimento de cocaína e dos intervenientes ao nível intermédio e retalhista, com a emergência de estruturas organizacionais fragmentadas, mais dispersas e mais horizontais. Grupos mais pequenos conseguiram entrar no mercado através de um leque de tecnologias da informação como a encriptação, os mercados da Internet obscura (darknet), as redes sociais para tráfico e as criptomoedas. O empreendedorismo no competitivo mercado da cocaína é evidenciado por estratégias de distribuição inovadoras, como “call centers” dedicados ao tráfico de cocaína. Estes novos métodos parecem refletir,

em certa medida, o tipo de disrupção constatado noutros domínios, facilitado pela utilização generalizada dos “smartphones”: uma potencial «Uberização» da comercialização da cocaína, ou seja, um mercado competitivo em que os vendedores concorrem entre si oferecendo serviços suplementares, como opções de entrega rápidas e flexíveis.

Cocaína: danos para a saúde mais evidentes

Estimar a prevalência do consumo problemático de cocaína é particularmente difícil, na medida em que esta substância é menos visível em indicadores estabelecidos, que tendem a concentrar-se mais em problemas relacionados com opiáceos. Todavia, há indícios de que a maior disponibilidade de cocaína está a resultar em custos crescentes com a saúde. Desde 2014, o número de utentes que iniciam tratamento pela primeira vez por problemas de consumo de cocaína, apesar de ser ainda relativamente baixo, aumentou mais de 35 %, tendo subido em aproximadamente dois terços dos países. Em alguns países, a cocaína tem sido associada a aumentos recentes no número de mortes relacionadas com a droga. A cocaína é frequentemente detetada em conjunto com opiáceos em mortes por overdose nas regiões da Europa onde é o estimulante predominante. Além disso, o papel desempenhado pela cocaína em mortes relacionadas com doenças cardiovasculares pode não ser registado. Onde há dados disponíveis, estes indicam um aumento geral dos casos de emergências por consumo de cocaína, sendo esta última a substância ilícita mais frequentemente comunicada no estudo da Euro-DEN que envolveu 18 países. Foi também encontrada cocaína em um quarto ou mais das seringas analisadas em três das cinco cidades que participaram num projeto-piloto para determinar a utilidade da análise dos resíduos nas seringas no levantamento de padrões de consumo de drogas injetáveis. Os novos dados disponíveis sugerem também que o consumo de cocaína-crack, uma variante da droga que pode ser fumada e que está particularmente associada ao consumo problemático, pode estar a disseminar-se. Registou-se um aumento no número de utentes que iniciaram tratamento por consumo de

Estimar a prevalência do consumo problemático de cocaína é particularmente difícil

NUM RELANCE — ESTIMATIVAS DO CONSUMO DE DROGA NA UNIÃO EUROPEIA

Canábis



Adultos (15-64)

Consumo no último ano **24,7 milhões**
7,4 %



Consumo ao longo da vida **91,2 milhões**
27,4 %



Jovens adultos (15-34)

Consumo no último ano **17,5 milhões**
14,4 %



Estimativas nacionais de consumo no último ano

O mais baixo 3,5 % O mais elevado 21,8 %

Cocaína



Adultos (15-64)

Consumo no último ano **3,9 milhões**
1,2 %



Consumo ao longo da vida **18 milhões**
5,4 %



Jovens adultos (15-34)

Consumo no último ano **2,6 milhões**
2,1 %



Estimativas nacionais de consumo no último ano

O mais baixo 0,2 % O mais elevado 4,7 %

MDMA



Adultos (15-64)

Consumo no último ano **2,6 milhões**
0,8 %



Consumo ao longo da vida **13,7 milhões**
4,1 %



Jovens adultos (15-34)

Consumo no último ano **2,1 milhões**
1,7 %



Estimativas nacionais de consumo no último ano

O mais baixo 0,2 % O mais elevado 7,1 %

Anfetaminas



Adultos (15-64)

Consumo no último ano **1,7 milhões**
0,5 %



Consumo ao longo da vida **12,4 milhões**
3,7 %



Jovens adultos (15-34)

Consumo no último ano **1,2 milhões**
1 %



Estimativas nacionais de consumo no último ano

O mais baixo 0 % O mais elevado 3,9 %

Opiáceos



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

654 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2017

Pedidos de tratamento da toxicod dependência

Droga principal em cerca de 35 % do total de pedidos de tratamento da toxicod dependência na União Europeia



Overdoses fatais

85 % Os opiáceos estão presentes em 85 % das overdoses fatais



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

cocaína-crack desde 2014 na Bélgica, Irlanda, França, Itália e Portugal, assim como no Reino Unido, o país europeu que tem sido mais associado ao consumo de crack.

Os dados disponíveis para confirmar a eficácia de serviços dirigidos a consumidores de cocaína são ainda relativamente frágeis e os programas especificamente direcionados a consumidores de cocaína são, neste momento, limitados na Europa. Esta realidade começa a mudar, com alguns países a introduzir intervenções de redução de danos mais especializadas. Contudo, de um modo geral, dado o aparente crescimento das necessidades neste domínio, é urgente investir no desenvolvimento e na avaliação de todos os tipos de intervenções, mas especialmente em modelos de tratamento eficazes, para que os serviços tenham mais condições para trabalhar de forma bem-sucedida com este grupo de utentes.

O papel internacional da Europa na produção de drogas sintéticas

A produção de drogas sintéticas na Europa, apesar de ser difícil de monitorizar, aparenta estar a crescer, a diversificar-se e a tornar-se mais inovadora. Esta expansão é visível em dados recentes que documentam um aumento nas apreensões de precursores químicos. O relatório sobre os mercados de droga na UE, do EMCDDA e da Europol, a ser publicado no final de 2019, apresentará uma análise aprofundada destes desenvolvimentos. A deteção de laboratórios de produção e locais de despejo de resíduos e a potência e variedade das drogas sintéticas disponíveis no mercado europeu são preocupações fundamentais neste domínio.

Há também indicações crescentes do papel de relevo da Europa no mercado global de drogas sintéticas. Estes indícios incluem apreensões significativas de várias substâncias nas fronteiras da UE; o facto de, neste momento, haver mais apreensões de MDMA na Turquia do que na totalidade da União Europeia; e a deteção de instalações na Europa dedicadas à produção de metanfetaminas e outras drogas sintéticas para exportação. A infraestrutura que permite a rápida movimentação de bens entre países tem sido cada vez mais utilizada para facilitar o tráfico de drogas controladas, novas substâncias psicoativas, precursores e outros químicos essenciais à produção de droga para a União Europeia. A mesma infraestrutura é também usada, por vezes, para traficar drogas sintéticas – especialmente MDMA, mas também outras substâncias – para países terceiros.

A produção de drogas sintéticas parece também estar a impulsionar a propagação do consumo de metanfetamina a novos países dentro da União Europeia. A nível global, a metanfetamina representa o maior desafio no domínio das drogas sintéticas. Na Europa, o consumo de metanfetamina tem-se concentrado num pequeno grupo de países com problemas de longa data. Em grande parte, é ainda essa a situação atual, mas, apesar da disponibilidade generalizada de outros estimulantes, as análises das águas residuais indicam que esta droga começa a alastrar-se a novos países. As deteções de laboratórios apontam também para um aumento da escala da produção e da produção para mercados fora da UE.

Canábis: novos desenvolvimentos relativamente à droga mais enraizada na Europa

A canábis é uma das drogas há mais tempo enraizadas na Europa. É a substância ilícita mais consumida, tendo quase 20 % dos indivíduos no grupo etário dos 18 aos 24 anos afirmado ter consumido canábis no último ano. Internacionalmente e no território europeu, a canábis continua a ser um tópico que desperta um interesse significativo a nível do público e das políticas, uma vez que os novos desenvolvimentos suscitam um debate sobre a forma como a sociedade deve dar resposta a esta substância.

Está em curso um debate sobre o valor terapêutico da canábis, preparações de canábis e medicamentos derivados da planta de canábis. Alguns países legalizaram a canábis, originando uma reflexão sobre os custos e benefícios das diferentes opções de regulamentação e controlo. Trata-se de uma área complexa. Na Europa, são aplicados recursos policiais consideráveis no controlo da canábis, e mais de metade dos 1,2 milhões de infrações por consumo ou posse para uso pessoal notificadas em 2017 estavam relacionadas com a canábis.

O envolvimento no mercado da canábis pode também potenciar a criminalidade juvenil e constituir uma grande fonte de rendimento para o crime organizado. Além disso, a nossa compreensão dos possíveis riscos para a saúde associados ao consumo de canábis, especialmente nas camadas mais jovens, tem-se aprofundado. A canábis é agora a substância indicada com mais frequência pelos novos utentes de serviços especializados de tratamento da toxicod dependência como o principal motivo para procurarem ajuda. Esta situação é preocupante, uma vez que, nos últimos anos, a avaliação geral do EMCDDA tem indicado que as tendências relacionadas com a canábis se têm mantido essencialmente estáveis. Todavia, esta conclusão está a ser posta em causa por novos dados que indicam que vários países comunicam um aumento do consumo entre coortes mais jovens.

Esta situação torna-se ainda mais complexa pelo facto de terem sido desenvolvidas nos últimos anos novas formas de canábis, fruto de avanços nas técnicas de cultivo, extração e produção. Plantas híbridas de multi estirpes que produzem canábis mais potente começaram a substituir as formas tradicionais da planta, tanto na Europa como em Marrocos, o país de origem de grande parte da resina de canábis consumida na Europa. Um estudo recente apoiado pelo EMCDDA mostra que a potência da resina de canábis e da canábis herbácea aumentou na última década. A criação de mercados legais de canábis para fins recreativos em que a droga foi legalizada está também a fomentar a inovação, com o desenvolvimento de novos produtos de canábis, como produtos comestíveis, líquido para vapear e concentrados. Alguns destes produtos estão a surgir no mercado europeu, onde representam um novo desafio para a deteção e o controlo de drogas.

Reconhecendo a atual natureza dinâmica e complexa da esfera das políticas relativas à canábis, o EMCDDA lançou uma nova série de publicações com avaliações de dados e análises neste domínio. Estas publicações incluem uma panorâmica da evolução do fornecimento de canábis para fins medicinais na União Europeia. O debate informado neste âmbito é restringido pela falta de um entendimento conceptual comum da canábis para fins medicinais. A situação complica-se devido à diversidade de produtos disponíveis, que podem ir de produtos medicinais com componentes retirados da planta de canábis a preparações de canábis não processada.

Produtos com baixo teor de THC levantam questões regulamentares

Outro exemplo da rápida evolução em curso no âmbito da canábis tem sido o aparecimento, nos últimos dois anos, de canábis herbácea e óleo de canábis de baixa potência para venda em lojas de alimentação saudável ou lojas de especialidade em alguns países da UE. A comercialização tem por base a alegação de que estes produtos têm poucos ou nenhuns efeitos inebriantes e, portanto, não são controlados ao abrigo da legislação em matéria de droga. A canábis contém muitos químicos diferentes, mas dois canabinoides, o tetrahydrocannabinol (THC) e o canabidiol (CBD), atraem mais atenção. O THC é a principal substância encontrada na canábis, sendo responsável pelos seus efeitos psicoativos. Produtos que contêm CBD são cada vez mais comercializados com argumentos sobre os seus efeitos benéficos. A literatura complexa e em evolução sobre os dados relativos ao uso medicinal do THC e do CBD foi abordada numa publicação recente do EMCDDA. Os novos produtos alegam conter

menos de 0,2 % ou 0,3 % de THC e, no geral, enquadram-se em duas categorias de produtos: uma destinada a consumidores de canábis para ser fumada e outra – fórmulas como óleos e cremes – dirigida a pessoas interessadas em possíveis aplicações para a saúde. Alguns Estados-Membros da UE consideram que produtos com baixo teor de THC, como extratos de canábis, estão sujeitos a sanções penais, outros consideram-nos medicamentos que não podem ser vendidos sem autorização e outros ainda, em número reduzido, classificam-nos como produtos que não representam uma ameaça para a saúde pública e, como tal, podem ser comercializados sem qualquer licença. Esta evolução levanta problemas de regulamentação a nível da UE e a nível nacional.

Explorar a digitalização em benefício da saúde

Os jovens são um grupo-alvo importante para muitas intervenções relacionadas com a droga. São provavelmente o setor da população mais familiarizado e aberto à utilização das tecnologias da informação e comunicação em muitas áreas da sua vida. São provavelmente também o grupo mais disposto a aceitar e beneficiar do uso destas tecnologias enquanto veículos para intervenções de prevenção, tratamento e redução de danos no domínio da droga. O Relatório Europeu sobre Drogas deste ano analisa alguns dos novos desenvolvimentos no âmbito da saúde móvel que visam abordar um amplo leque de questões, do acesso a serviços à formação especializada de profissionais da área das drogas. Os desenvolvimentos neste âmbito aproveitam recursos em linha e aplicações para dispositivos móveis, nomeadamente através de algumas abordagens inovadoras que exploram o modo como a realidade virtual pode, por exemplo, ser utilizada no tratamento da toxicodependência, ajudando os pacientes a desenvolver resistência a estímulos relacionados com drogas ou a reduzir o desejo de consumir. É importante deixar aqui uma advertência, na medida em que as novas aplicações neste domínio nem sempre são acompanhadas de normas de qualidade sólidas, regras de proteção de dados e dados de avaliação. À semelhança de todas as

Os jovens são um grupo-alvo importante para muitas intervenções relacionadas com a droga

outras áreas dos cuidados de saúde, estes elementos serão essenciais para se concretizar os potenciais benefícios prometidos pelas novas tecnologias nas intervenções relacionadas com a droga.

Reforçar o mecanismo de alerta rápido da UE e a avaliação de riscos das novas substâncias psicoativas

Em 2018, novas substâncias psicoativas foram notificadas através do mecanismo de alerta rápido da UE ao ritmo de cerca de uma por semana. Num total de 55, o número de novas drogas detetadas em 2018 é semelhante ao número obtido em 2017, mas muito inferior em comparação com 2013 e 2014. Embora tal possa sugerir um decréscimo da inovação neste domínio, é de salientar que um número significativo de substâncias que tinham sido já notificadas continua a aparecer no mercado europeu da droga todos os anos, o que sugere que as substâncias podem ter uma presença duradoura no mercado. Houve também mudanças no tipo de substâncias observadas, o que pode indicar que as novas substâncias psicoativas são cada vez mais direcionadas para os consumidores de longo prazo e mais problemáticos. Embora, por exemplo, o mecanismo de alerta rápido da UE para novas substâncias psicoativas continue a receber notificações relativas a um leque diversificado de substâncias, estão agora a surgir mais opiáceos sintéticos e benzodiazepinas.

O mecanismo de alerta rápido e a avaliação de riscos são fulcrais na resposta da Europa aos desenvolvimentos no âmbito das novas substâncias psicoativas. Em 2018, o sistema europeu foi revisto de modo a proporcionar à UE uma capacidade reforçada e acelerada para detetar, avaliar e enfrentar as ameaças de saúde e sociais colocadas pelas novas drogas. Isto não só permite alertas rápidos em toda a Europa como também oferece a possibilidade de realizar avaliações de riscos e controlo de substâncias com maior celeridade a nível europeu. Estas alterações reforçam também a rede que apoia o EMCDDA e a Europol nestes esforços, estando presentemente em vigor acordos de trabalho formais entre o EMCDDA e a Agência Europeia de Medicamentos (EMA), a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (EFSA), o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e a Agência Europeia dos Produtos Químicos (ECHA).



1

**No contexto mundial,
a Europa é um importante
mercado para as drogas**

A oferta de drogas e o mercado

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

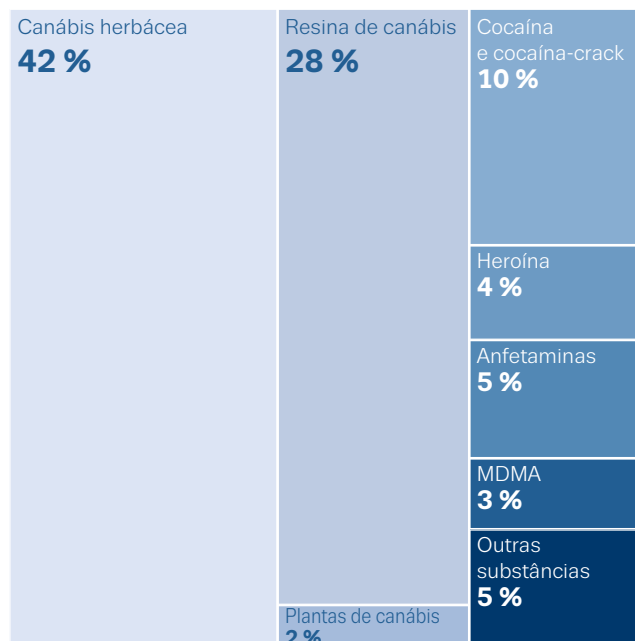
Monitorização dos mercados, da oferta e da legislação em matéria de droga

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

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

FIGURA 1.1

Número de apreensões de droga notificadas, discriminação por droga, 2017



Desde as décadas de 1970 e 1980 que existem, em muitos países europeus, grandes mercados para a cânábis, a heroína e as anfetaminas. Ao longo do tempo, outras substâncias vieram juntar-se-lhes, incluindo a MDMA e a cocaína na década de 1990. O mercado de droga europeu continua a evoluir, com a emergência de uma grande variedade de novas substâncias psicoativas na última década. As alterações recentes no mercado de drogas ilícitas, largamente resultantes da globalização e das novas tecnologias, incluem inovações ao nível dos métodos de produção de drogas e de tráfico, o aparecimento de novas rotas de tráfico e o crescimento dos mercados em linha.

Mercados de drogas ilícitas na Europa: sistemas complexos e com vários níveis

Os mercados de drogas ilícitas englobam um conjunto complexo de atividades interligadas, incluindo a produção, o tráfico, a distribuição e a venda ao consumidor final. Além disso, cobrem grandes distâncias geográficas. Diferentes intervenientes podem estar envolvidos nas suas várias fases, mas os grupos de criminalidade organizada desempenham um papel dominante no negócio das drogas ilícitas, que move milhares de milhões de euros todos os anos.

A nível do mercado de retalho, a venda de drogas continua a realizar-se essencialmente através do contacto direto entre os fornecedores e os consumidores. Contudo, a tecnologia móvel e a encriptação estão a ser cada vez mais exploradas pelas redes de tráfico de droga. As plataformas em linha para a venda de drogas ilícitas, embora representem ainda uma parte relativamente pequena do mercado global, têm adquirido uma importância crescente nos últimos anos. Podem ser encontrados mercados em linha na Internet de superfície – a parte indexada ou pesquisável da Internet –, nomeadamente lojas em linha e plataformas de redes sociais, ou na Internet obscura – uma rede encriptada cujo acesso requer ferramentas especiais –, onde os vendedores e compradores podem ocultar as suas identidades.

Desde que surgiram os primeiros mercados anónimos em linha em 2010, já existiram, em diferentes momentos, mais de 100 mercados na Internet obscura a nível mundial. Em julho de 2017, o AlphaBay, o maior mercado eletrónico que existiu até hoje, foi desmantelado numa operação policial internacional, a qual pôs igualmente fim a outro grande sítio, o mercado Hansa. Esta operação policial poderá ter abalado a confiança dos consumidores na segurança destes mercados eletrónicos. No entanto,

uma análise do EMCDDA e da Europol indica que as receitas e os volumes de transações associados à venda de drogas na Internet obscura tinham regressado passado um ano aos níveis anteriores à operação policial.

Mais de um milhão de apreensões de drogas ilícitas

As apreensões de drogas ilícitas efetuadas pelas autoridades são um indicador importante dos mercados de droga, com mais de 1,1 milhões de apreensões de drogas ilícitas reportadas em 2017 na Europa. A maioria destas apreensões reportadas corresponde a pequenas quantidades de droga confiscadas aos consumidores. Contudo, um pequeno número de remessas de drogas de vários quilogramas representa a maior parte da quantidade total de droga apreendida. Os três países que reportaram os números mais elevados de apreensões que, em conjunto, representam mais de dois terços de todas as apreensões de droga na União Europeia, foram a Espanha, o Reino Unido e a França. Não estão, todavia, disponíveis dados sobre o número de apreensões efetuadas nos Países Baixos, e os dados mais recentes disponíveis para a Alemanha e Eslovénia são os de 2015, o que contribui para um certo nível de incerteza desta análise. A cânábis é a droga com maior número de apreensões, correspondendo a quase três quartos das apreensões efetuadas na Europa (Figura 1.1).

Canábis: as apreensões e a potência aumentam, o preço mantém-se estável

A canábis herbácea («marijuana») e a resina de canábis («haxixe») são os dois principais produtos de canábis comercializados no mercado europeu de drogas. O óleo de canábis é comparativamente raro, embora tenham sido reportadas algumas apreensões de grandes volumes nos últimos anos. A canábis herbácea consumida na Europa é sobretudo cultivada internamente, embora uma parte seja traficada a partir de países terceiros. Aquela que é produzida na Europa é sobretudo cultivada dentro de portas. A resina de canábis é na sua maior parte importada de Marrocos, com a Líbia a surgir como uma importante plataforma para o tráfico de resina. Começam a surgir relatos de alguma produção de resina na União Europeia, e a produção de “nederhasj”, nos Países Baixos, está documentada há vários anos. Além disso, os Balcãs Ocidentais são uma fonte de produção de canábis herbácea e, mais recentemente, de óleo de canábis.

Em 2017, os Estados-Membros da UE notificaram 782 000 apreensões de produtos de canábis, das quais 440 000 de canábis herbácea, 311 000 de resina de canábis e 22 700 de plantas de canábis. Desde 2009, o número de apreensões de canábis herbácea tem ultrapassado o da resina de canábis. No entanto, a quantidade de resina de canábis apreendida é mais de duas vezes superior à de canábis herbácea (466 toneladas contra 209 toneladas). Tal é, em parte, uma consequência do facto de a resina de canábis ser traficada em volumes maiores através das fronteiras nacionais, o que torna a sua interceção mais provável. Devido à proximidade de Marrocos, a Espanha é particularmente importante no que diz respeito às quantidades de resina de canábis apreendidas, sendo responsável por quase três quartos (72 %) da quantidade total apreendida na União Europeia em 2017 (Figura 1.2).

CANÁBIS



RESINA

Apreensões

Número

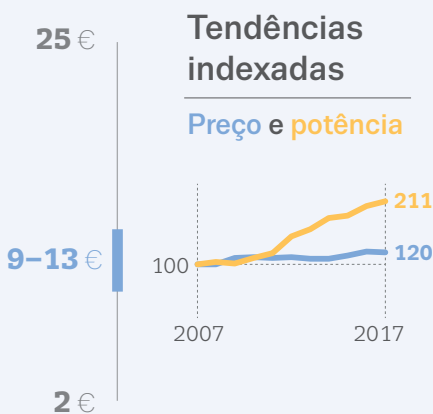
311 000 UE **329 000** UE + 2

Quantidades

466 UE **550** UE + 2
TONELADAS

Preço

(EUR/g)



Potência

(% THC)



HERBÁCEA

Apreensões

Número

440 000 UE **486 000** UE + 2

Quantidades

209 UE **304** UE + 2
TONELADAS

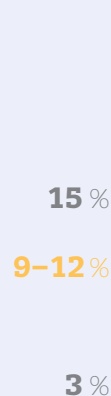
Preço

(EUR/g)



Potência

(% THC)

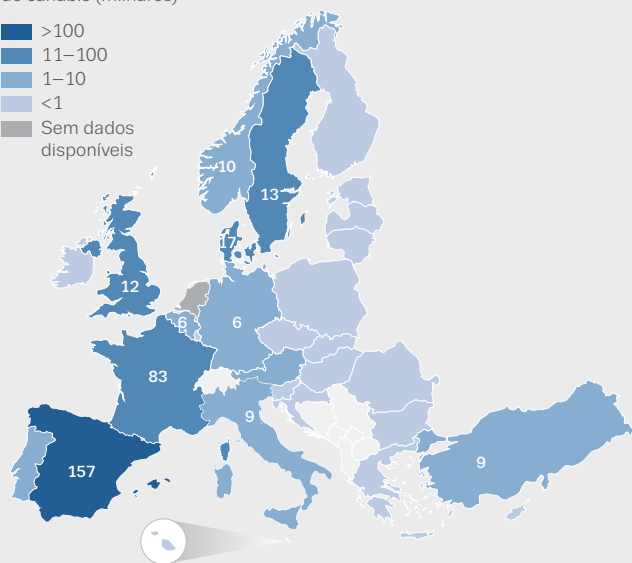


UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e potência dos produtos de canábis: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

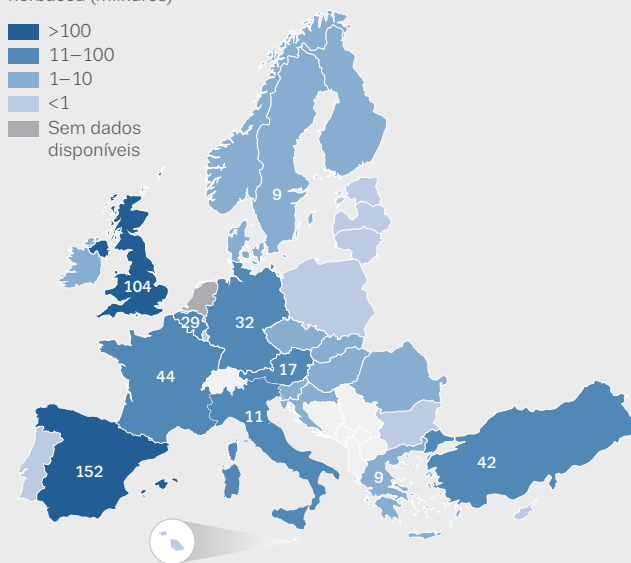
FIGURA 1.2

Apreensões de resina de cânabís e cânabís herbácea, 2017 ou ano mais recente

Número de apreensões de resina de cânabís (milhares)

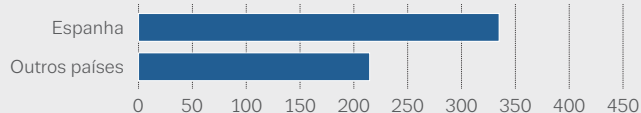


Número de apreensões de cânabís herbácea (milhares)

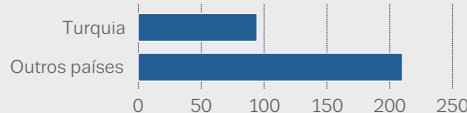


Nota: Número de apreensões nos dez países com valores mais elevados.

Quantidade de resina de cânabís apreendida (toneladas)



Quantidade de cânabís herbácea apreendida (toneladas)



O número de apreensões de cânabís notificadas na União Europeia, tanto de produtos de resina de cânabís como de cânabís herbácea, tem-se mantido relativamente estável desde 2012 (Figura 1.3). Contudo, após um decréscimo em 2015, a quantidade de cânabís herbácea apreendida aumentou em muitos países. O aumento global verificado entre 2016 e 2017 deve-se principalmente a aumentos substanciais reportados na Grécia, em Espanha e, em especial, em Itália. Desde 2009, a Turquia apreende anualmente mais cânabís herbácea do que qualquer outro país da UE, mas, em 2017, a quantidade de cânabís herbácea apreendida em Itália quase igualou a apreendida na Turquia. Além disso, alguns países que geralmente apreendem pequenas quantidades de cânabís herbácea também revelaram aumentos consideráveis em 2017. Um exemplo é a Hungria, onde a quantidade apreendida foi sete vezes superior à quantidade apreendida no ano anterior (mais de 3,5 toneladas em 2017, contra 0,5 toneladas em 2016).

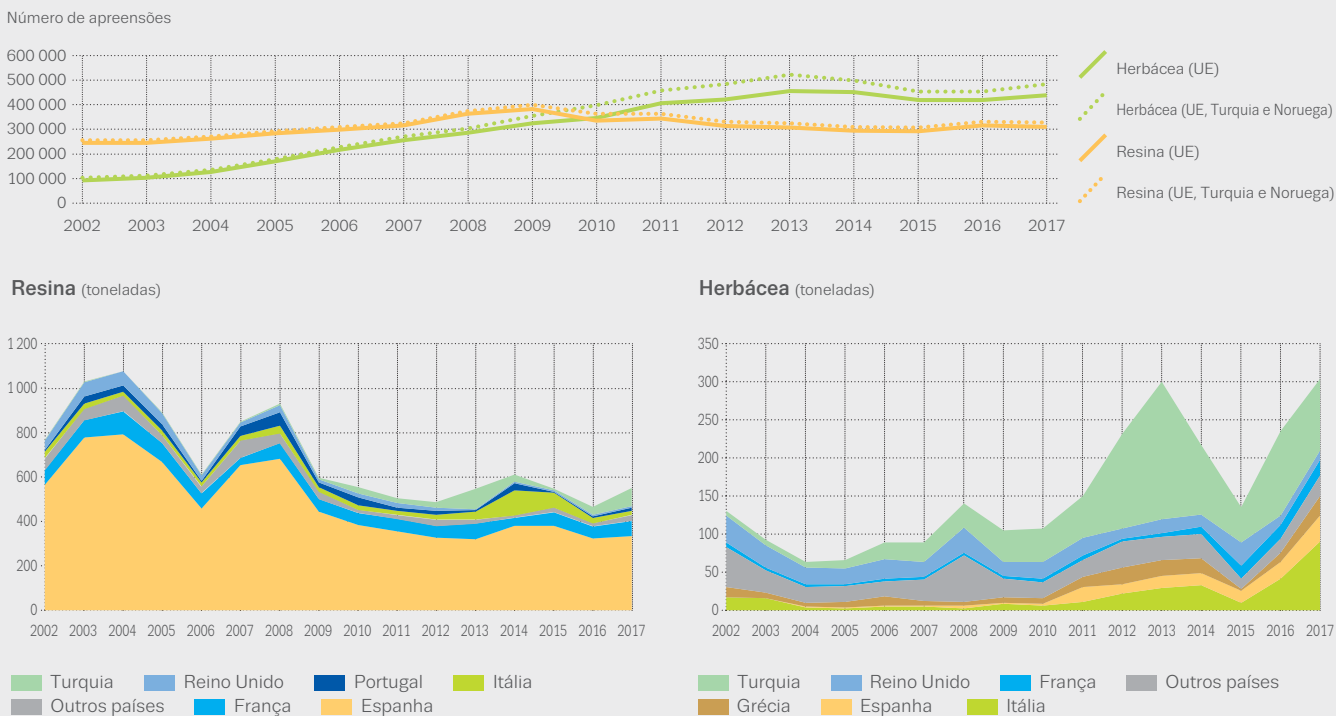
O número de apreensões de plantas de cânabís pode ser considerado como um indicador da produção desta droga num dado país. Contudo, as diferenças entre países, tanto ao nível das prioridades de aplicação da lei como das práticas de notificação, justificam prudência na

interpretação dos dados. O número de plantas de cânabís apreendidas na Europa ascendeu aos 7 milhões em 2012, devido à implementação de medidas intensivas de combate ao tráfico de droga em Itália nesse ano, tendo reduzido para os 2,5 milhões em 2015 e aumentado para 3,4 milhões em 2017. Em 2017, os países europeus reportaram 490 apreensões de óleo de cânabís, tendo as maiores quantidades sido apreendidas na Turquia (50 litros em 3 apreensões) e na Grécia (12 kg em 37 apreensões).

A análise das tendências indexadas entre os países que comunicam sistematicamente dados sobre preços e potência revela um aumento na potência da cânabís herbácea e da resina de cânabís desde 2007. A potência da resina tem apresentado um aumento contínuo desde 2009. Os fatores que explicam este aumento da potência média da resina incluem, provavelmente, a introdução de plantas altamente potentes e de novas técnicas de produção em Marrocos e, em menor medida, a maior utilização na Europa de técnicas de extração de resina que permitem produzir produtos com uma potência mais elevada. A potência média da cânabís herbácea aumentou em 2017, após um período de estabilização entre 2013 e 2016. Contudo, ainda é necessário confirmar se este

FIGURA 1.3

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



aumento recente é o início de uma nova tendência. Os dados sugerem que o preço de retalho por grama é semelhante para a resina de canábis e para a canábis herbácea e que os preços se mantiveram estáveis desde 2009, aproximadamente.

Disponibilidade de produtos com baixo teor de THC

Desde 2017, a canábis herbácea e os óleos de canábis têm sido disponibilizados para venda livre em lojas de alimentação saudável ou lojas de especialidade em vários países da UE. A comercialização tem por base a alegação de que estes produtos têm poucos ou nenhuns efeitos inebriantes e, portanto, não são controlados ao abrigo da legislação em matéria de droga.

A canábis herbácea e os seus extratos são conhecidos por dois canabinoides, o tetrahydrocannabinol (THC) e o canabidiol (CBD). O THC pode ter efeitos inebriantes, enquanto o CBD tem sido associado a benefícios para a saúde, embora atualmente existam poucos dados que corroborem esses benefícios para a maioria das doenças que foram estudadas. O teor de cada um destes canabinoides pode variar muito nas plantas de canábis. A política agrícola comum da UE subvenciona o cultivo de certas variedades da planta de canábis para utilizações industriais, desde que o seu teor de THC não exceda 0,2 %

(um limite que foi inicialmente estabelecido para permitir a distinção entre tipos de plantas, não constituindo um perfil de segurança para o consumo humano). Os limites nacionais podem variar entre 0 e 0,3 %.

Os novos produtos contêm, segundo as respetivas alegações, menos de 0,2 % ou 0,3 % de THC e parecem enquadrar-se, no geral, em duas categorias, que podem sobrepor-se. A primeira categoria é comercializada aos que já são consumidores de canábis ilícita como canábis «legal», normalmente sob formas que se destinam a serem fumadas. A segunda é comercializada com associações a aplicações de «saúde» e «bem-estar», salientando o teor de CBD, e assume frequentemente a forma de óleos ou cremes. Estas categorias encontram-se também refletidas no tipo e na decoração dos estabelecimentos onde são vendidas. Uma vez que não existe uma norma de ensaio comum estabelecida para estes produtos, o teor de THC e CBD pode diferir do declarado nos rótulos ou nos «resultados das análises» que possam ser apresentados com o produto.

Heroína: as quantidades apreendidas estão a aumentar

A heroína é o opiáceo mais comum no mercado de droga da UE. Tradicionalmente, estão disponíveis na Europa duas formas de heroína importada, a mais comum das quais é a heroína castanha (a forma química de base), produzida sobretudo a partir de morfina extraída de papoilas cultivadas no Afeganistão. Muito menos comum é a heroína branca (uma forma de sal), que no passado era originária do Sudeste Asiático, mas que agora também pode ser produzida no Afeganistão ou noutros países vizinhos. Outros opiáceos disponíveis nos mercados ilícitos da Europa incluem o ópio e medicamentos como a morfina, a metadona, a buprenorfina, o tramadol e vários derivados do fentanilo. Alguns destes opiáceos podem ter sido desviados da indústria farmacêutica, enquanto outros são fabricados ilegalmente.

O Afeganistão continua a ser o maior produtor ilegal de ópio, a nível mundial, estimando-se que a maior parte da heroína encontrada na Europa seja produzida nesse país ou nos seus países vizinhos, Irão e Paquistão. Até há pouco tempo, a produção de opiáceos ilícitos na Europa esteve limitada a produtos artesanais obtidos a partir da papoila e produzidos em certos países orientais. A descoberta, nos últimos anos, de laboratórios que produziam heroína a partir de morfina utilizando anidrido acético na Bulgária, República Checa, Espanha e Países Baixos, juntamente com o aumento das apreensões de morfina e de ópio, sugerem que algumas quantidades de heroína são agora fabricadas mais perto dos mercados de consumidores na Europa. Esta alteração pode estar associada a uma tentativa de redução de custos por parte

dos fornecedores, em que estes realizam as últimas fases de produção da heroína na Europa, onde precursores, como o anidrido acético, são mais baratos do que nos países produtores de ópio. A produção da heroína próxima do mercado de consumidores também poderá ter o intuito de reduzir os riscos inerentes às medidas de combate ao tráfico de droga.

A heroína é introduzida na Europa através de quatro rotas de tráfico principais. As duas mais importantes são a «rota dos Balcãs» e a «rota meridional». A primeira e mais preponderante destas rotas atravessa a Turquia até aos países balcânicos (Bulgária, Roménia ou Grécia) e prossegue para a Europa Central, Meridional e Ocidental. Também foi descoberto um desvio da rota dos Balcãs, envolvendo a Síria e o Iraque. A rota meridional, onde as remessas provenientes do Irão e do Paquistão entram na Europa por via aérea ou marítima, quer diretamente, quer depois de transitarem por países africanos, adquiriu importância nos últimos anos. Outras rotas incluem a «rota do norte», que parte do Afeganistão e atravessa a Ásia Central até à Rússia, e uma rota a partir do Cáucaso Meridional e através do mar Negro.

Por volta de 2010-2011, observou-se um período de menor disponibilidade de heroína em vários países europeus, que foi acompanhada de uma diminuição global tanto no número de apreensões como nas quantidades de heroína apreendida. Desde então, as apreensões na União Europeia estabilizaram em grande medida, tendo sido reportadas 37 000 apreensões, num total de 5,4 toneladas, em 2017. A Turquia continua a registar mais apreensões de heroína do que o conjunto de todos os outros países europeus (Figura 1.4). Após uma descida acentuada das

HEROÍNA

Apreensões

Número

37 000 UE  **50 000** UE + 2

Quantidades

5,4 UE  **22,9** UE + 2

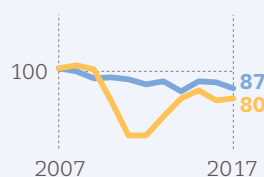
Preço

(EUR/g)

140 €
28–58 €
15 €

Tendências indexadas

Preço e pureza



Pureza

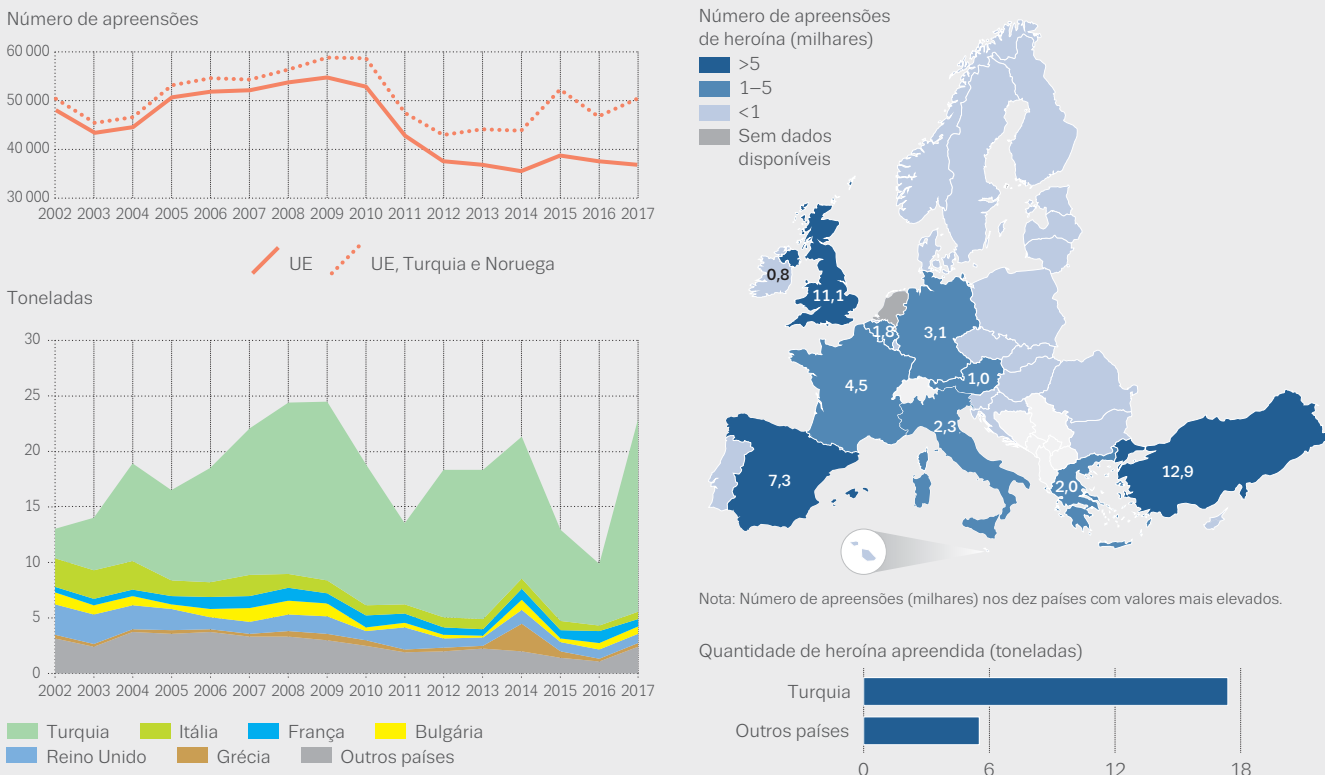
(%)

51 %
15–31 %
9 %

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

FIGURA 1.4

Número de apreensões de heroína e quantidades apreendidas: tendências e 2017 ou ano mais recente



apreensões, de 12,8 toneladas para 5,6 toneladas, no período 2014-2016, em 2017 a Turquia apreendeu 17,4 toneladas de heroína, a maior quantidade apreendida em dez anos.

Entre os países que comunicam sistematicamente dados sobre preços e pureza, as tendências indexadas sugerem que, após uma diminuição acentuada entre 2009 e 2011, a pureza da heroína aumentou rapidamente, antes de estabilizar nos últimos anos, mantendo-se, no entanto, abaixo dos níveis de 2007. Inversamente, o preço de

retalho global da heroína diminuiu ligeiramente ao longo da última década, verificando-se também uma redução em 2017.

Além da heroína, outros produtos opiáceos são apreendidos nos países europeus. Apesar de representarem uma pequena parcela das apreensões totais de opiáceos, a quantidade apreendida aumentou significativamente em 2017. Os outros opiáceos apreendidos com mais frequência incluem os opiáceos para fins medicinais, nomeadamente o tramadol,

QUADRO 1.1

Apreensões de outros opiáceos que não a heroína em 2017

Opiáceo	Número	Quantidade				Número de países
		Quilogramas	Litros	Comprimidos	Pensos	
Metadona	1428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorfina	2649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadol	4290	13,8	0,1	118 935 898		11
Derivados do fentanilo	940	14,3	1,9	10 551	2291	13
Morfina	358	246,0	1,3	9337		13
Ópio	1837	2177,9				17
Codeína	522	0,1		18 475		8
Di-hidrocodeína	21			1436		4
Oxicodona	560	0,0001		18 035		8

a buprenorfina e a metadona (ver Quadro 1.1). Em 2017, pelo segundo ano consecutivo, foram registados aumentos nas quantidades apreendidas de tramadol e de derivados do fentanilo. As quantidades de ópio e de morfina apreendidas foram também muito superiores em 2017 comparativamente ao ano anterior.

O mercado de estimulantes da Europa: diferenças regionais

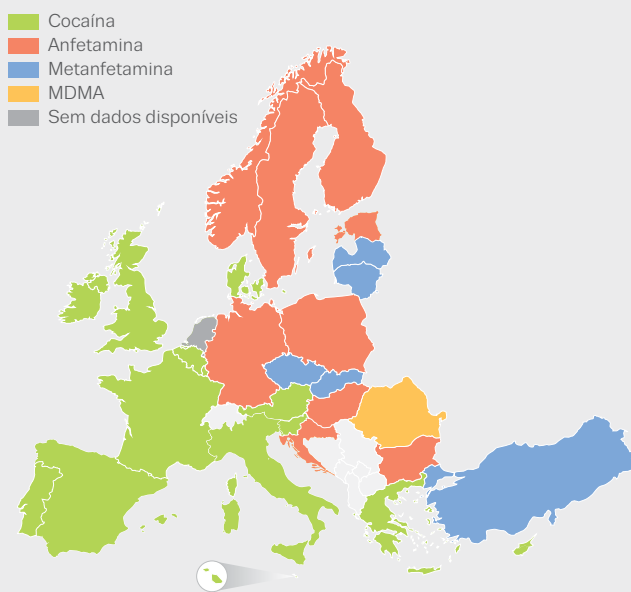
As principais drogas estimulantes ilícitas disponíveis na Europa são a cocaína, as anfetaminas, as metanfetaminas e a MDMA. Existem diferenças regionais significativas quanto ao estimulante que é mais apreendido (Figura 1.5), que são influenciadas pela localização dos portos de entrada, pelas rotas de tráfico, pelos principais centros de produção e por maiores mercados de consumidores. A cocaína é o estimulante apreendido com mais frequência em muitos países ocidentais e meridionais, enquanto as apreensões de anfetaminas e de MDMA são predominantes no norte e no leste da Europa.

Mercado da cocaína: apreensões atingem um máximo histórico

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

FIGURA 1.5

Droga estimulante mais apreendida na Europa, 2017 ou dados mais recentes



diversos pontos de saída na América do Sul e Central por diferentes meios, incluindo voos de passageiros, carga aérea, aeronaves privadas, iates e outras pequenas embarcações. No entanto, a maior quantidade parece ser contrabandeada na carga marítima, sobretudo contentores. As Caraíbas e a África Ocidental e do Norte são importantes zonas de trânsito da cocaína que tem como destino a Europa.

Em 2017, o número de apreensões e as quantidades apreendidas de cocaína na União Europeia atingiram os níveis mais elevados de sempre, com mais de 104 000 apreensões de cocaína registadas, num total de

COCAÍNA

Apreensões

Número

104 000 UE **109 000** UE + 2

Quantidades

140,4 UE **142,0** UE + 2

Preço

(EUR/g)

135 €

55–82 €

38 €

Pureza

(%)

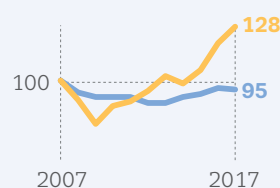
88 %

49–71 %

27 %

Tendências indexadas

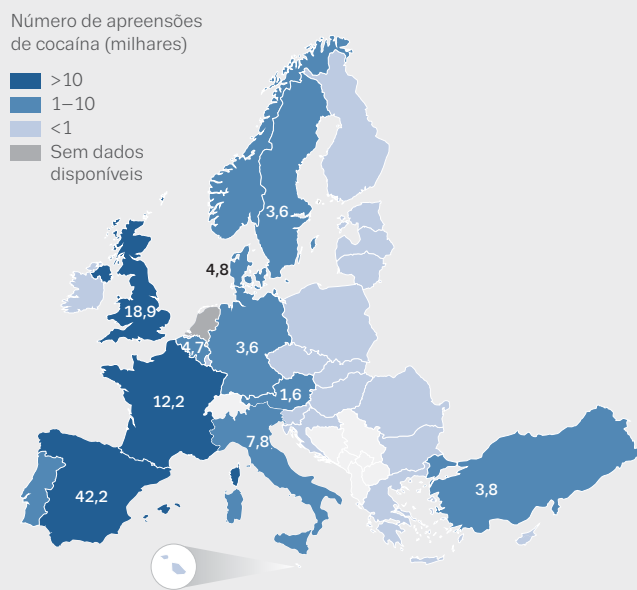
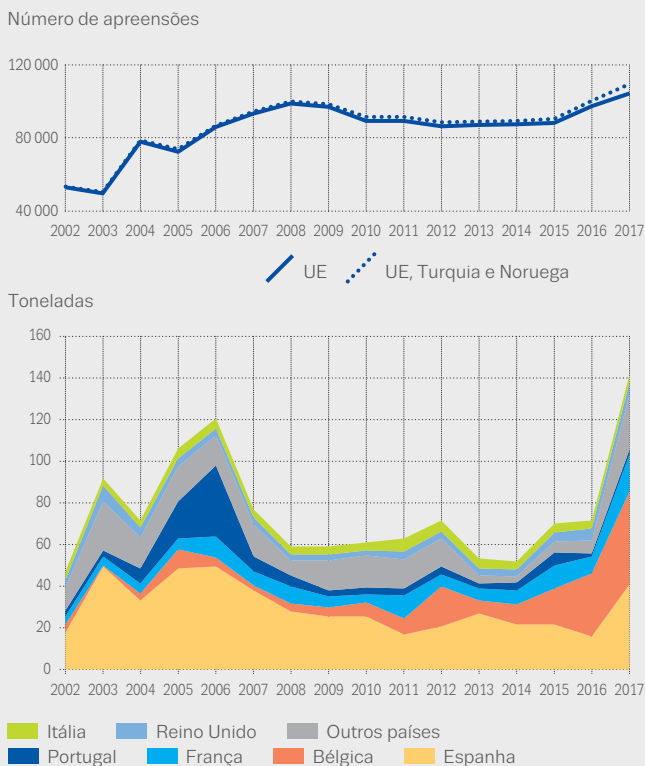
Preço e pureza



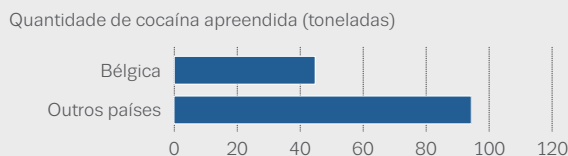
UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e pureza da cocaína: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartilíco Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 1.6

Número de apreensões de cocaína em pó e quantidades apreendidas: tendências e 2017 ou ano mais recente



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



140,4 toneladas. A quantidade de cocaína apreendida ultrapassou o anterior pico, registado em 2006, em mais de 20 toneladas e representou o dobro da quantidade apreendida em 2016 (ver Figura 1.6). Com apreensões perfazendo um total combinado de cerca de 86 toneladas, a Bélgica (45 toneladas) e a Espanha (41 toneladas) representaram 61 % do total estimado da UE em 2017, tendo, no entanto, sido também reportada a apreensão de grandes quantidades pela França (17,5 toneladas) e pelos Países Baixos (14,6 toneladas). Além disso, a pureza da cocaína a nível do mercado de retalho tem aumentado desde 2010, com destaque para 2016 e 2017, anos em que atingiu o nível de pureza mais elevado da última década. O preço de retalho da cocaína tem permanecido estável. Considerados em conjunto, estes indicadores sugerem que a disponibilidade da cocaína é atualmente mais elevada do que nunca.

O número de apreensões de cocaína-crack tem-se mantido baixo e estável nos países que comunicam a sua ocorrência. Isto pode, em parte, ser explicado pelo facto de o crack ser fabricado na Europa, próximo dos mercados de consumidores, e não ser transportado através de fronteiras, onde habitualmente têm lugar muitas apreensões de droga.

O número e a quantidade de apreensões de folhas de coca têm aumentado, tendo sido apreendido em 2017 um total de 204 kg de folhas de coca, juntamente com uma pequena quantidade de pasta de coca. Tal pode indicar uma diversificação nas estratégias de produção de algumas organizações criminosas, dado que anteriormente a maioria dos laboratórios de cocaína existentes na Europa eram «instalações de extração secundária», onde a cocaína é recuperada de materiais nos quais foi incorporada (tais como vinhos, roupas, plásticos), e não laboratórios de processamento de folhas de coca.

Os indicadores sugerem que a disponibilidade da cocaína é atualmente mais elevada do que nunca

Produção de droga: evolução química dos precursores

Os precursores são químicos essenciais ao fabrico de drogas ilícitas. Historicamente, o principal domínio de preocupação na Europa tem sido constituído pelos precursores para a produção de drogas sintéticas, como a anfetamina, a metanfetamina e a MDMA. Contudo, o surgimento de laboratórios de heroína na UE veio dar maior relevo ao desvio do anidrido acético, o precursor utilizado na conversão da morfina em heroína. Uma vez que muitos dos precursores têm utilizações legítimas que não são proibidas, a sua comercialização é monitorizada e controlada por regulamentos da UE que incidem sobre a inventariação de alguns destes químicos. A disponibilidade dos precursores e outros químicos necessários para a produção de droga tem um grande impacto no mercado de drogas e nos métodos de produção utilizados em laboratórios ilícitos. As técnicas de produção estão também a evoluir com o tempo a fim de evitar a deteção, os mecanismos de controlo e as sanções penais, e as alterações normalmente incluem a utilização de substâncias alternativas para produzir drogas sintéticas ou os seus precursores, transformando-se então no método de produção privilegiado. O processamento adicional associado à utilização destas substâncias alternativas, bem como os processos de síntese mais complexos, podem exigir o recurso a uma maior quantidade de químicos, o que aumenta a produção de

resíduos e pode conduzir a maiores danos ambientais, se esses resíduos forem eliminados indevidamente.

Os dados sobre as apreensões e remessas intercetadas de precursores de drogas confirmam a utilização de químicos controlados e não controlados na produção de drogas ilícitas na União Europeia, em especial de anfetaminas e MDMA (Quadro 1.2). A inventariação do precursor APAAN (alfa-fenilacetato de acetonitrila) de BMK (benzilmetilcetona), no final de 2013, continua a ter efeitos, com as apreensões a caírem de 48 toneladas, em 2013, para cerca de 5 toneladas, em 2017. As apreensões do químico alternativo APAA (alfa-feniloacetato de acetamida) aumentaram acentuadamente em 2016 e novamente em 2017. Notificadas pela primeira vez em 2015, as apreensões de derivados glicídicos de BMK, que podem ser facilmente convertidos em BMK, também aumentaram acentuadamente para cerca de 3 toneladas, em 2016, e para quase 6 toneladas em 2017.

As quantidades apreendidas de PMK (piperonilo metil acetona) e de químicos não inventariados para o fabrico de MDMA aumentaram drasticamente em 2017. Todas as apreensões de PMK e a maioria das apreensões de derivados glicídicos de BMK, em 2017, ocorreram nos Países Baixos. Além disso, foram apreendidas nos Países Baixos grandes quantidades de 2-bromo-4-metilpropiofenona, um precursor das catinonas sintéticas, bem como grandes quantidades de BMK (e de derivados

QUADRO 1.2

Resumo das apreensões e das remessas intercetadas de químicos não controlados e de precursores controlados pela UE utilizados na produção de determinadas drogas na União Europeia, 2017

Controlado/não controlado	Apreensões		Remessas intercetadas		TOTAIS	
	Número	Quantidade	Número	Quantidade	Número	Quantidade
MDMA ou substâncias conexas						
PMK (litros)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safrole (litros)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonal (kg)	3	37	4	6 384	7	6 421
Derivados glicídicos de PMK (kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
Anfetamina e metanfetamina						
BMK (litros)	29	3 506	0	0	29	3 506
Efedrina, granel (kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoefedrina, granel (kg)	23	13	0	0	23	13
APAAN (kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
PAA, ácido fenilacético (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	90	10 830	0	0	90	10 830
Derivados glicídicos de BMK (kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
Outros						
Anidrido acético (litros)	24	81 289	55	243 011	79	324 300
2-bromo-4-metilpropiofenona (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetil-4-piperidona (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

glicídicos de BMK), o que confirma o papel central deste país na produção de drogas sintéticas na União Europeia.

Em 2017, foram apreendidas mais de 81 toneladas de anidrido acético e outras 243 toneladas foram intercetadas antes de serem distribuídas, o que representa um grande aumento em relação aos anos anteriores. É igualmente de assinalar que a Estónia comunicou a apreensão de uma quantidade significativa de *N*-fenetil-4-piperidona, um precursor para o fabrico de derivados do fentanilo.

Apreensões de anfetamina e metanfetamina: sinais de um aumento gradual

A anfetamina e a metanfetamina são drogas sintéticas estimulantes que podem ser agrupadas como «anfetaminas» em alguns conjuntos de dados. Na última década, os dados sobre as apreensões indicam que a oferta de metanfetamina está a aumentar lentamente e a expandir-se geograficamente, mas ainda é muito inferior à de anfetamina.

Ambas as drogas são fabricadas na Europa para o mercado interno. Os dados disponíveis indicam que a produção de anfetamina ocorre sobretudo na Bélgica, nos Países Baixos e na Polónia e, em menor escala, nos Estados bálticos e na Alemanha. Normalmente, todas as fases de produção de anfetamina ocorrem no mesmo local. Contudo, apreensões de óleo de anfetamina em alguns Estados-Membros sugerem que este produto pode ser traficado entre países, realizando-se a fase final da produção no local de destino ou nas suas proximidades.

Na União Europeia, é também fabricada alguma anfetamina para exportação, principalmente para o Médio Oriente. As grandes apreensões de comprimidos de anfetamina com um logótipo de «captón» que foram apreendidas na Turquia estão supostamente associadas à Síria.

A metanfetamina apreendida na Europa é sobretudo produzida na República Checa e nas zonas fronteiriças dos países vizinhos. Um pequeno número de laboratórios ilícitos de metanfetamina é descoberto todos os anos nos

ANFETAMINAS



ANFETAMINA

Apreensões

Número

35 000 UE  **40 000** UE + 2

Quantidades

6,4 UE  **13,4** UE + 2

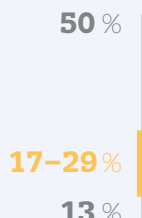
Preço

(EUR/g)



Pureza

(%)



METANFETAMINA

Apreensões

Número

9 000 UE  **19 000** UE + 2

Quantidades

0,7 UE  **1,4** UE + 2

Preço

(EUR/g)



Pureza

(%)

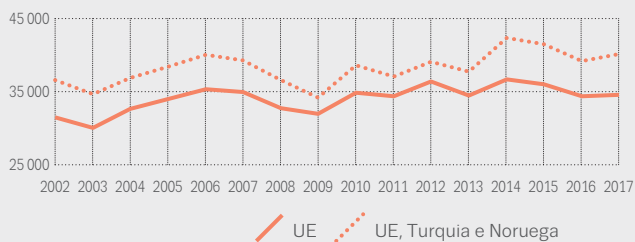


UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e pureza das anfetaminas: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador. Não estão disponíveis tendências indexadas para a metanfetamina.

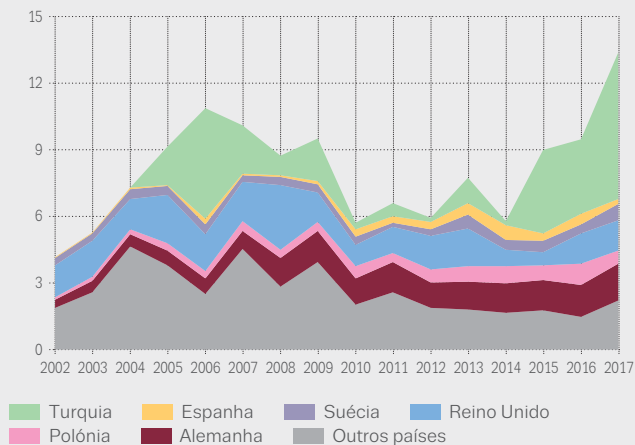
FIGURA 1.7

Número de apreensões de anfetamina e quantidades apreendidas: tendências e 2017 ou ano mais recente

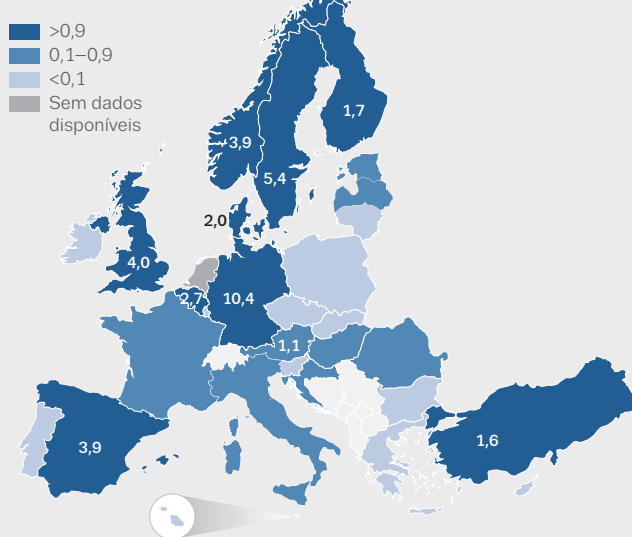
Número de apreensões



Toneladas

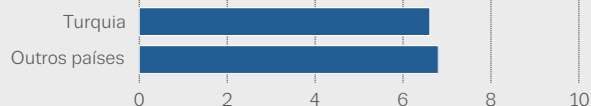


Número de apreensões de anfetamina (milhares)



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

Quantidade de anfetamina apreendida (toneladas)



Países Baixos, sendo por vezes instalações de dimensões consideráveis, que produzem sobretudo para mercados no Extremo Oriente e na Oceânia. Na República Checa, a metanfetamina é produzida essencialmente a partir da pseudoefedrina, a qual é extraída de medicamentos. Em 2017, dos 298 laboratórios ilegais de metanfetamina comunicados na União Europeia, 264 estavam situados na República Checa. São predominantes os laboratórios de pequena escala geridos por traficantes-consumidores locais que fornecem o mercado interno. No entanto, surgiram nos últimos anos instalações de produção em grande escala envolvendo grupos de criminalidade organizada de outras nacionalidades que produzem metanfetaminas para outros países europeus.

Em 2017, os Estados-Membros da UE notificaram 35 000 apreensões de anfetamina, num total de 6,4 toneladas. De um modo geral, a quantidade estimada de anfetamina apreendida na União Europeia tem oscilado em torno de 5 a 6 toneladas anuais desde 2010, embora tenha havido aumentos nos dois últimos anos (Figura 1.7). A Alemanha e o Reino Unido geralmente apreendem as maiores quantidades, que muitas vezes ultrapassam uma tonelada em cada um dos países. As apreensões de metanfetamina são em número muito inferior, com 9000 apreensões reportadas na União Europeia em 2017, num total de 0,7 toneladas, com a França (122 kg),

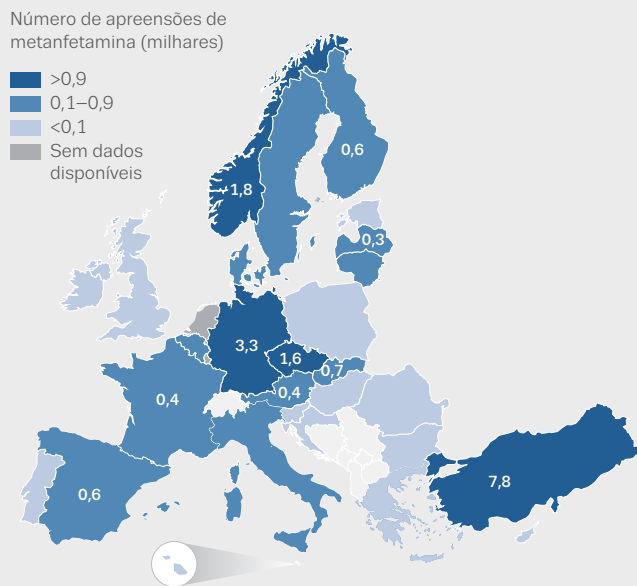
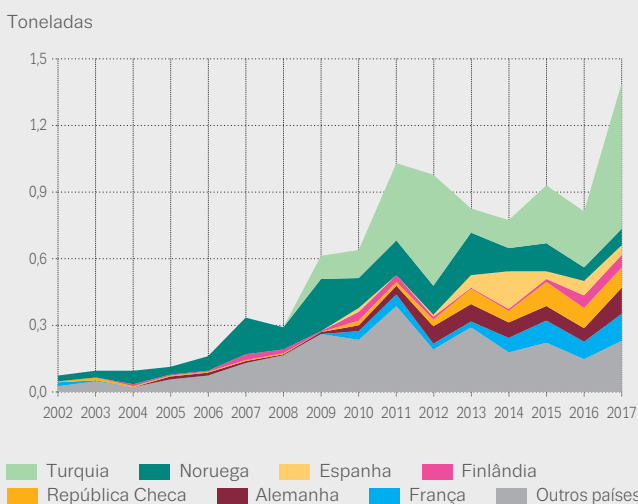
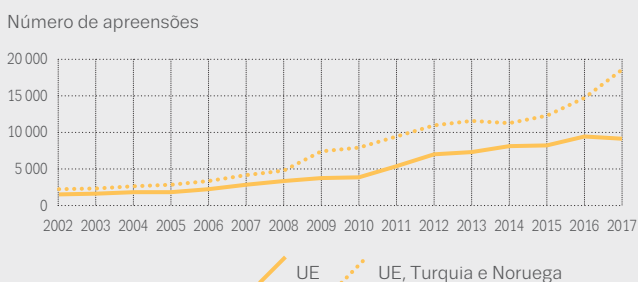
a Alemanha (114 kg) e a República Checa (93 kg) a apreender as maiores quantidades (Figura 1.8). Desde 2002, o número de apreensões de metanfetamina revelou uma tendência global ascendente, mas, nos últimos anos, apresenta sinais de estabilização; desde 2009, a quantidade apreendida tem aumentado, embora com algumas flutuações.

Em 2017, a Turquia apreendeu mais anfetaminas (6,6 toneladas) do que o conjunto dos Estados-Membros da UE (6,4 toneladas). Quase toda a anfetamina apreendida na Turquia apresentava-se sob a forma de comprimidos (26,3 milhões de comprimidos, ou seja, mais de 99,5 % da quantidade total apreendida estimada), incluindo grandes quantidades de comprimidos «Captagon» contendo anfetamina. A Turquia apreendeu também uma quantidade excepcionalmente elevada de metanfetamina em 2017 (658 kg), próxima da quantidade registada em toda a União Europeia (662 kg).

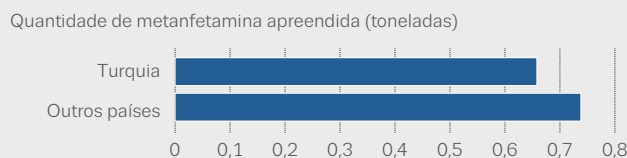
Em comparação com os níveis registados dez anos antes, tanto o preço como a pureza da anfetamina na Europa eram mais elevados em 2017, apesar de terem diminuído ligeiramente em relação a 2016. Normalmente, as amostras de metanfetamina apresentam uma pureza e um preço médios superiores aos das amostras de anfetamina.

FIGURA 1.8

Número de apreensões de metanfetamina e quantidades apreendidas: tendências e 2017 ou ano mais recente



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



MDMA: aumento da produção e das apreensões

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) é uma droga sintética quimicamente relacionada com a anfetamina, mas com efeitos diferentes. A MDMA é consumida sob a forma de comprimidos, frequentemente denominados ecstasy, ou sob a forma de pó ou cristais. Esforços

internacionais para controlar os precursores de drogas – os químicos necessários para a produção de drogas ilícitas – perturbaram o funcionamento do mercado de MDMA nos finais da década de 2000. Mais recentemente, o mercado de MDMA conheceu um renascimento, pois os produtores encontraram químicos alternativos não controlados para o fabrico desta droga. Tal reflete-se no

MDMA



Apreensões



Preço

(EUR/comprimido)



Pureza

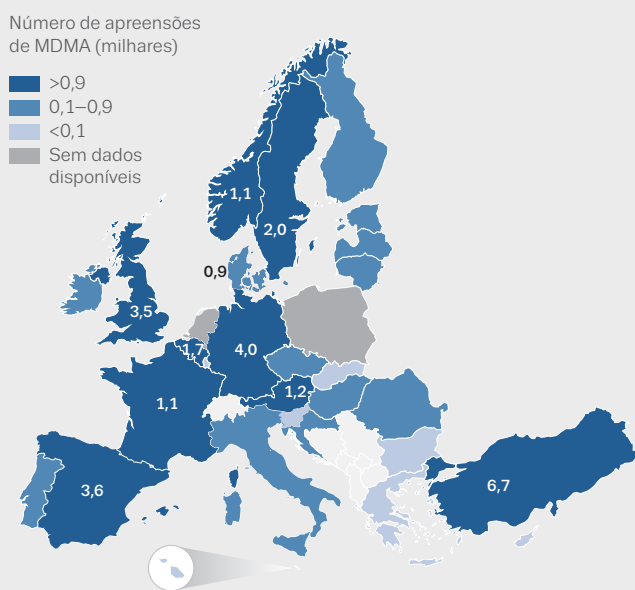
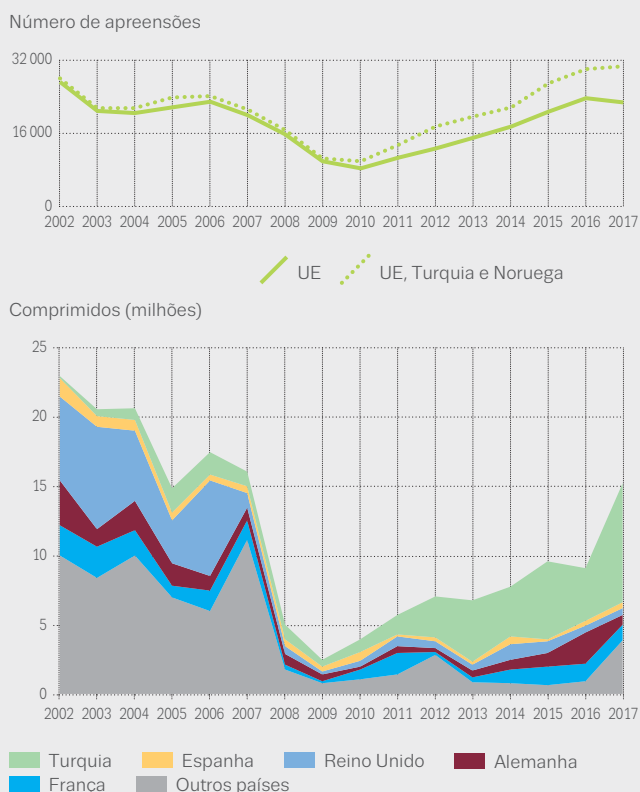
(MDMA mg/comprimido)



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

FIGURA 1.9

Número de apreensões de MDMA (todas as formas) e quantidades de comprimidos apreendidos: tendências e 2017 ou ano mais recente



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



teor médio de MDMA dos comprimidos apreendidos nos países que comunicam sistematicamente dados, que tem aumentado desde 2010 e atingiu em 2017 o valor máximo em dez anos. As estratégias de comercialização aparentam ter um papel nas vendas e estão constantemente a ser introduzidos no mercado novos desenhos de comprimidos de MDMA, em várias cores, formas e logótipos de marcas.

A produção de MDMA na Europa está principalmente concentrada nos Países Baixos e na Bélgica. Foi notificado o desmantelamento de um total de 21 laboratórios ativos de MDMA na União Europeia em 2017 – quase o dobro dos laboratórios desmantelados em 2016 –, todos eles situados nos Países Baixos. Na Bélgica, embora não tenha sido detetada nenhuma instalação de produção de MDMA em 2017, as notificações relativas ao despejo de resíduos químicos da produção de MDMA sugerem que a droga continua a ser produzida no país.

Os registos de apreensões fora da Europa, identificados através da monitorização da informação de fontes de acesso livre, bem como a análise dos dados relativos aos mercados da Internet obscura, ilustram o importante papel que os produtores europeus desempenham no fornecimento de MDMA a nível mundial. Por exemplo, os

dados resultantes da monitorização dos mercados da Internet obscura revelam que, além de facilitarem a venda direta aos consumidores, estes mercados são utilizados por traficantes de todo o mundo para comprar MDMA produzida na Europa. A análise dos dados indica que as transações que envolvem quantidades de comprimidos de MDMA indicativas do nível intermédio do mercado representam mais do dobro da receita das vendas de quantidades de retalho. Em contrapartida, as transações de canábis e de cocaína na Internet obscura ocorrem, na sua esmagadora maioria, ao nível retalhista.

O número de apreensões de MDMA reportadas na União Europeia está a aumentar desde 2010. A quantidade de MDMA apreendida é mais frequentemente reportada em número de comprimidos do que em peso. Os 6,6 milhões estimados de comprimidos de MDMA apreendidos comunicados em 2017 representam o número mais elevado na União Europeia desde 2007. Podem observar-se flutuações a longo prazo no número de comprimidos de MDMA apreendidos anualmente na União Europeia, o que reflete, em parte, o impacto de grandes apreensões isoladas. Alguns países comunicaram também apreensões de pó de MDMA. As apreensões comunicadas de pó de MDMA na União Europeia aumentaram de 0,3 toneladas, em 2016, para 1,7 toneladas, em 2017. Este aumento

FIGURA 1.10

deve-se sobretudo às apreensões notificadas pelos Países Baixos – pela primeira vez em cinco anos, este país reúne as condições para fornecer dados sobre a quantidade de MDMA apreendida, contribuindo assim para uma análise mais completa neste domínio.

Em 2017, foram apreendidas grandes quantidades de comprimidos de MDMA na Turquia, num total de 8,6 milhões de comprimidos, uma quantidade mais de duas vezes superior à quantidade apreendida no ano anterior no país e superior à quantidade total apreendida na União Europeia no mesmo ano (Figura 1.9).

Apreensões de LSD, GHB e cetamina

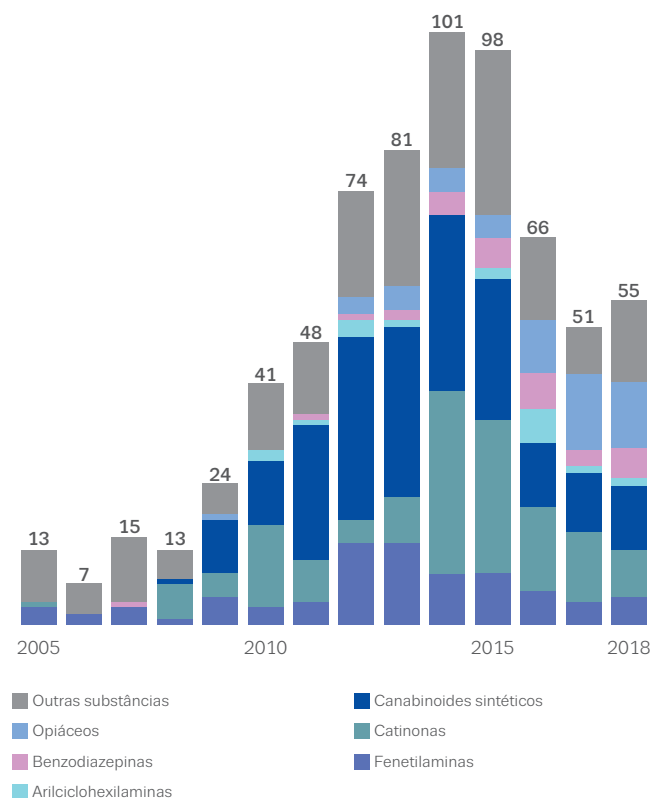
Na União Europeia, verificaram-se apreensões de outras drogas ilícitas, entre as quais mais de 2 000 apreensões de LSD (dietilamida do ácido lisérgico) em 2017, num total de 74 000 unidades. O número total de apreensões de LSD mais do que duplicou desde 2010, embora a quantidade apreendida tenha oscilado. Dezasseis países da UE notificaram cerca de 2000 apreensões de cetamina, totalizando uma estimativa de 194 kg e 5 litros da droga, na sua maioria efetuadas pela Bélgica, pela França e pelo Reino Unido. A Noruega também reportou um menor número de apreensões de cetamina, 42 apreensões num total de 0,1 kg. Em 2017, foram reportadas apreensões de GHB (gama-hidroxitirato) ou GBL (gama-butirolactona) por 14 países da UE, pela Noruega e pela Turquia, com a Noruega a responder por mais de um quarto do número total de apreensões. Em conjunto, as 1600 apreensões estimadas totalizaram quase 127 kg e 1300 litros destas substâncias. A Bélgica apreendeu quase metade da quantidade total, sobretudo sob a forma de GBL.

Novas substâncias psicoativas: um mercado complexo

No final de 2018, o EMCDDA monitorizava mais de 730 novas substâncias psicoativas, das quais 55 foram detetadas pela primeira vez na Europa em 2018. Estas substâncias integram uma ampla variedade de drogas, tais como canabinoides sintéticos, estimulantes, opiáceos e benzodiazepinas.

Na maioria dos casos, as novas substâncias psicoativas são produzidas em quantidades a granel por empresas químicas e farmacêuticas na China. Daí, são expedidas para a Europa, onde são transformadas em produtos, embaladas e vendidas. Por vezes, são vendidas abertamente em lojas físicas. Embora restrições impostas em alguns países tenham limitado a venda aberta, estes

Número e principais grupos de novas substâncias psicoativas notificadas pela primeira vez ao mecanismo de alerta rápido da UE, 2005–2018



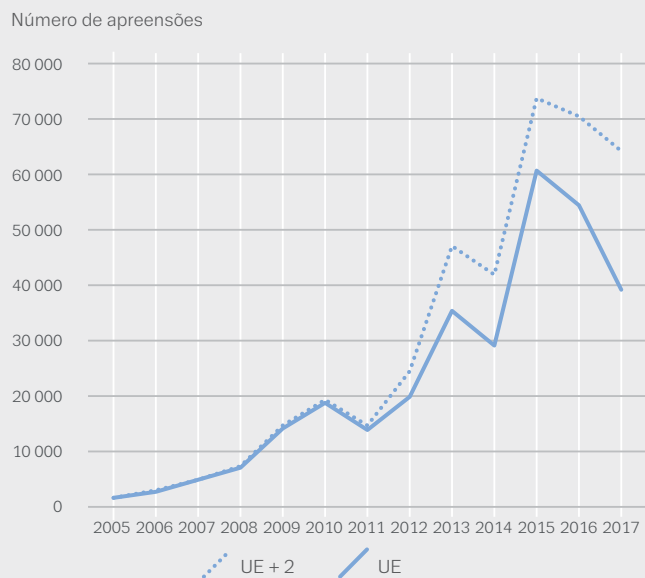
produtos poderão estar ainda disponíveis de forma mais encoberta. As novas substâncias psicoativas podem também ser obtidas através de lojas em linha ou na Internet obscura ou podem ser vendidas no mercado de drogas ilícitas. Nestes casos, podem ser vendidas sob o próprio nome ou vendidas como ou em combinação com outras drogas, tais como heroína, cocaína, MDMA ou medicamentos psicoativos.

O número anual de novas substâncias identificadas pela primeira vez atingiu um pico em 2014-2015, mas estabilizou desde então em níveis comparáveis a 2011-2012 (Figura 1.10). As causas deste fenómeno não são claras, mas poderão refletir os resultados de esforços sustentados para controlar as novas substâncias na Europa, bem como iniciativas legislativas na China.

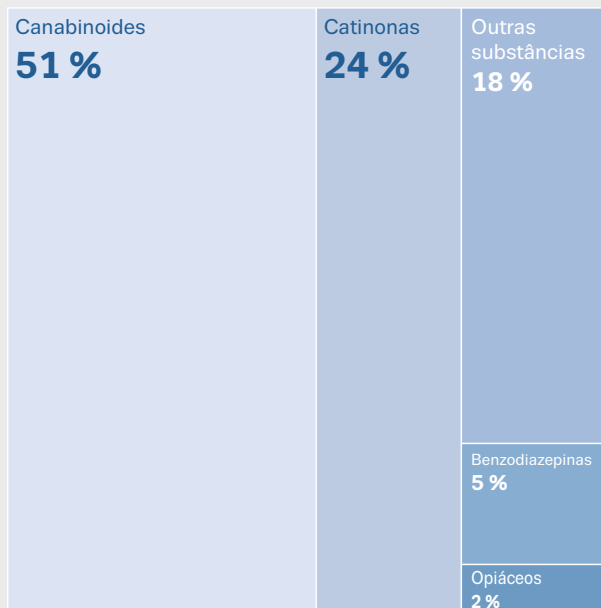
O número anual de novas substâncias detetadas pela primeira vez é apenas uma das várias métricas que o EMCDDA utiliza para compreender o mercado global. Por exemplo, em 2017, foram detetadas na Europa 390 substâncias (aproximadamente metade das novas substâncias monitorizadas pelo mecanismo de alerta rápido da UE), algumas das quais apareceram pela primeira vez há mais de 10 anos. Isto ilustra a natureza

FIGURA 1.11

Apreensões notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE: tendências do número total de apreensões e número de apreensões por categoria em 2017



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



dinâmica desta parte do mercado da droga: as substâncias podem aparecer e desaparecer rapidamente, mas o número de substâncias em circulação mantém-se elevado.

Apreensões de novas substâncias psicoativas

Durante 2017, as autoridades de aplicação da lei de toda a Europa comunicaram perto de 64 160 apreensões de novas substâncias psicoativas ao mecanismo de alerta rápido da UE. Destas, 39 115 foram comunicadas pelos 28 Estados-Membros da UE (Figura 1.11).

Em 2017, as novas substâncias psicoativas foram mais comumente notificadas sob a forma de pó, num total de 2,8 toneladas, consideradas todas as categorias. De um modo geral, este número é comparável aos números registados nos anos anteriores. Além disso, foi notificada a apreensão de pouco menos de 240 kg de material herbáceo, dois terços do qual sob a forma de misturas para fumar contendo canabinoides sintéticos. Foram também detetadas novas substâncias em comprimidos (6 769 casos, 2,8 milhões de unidades), em pensos (980 casos, 23 000 unidades) e em líquidos (1430 casos, 490 litros). Alguns destes líquidos eram vendidos sob a forma de pulverizadores nasais prontos a utilizar e líquidos para vapear em cigarros eletrónicos.

Na Europa, as apreensões de novas substâncias psicoativas são habitualmente dominadas pelos canabinoides sintéticos e catinonas sintéticas. Contudo, nos últimos anos, é possível observar uma maior diversidade, com outros grupos de substâncias a assumirem maior proeminência. Por exemplo, a quantidade de opiáceos e benzodiazepinas apreendida na Europa aparenta ter aumentado.

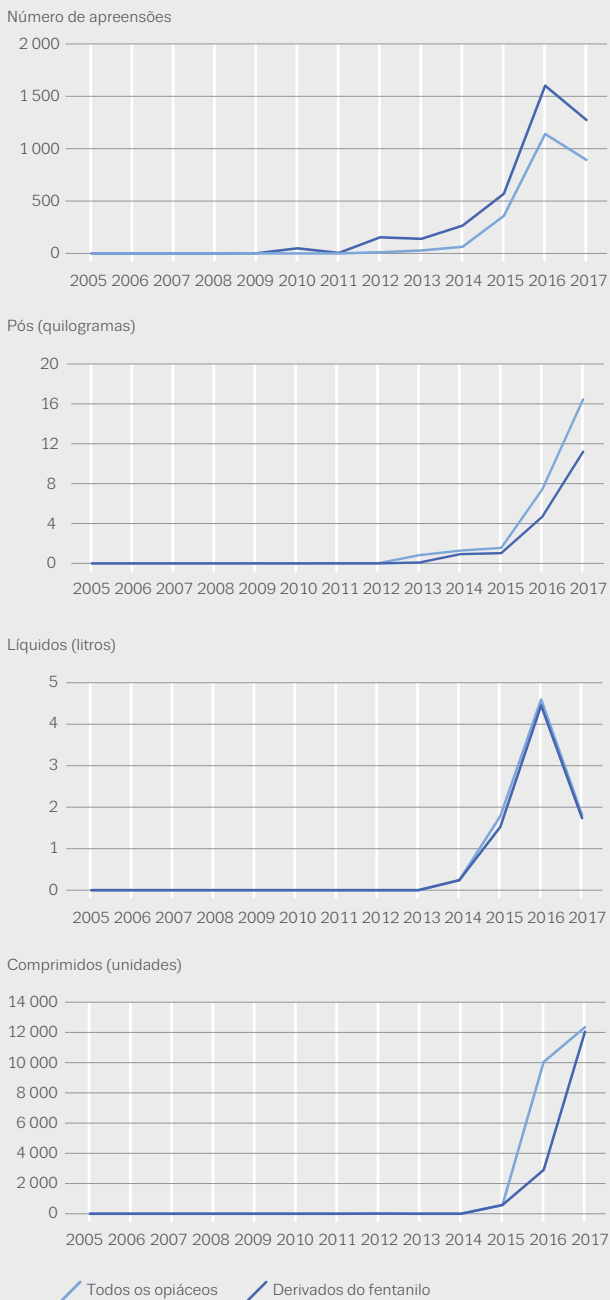
Novos opiáceos sintéticos

Desde 2009, foram detetados 49 novos opiáceos sintéticos no mercado de droga da Europa, incluindo 11 reportados pela primeira vez em 2018. Este total inclui 34 derivados do fentanilo, dos quais 6 foram reportados pela primeira vez em 2018. Embora representem atualmente uma pequena parcela do mercado de droga europeu, muitos novos opiáceos (em especial os da família do fentanilo) são substâncias muito potentes que constituem uma séria ameaça para a saúde individual e pública.

Em 2017, foram reportados ao mecanismo de alerta rápido da UE pelas autoridades de aplicação da lei aproximadamente 1300 apreensões de novos opiáceos. A maioria destes casos (70 %) consistiram em apreensões de derivados do fentanilo (Figura 1.12), mas foram também reportados vários outros tipos de opiáceos (como U-47,700 e U-51,754). A quantidade total de pós

FIGURA 1.12

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



Nota: Dados referentes à União Europeia, à Turquia e à Noruega. Não estão incluídas as apreensões de tramadol.

e comprimidos de opiáceos reportada tem aumentado continuamente desde 2012 (Figura 1.12). No total, as apreensões de novos opiáceos em 2017 perfizeram aproximadamente 17 kg de pós, 1,8 litros de líquidos e mais de 29 000 comprimidos. Menos frequentemente, foram também detetados novos opiáceos em micro-selos e em misturas herbáceas para fumar; nestes casos, pode não haver qualquer indicação de que estes produtos contêm opiáceos potentes, o que pode representar um risco de intoxicação para as pessoas que os consomem, especialmente se estas não apresentarem algum grau de tolerância aos opiáceos.

Motivo de especial preocupação têm sido as apreensões na Europa de carfentanilo, um dos mais potentes opiáceos conhecidos. Em 2017, foram reportadas no continente europeu mais de 300 apreensões de carfentanilo. Estas apreensões totalizaram cerca de 4 kg de pós e 250 mililitros de líquidos. Alguns destes pós eram vendidos como ou em combinação com heroína.

Novas benzodiazepinas

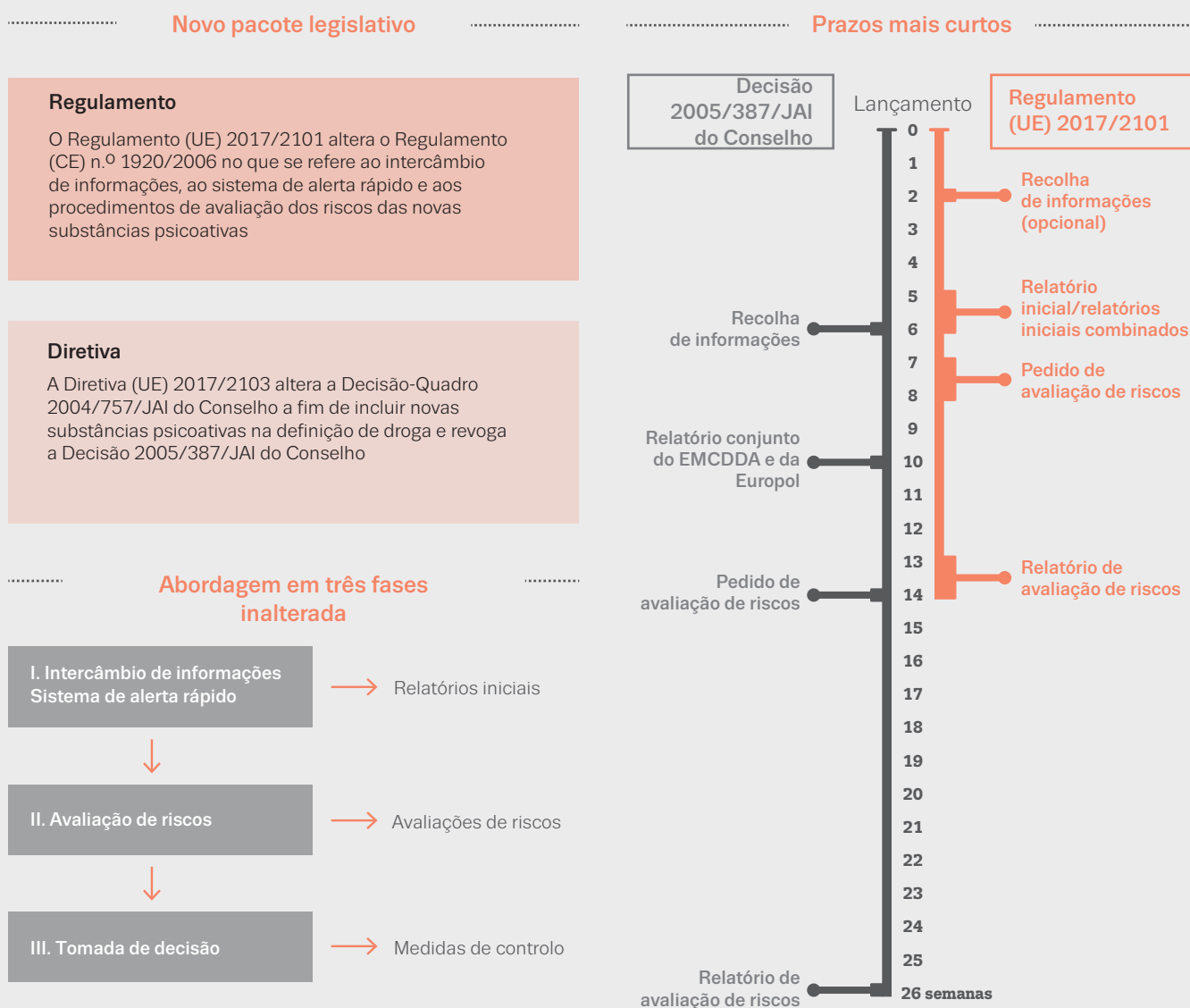
Nos últimos anos, parece ter havido um aumento no número, tipo e disponibilidade de novas substâncias psicoativas pertencentes à classe das benzodiazepinas, que não são controladas ao abrigo da legislação internacional em matéria de droga. Algumas são vendidas como versões falsas de medicamentos contra a ansiedade prescritos habitualmente, tais como alprazolam (Xanax) e diazepam, utilizando as redes de distribuição existentes no mercado de drogas ilícitas. Outras são vendidas em linha, por vezes com os seus próprios nomes, e são comercializadas como versões «legais» de medicamentos autorizados.

O EMCDDA está atualmente a monitorizar 28 novas benzodiazepinas, 23 das quais foram detetadas pela primeira vez na Europa nos últimos cinco anos. Em 2017, foram notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE perto de 3500 apreensões de novas benzodiazepinas. A maioria destas apreensões foi de comprimidos, num total de mais de 2,4 milhões de unidades, o que representa um grande aumento face ao cerca de meio milhão de comprimidos notificados em 2016. Este aumento pode ser atribuído a grandes apreensões de etizolam – uma substância que foi notificada pela primeira vez ao mecanismo de alerta rápido em 2011 – num país. Além disso, foi comunicada a apreensão em 2017 de cerca de 27 kg de pós, 1,4 litros de líquidos e 2400 micro-selos contendo novas benzodiazepinas.

Foram reportadas ao mecanismo de alerta rápido da UE 1300 apreensões de novos opiáceos

FIGURA 1.13

Novos procedimentos acelerados da UE para identificar e responder às novas substâncias psicoativas que surgem na União Europeia



Novas substâncias psicoativas: novas respostas a nível jurídico

Os países europeus adotam medidas para impedir a oferta de drogas ao abrigo de três convenções das Nações Unidas, que estabelecem um quadro internacional para o controlo da produção, do tráfico e da posse de mais de 240 substâncias psicoativas. O rápido surgimento de novas substâncias psicoativas e a diversidade de produtos disponíveis têm constituído um importante desafio para as Convenções e para os decisores políticos e legisladores europeus.

A nível nacional, têm sido utilizadas várias medidas para controlar as novas substâncias, sendo possível identificar três grandes tipos de resposta a nível jurídico. A primeira resposta de muitos países europeus foi a utilização de legislação relativa à segurança dos consumidores e,

posteriormente, alargaram ou adaptaram a legislação vigente em matéria de droga, a fim de incorporar as novas substâncias psicoativas. Os países foram elaborando nova legislação específica para dar resposta a este fenómeno.

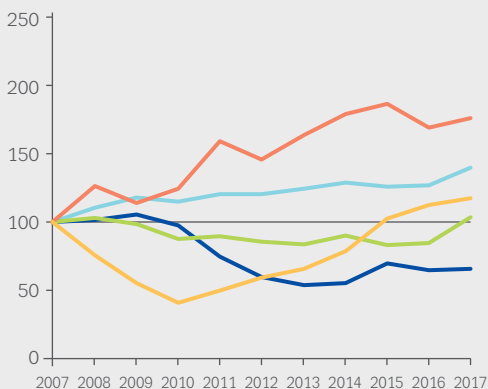
Durante muitos anos, a maioria dos países europeus apenas enumerava as substâncias controladas individualmente. No entanto, à medida que o número de novas substâncias detetadas na Europa aumentava, mais países procuraram controlar grupos de substâncias. A maioria dos países definiu os grupos de acordo com a estrutura química (grupos «genéricos»), embora alguns países o tenham feito de acordo com os seus efeitos. A maioria dos países que adotaram uma abordagem genérica adicionaram as definições de grupo à legislação existente em matéria de droga, mas alguns incluíram apenas esses grupos na legislação específica relativa a novas substâncias psicoativas.

FIGURA 1.14

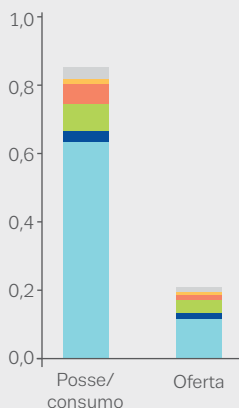
Infrações à legislação relativa ao consumo ou à posse para consumo ou oferta de droga na União Europeia: tendências indexadas e infrações notificadas em 2017

Infrações por posse/consumo

Tendências indexadas

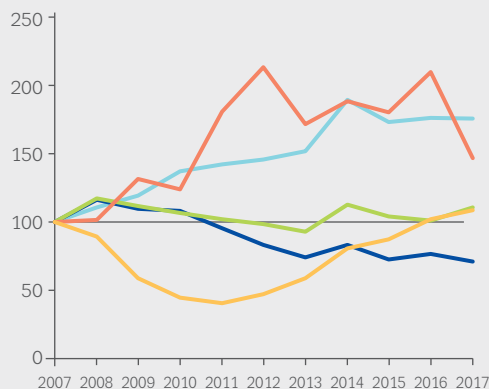


Número de infrações (milhões)



Infrações relativas à oferta

Tendências indexadas



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

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

Ao nível da UE, o quadro jurídico para dar resposta às ameaças a nível social e para a saúde pública causadas pelas novas substâncias psicoativas, que remontava a 2005, foi revisto com o objetivo de estabelecer um sistema mais rápido e mais eficaz (Figura 1.13). A nova legislação mantém a abordagem em três fases de resposta às novas substâncias psicoativas – um mecanismo de alerta rápido, uma avaliação de riscos e medidas de controlo –, reforçando simultaneamente os processos existentes ao simplificar e acelerar a recolha de dados e os procedimentos de avaliação, bem como ao aplicar prazos mais curtos. Após a fazer uma avaliação de riscos, a Comissão pode formular uma proposta para submeter a substância a medidas de controlo. O Parlamento Europeu e o Conselho da UE têm o direito, no prazo de dois meses e sob determinadas condições, a formular objeções à proposta da Comissão. As autoridades nacionais terão seis meses (em vez de 12) para implementar, nos seus territórios, medidas de controlo para a substância assim que a decisão entre em vigor. Esta nova legislação é aplicável em toda a Europa desde 23 de novembro de 2018.

Infrações à legislação em matéria de droga: a predominância da canábis

A aplicação da legislação é monitorizada através dos dados relativos às infrações notificadas. Os números refletem diferenças nas legislações e prioridades nacionais, bem como as diferentes formas como a legislação é aplicada e executada.

Em 2017, foram comunicadas cerca de 1,5 milhões de infrações à legislação em matéria de droga na União Europeia, o que representa um aumento de um quinto (20 %) desde 2007. A maioria destas infrações (79 %) estava relacionada com o consumo ou posse de droga, num total de cerca de 1,2 milhões de infrações, o que corresponde a um aumento de 27 % em relação ao número registado há 10 anos. As infrações por consumo ou posse de droga envolvendo a canábis continuaram a aumentar. Três quartos (75 %) das infrações por consumo ou posse envolveram canábis, embora este valor tenha diminuído dois pontos percentuais em relação a 2016. Em 2017, manteve-se o aumento das infrações por consumo ou posse de MDMA, embora correspondam apenas a 2 % das infrações relacionadas com o consumo (Figura 1.14).

Em termos globais, o número de infrações relacionadas com a oferta de droga na União Europeia aumentou 22 % desde 2007, com uma estimativa de mais de 230 000 casos em 2017. Mais uma vez, a canábis predomina, representando a maioria das infrações por oferta de droga (57 %). As notificações de infrações relativas à oferta de MDMA têm aumentado desde 2011 (Figura 1.14), ao passo que as infrações relacionadas com a oferta de heroína diminuíram ligeiramente e a situação da cocaína manteve-se relativamente estável ao longo do mesmo período.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

2018

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation — an update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Paper.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

Publicações conjuntas do EMCDDA e da Europol

2018

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

Publicações conjuntas do EMCDDA e da Eurojust

2016

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

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

2

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

Consumo de drogas, prevalência e tendências

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

Monitorização do consumo de drogas

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

Os inquéritos realizados junto de estudantes e da população em geral fornecem uma perspetiva da prevalência do consumo experimental e recreativo de drogas. Os resultados destes inquéritos são complementados pela análise dos resíduos de droga presentes nas águas residuais das cidades europeias.

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

São igualmente utilizadas outras fontes de dados mais específicas. Estes indicadores «de vanguarda» oferecem indicações sobre as alterações nos padrões de consumo de drogas e os tipos de droga consumidos. Embora não sejam representativas da população geral, estas fontes fornecem dados complementares atualizados. Todas as fontes de dados sobre o consumo de drogas têm pontos fortes e pontos fracos, e tanto a disponibilidade dos dados como a sua qualidade podem variar de país para país. Por este motivo, o EMCDDA adota uma abordagem prudente e baseada em indicadores múltiplos para descrever a situação da droga na Europa.

No [Boletim Estatístico](#), podem ser consultados conjuntos de dados completos e extensas notas metodológicas.

Cerca de 96 milhões de adultos já experimentaram drogas ilícitas

Estima-se que cerca de 96 milhões de adultos, ou seja, 29 % da população da União Europeia com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, já tenham experimentado drogas ilícitas durante as suas vidas. A experiência de consumo de drogas verifica-se com mais frequência no sexo masculino (57,8 milhões) do que no feminino (38,3 milhões). A canábis é a droga mais experimentada (55,4 milhões de homens e 36,1 milhões de mulheres), seguida da cocaína, que apresenta estimativas de consumo ao longo da vida muito inferiores (12,4 milhões de homens e 5,7 milhões de mulheres), da MDMA (9,3 milhões de homens e 4,6 milhões de mulheres) e das anfetaminas (8,3 milhões de homens e 4,1 milhões de mulheres). Os níveis de consumo ao longo da vida de canábis variam consideravelmente entre países, de cerca de 4 % dos adultos em Malta para 45 % em França.

Os valores do último ano referentes ao consumo de drogas permitem avaliar o consumo recente de drogas e revelam que o consumo atinge principalmente a população jovem adulta. Estima-se que 19,1 milhões de jovens adultos (15-34 anos) tenham consumido drogas no último ano (16 %), com uma proporção de quase dois para um entre os consumidores do sexo masculino (20 %) e do sexo feminino (11 %).

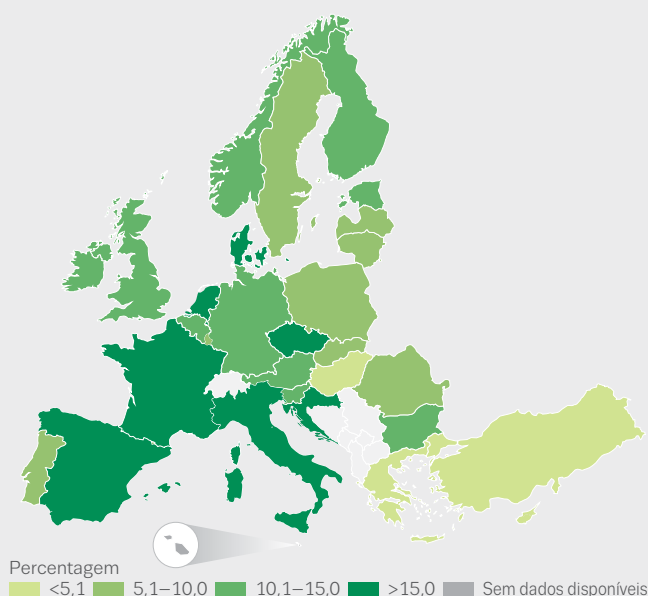
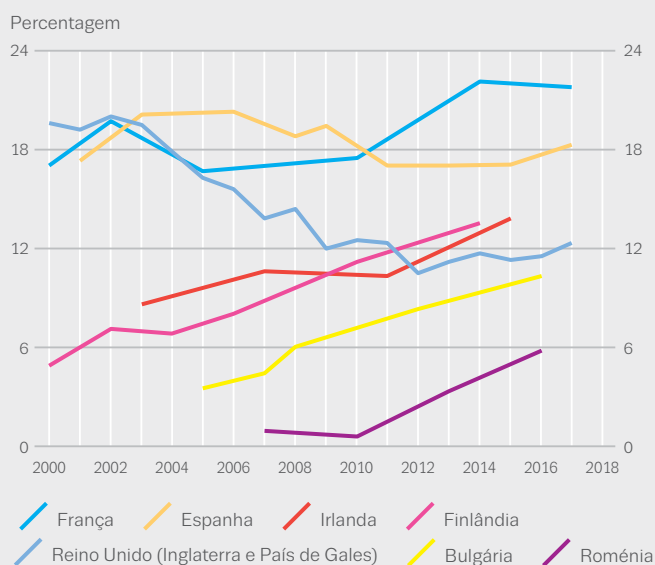
Consumo de canábis entre os jovens

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

Estima-se que 91,2 milhões de adultos na União Europeia (15-64 anos), ou 27,4 % deste grupo etário, tenham experimentado canábis durante as suas vidas. Entre estes, 17,5 milhões de jovens adultos (15-34 anos), ou 14,4 % desta faixa etária, terão consumido canábis no último ano. As taxas de prevalência no último ano entre os jovens adultos variam entre 3,5 % na Hungria e 21,8 % em França. Entre os jovens que consumiram canábis no último ano, verificou-se uma proporção de dois consumidores do sexo masculino para cada um do sexo feminino. Considerando apenas os jovens dos 15 aos 24 anos, a prevalência do consumo de canábis é mais elevada, tendo 18 % (10,1 milhões) consumido a droga no último ano e 9,3 % no último mês (5,2 milhões).

FIGURA 2.1

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



Nota: Os seguintes países comunicaram dados relativos a faixas etárias que não 15-34 anos: Dinamarca, Reino Unido e Noruega (16-34 anos), Suécia (17-34 anos), Alemanha, França, Grécia e Hungria (18-34 anos).

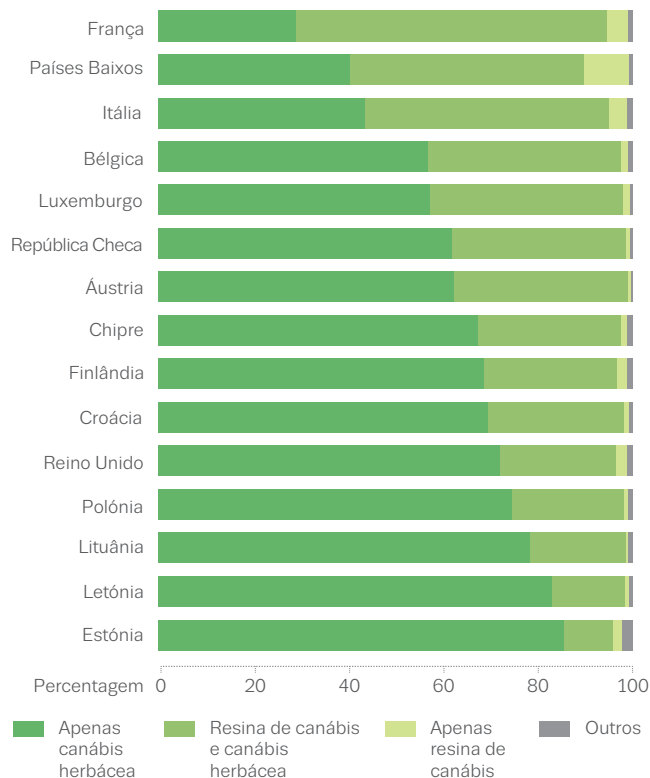
FIGURA 2.2

Na maioria dos países, os resultados dos inquéritos recentes revelam que o consumo de canábis no último ano entre os jovens adultos permanece estável ou está a aumentar. Dos países que realizaram inquéritos desde 2016 e indicaram intervalos de confiança, seis comunicaram estimativas mais elevadas, cinco tinham estabilizado e um comunicou uma redução relativamente ao inquérito comparável anterior. Em onze destes países, foi registado um aumento no consumo entre os jovens dos 15 aos 24 anos no inquérito mais recente.

Poucos países possuem dados suficientes provenientes de inquéritos para proceder a uma análise estatística das tendências a longo prazo do consumo de canábis entre jovens adultos (15-34 anos) no último ano. Entre estas, as tendências decrescentes anteriormente observadas em Espanha e no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) estabilizaram nos dados mais recentes, embora o Reino Unido tenha registado um aumento para 12,3 % no ano mais recente (Figura 2.1). Desde 2000, foi possível observar em vários países tendências crescentes quanto à prevalência no último ano do consumo de canábis entre jovens adultos. Esses países incluem a Irlanda e a Finlândia, onde os dados mais recentes evidenciam níveis próximos à média da UE de 14,4 % e, embora com níveis mais reduzidos, a Bulgária e a Roménia. Em França, os inquéritos recentes revelam que a prevalência se mantém estável, a um nível elevado (22 %). Na Dinamarca, o inquérito de 2017 indicou um decréscimo de 17,6 %, a estimativa de 2013, para 15,4 %.

Os dados de inquéritos em linha podem fornecer informações que complementam os inquéritos à população geral e indicações adicionais sobre o consumo de drogas na Europa. Embora não sejam representativos da população geral, estes inquéritos podem alcançar grandes amostras de pessoas que consomem drogas. O inquérito europeu em linha sobre o consumo de droga recolheu informações sobre os padrões de consumo e a compra das drogas ilícitas mais consumidas junto de 40 000 pessoas que consomem drogas, que foram recrutadas essencialmente através das redes sociais. As conclusões indicam que a canábis herbácea é mais consumida do que a resina de canábis. Contudo, muitos inquiridos afirmaram consumir os dois tipos de canábis, especialmente em França, em Itália e nos Países Baixos. O consumo de apenas resina de canábis foi referido por poucos inquiridos (Figura 2.2).

Formas de canábis consumidas no último ano pelos participantes num inquérito em linha que afirmaram ter consumido a droga



Nota: O inquérito foi realizado em duas fases, uma em 2016 (República Checa, França, Croácia, Países Baixos e Reino Unido) e uma em 2017/2018 (restantes 10 países da UE).
 Fonte: European Web Survey on Drugs.

A canábis é a droga ilícita mais consumida

Consumo de canábis de alto risco: sinais de estabilização

Com base nos inquéritos realizados à população em geral, estima-se que cerca de 1 % dos adultos da União Europeia sejam consumidores diários ou quase diários de canábis, ou seja, tenham consumido esta droga em 20 dias ou mais do último mês. Destes, cerca de 60 % têm menos de 35 anos de idade e cerca de três quartos são do sexo masculino.

Quando associados a outros indicadores, os dados relativos aos utentes que iniciam tratamento por problemas relacionados com a canábis podem fornecer informações sobre a natureza e a escala do consumo de canábis de alto risco na Europa. Em 2017, aproximadamente 155 000 pessoas iniciaram na Europa um tratamento da toxicod dependência por problemas relacionados com o consumo de canábis, das quais 83 000 iniciaram o tratamento pela primeira vez nas suas vidas. Nos 24 países com dados disponíveis, o número total de utentes que iniciaram tratamento por problemas relacionados com a canábis aumentou 76 % entre 2006 e 2017.

No total, 47 % dos consumidores de canábis como droga principal que iniciaram tratamento pela primeira vez em 2017 indicaram ter consumido diariamente a droga no último mês, com os números a variarem de 10 % ou menos na Letónia, na Hungria e na Roménia a 68 % ou mais em Espanha, nos Países Baixos e na Turquia.

Consumo de cocaína: alguns sinais de aumento

A cocaína é o estimulante ilícito mais consumido na Europa e o seu consumo é mais prevalente nos países do sul e do ocidente. Nos últimos anos, o consumo desta droga tem aumentado na Europa. Para efeitos de investigação e monitorização, as pessoas que consomem cocaína podem ser agrupadas de diferentes formas, em função do local de consumo, do produto consumido ou da motivação para o consumo. Em traços gerais, podem distinguir-se duas categorias de consumidores regulares: os tipicamente mais bem integrados socialmente, que inalam cocaína em pó (hidroclorato de cocaína), e os marginalizados, que consomem cocaína injetável ou fumam crack (à base de cocaína), por vezes juntamente com o consumo de opiáceos. Em muitos conjuntos de dados, não é possível distinguir entre as duas formas de cocaína (cocaína em pó ou crack), pelo que o termo referente ao consumo de cocaína abrange ambas as formas.

Estima-se que 18,0 milhões de adultos na União Europeia (15-64 anos), ou 5,4 % deste grupo etário, tenham experimentado cocaína durante as suas vidas. Destes, cerca de 2,6 milhões de jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (2,1 % deste grupo etário) terão consumido esta droga no último ano.

Seis países, designadamente a Dinamarca, a Irlanda, a Espanha, a França, os Países Baixos e o Reino Unido, comunicaram uma prevalência superior a 2,5 % do

CONSUMIDORES DE CANÁBIS QUE INICIAM TRATAMENTO



Características

17% 83%



17 Idade média no início do consumo

25 Idade média em que iniciam o tratamento pela primeira vez

83 000

Os que iniciam pela primeira vez

58%



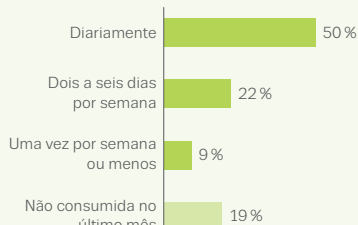
59 000

Utentes anteriormente tratados

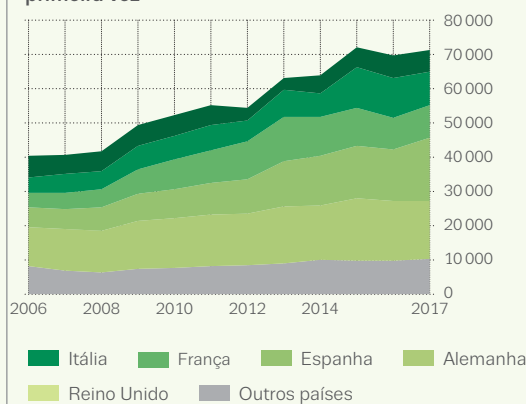
42%

Frequência do consumo no último mês

consumo médio de 5,3 dias por semana



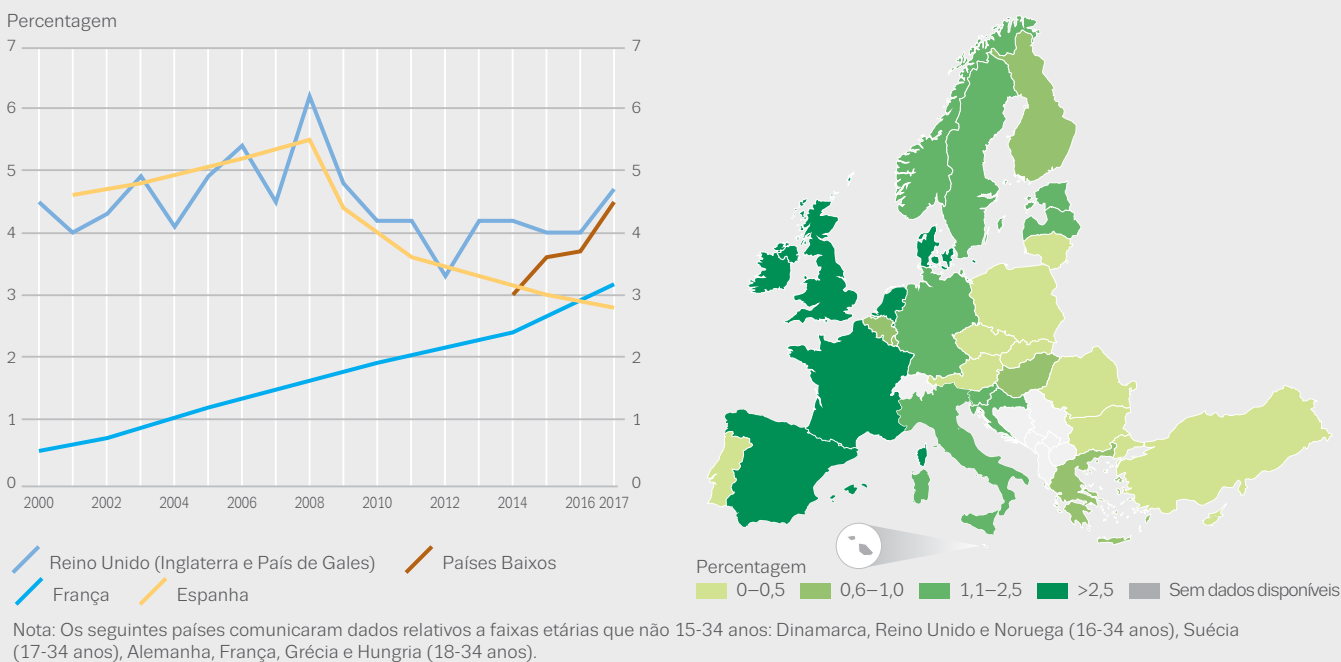
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



Nota: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de canábis como droga principal. As tendências entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez são baseadas em dados de 24 países. Apenas os países com dados disponíveis para, pelo menos, 11 dos 12 anos estão incluídos nas tendências. Os valores em falta foram interpolados a partir dos anos adjacentes. Devido a alterações do fluxo de dados a nível nacional, os dados desde 2014 referentes a Itália não são comparáveis com os dos anos anteriores. Devido a alterações no sistema de fornecimento de dados, os totais de 2017 referentes à Alemanha são estimativas baseadas nos dados de 2016.

FIGURA 2.3

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



consumo de cocaína entre jovens adultos no último ano (Figura 2.3). Dos países que produziram inquéritos desde 2016 e indicaram intervalos de confiança, três comunicaram estimativas mais elevadas do que no inquérito comparável anterior e nove comunicaram uma tendência estável.

Apenas um número restrito de países possui dados suficientes extraídos de inquéritos para proceder a uma análise estatística das tendências a longo prazo do consumo de cocaína entre jovens no último ano, que mostra alguns sinais de um aumento no consumo: o inquérito anual no Reino Unido revelou um aumento para 4,7 %, depois de um período de relativa estabilização, o quarto inquérito anual comparável dos Países Baixos confirmou uma tendência crescente, atingindo os 4,5 %, e em França a tendência ascendente manteve-se, ultrapassando pela primeira vez os 3 %. Em contrapartida, Espanha continuou a registar um declínio da prevalência, que caiu para 2,8 % (Figura 2.3).

Um estudo de identificação de tendências realizado pelo EMCDDA em 2018, que analisa múltiplas fontes de dados, indicou que o aumento da disponibilidade de cocaína com um maior grau de pureza nos mercados de droga da Europa pode estar a conduzir ao recrudescimento do consumo desta droga em alguns países. O estudo salientou ainda a existência de sinais de que a cocaína está a expandir-se para novos mercados na Europa Oriental, onde anteriormente era pouco consumida.

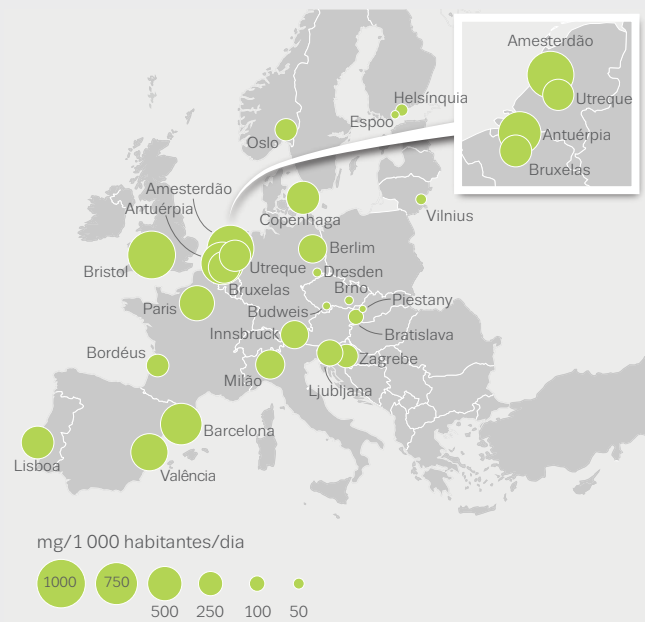
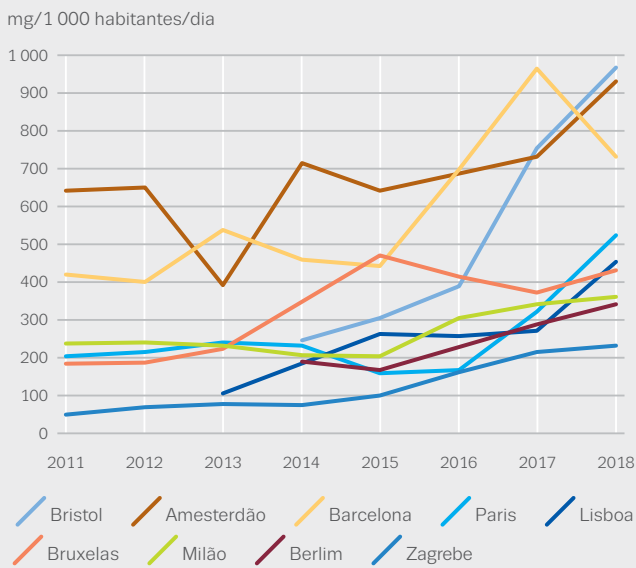
As análises à presença de cocaína nas águas residuais de várias cidades que foram objeto de um estudo complementam os resultados extraídos dos inquéritos à população. A análise das águas residuais fornece indicações sobre o consumo coletivo de substâncias puras numa comunidade e os resultados não são diretamente comparáveis com as estimativas da prevalência provenientes de inquéritos à população a nível nacional. Os resultados da análise das águas residuais são apresentados em quantidades padronizadas (peso) de resíduos de droga por cada 1000 habitantes, por dia. Embora possam fornecer indicações sobre o volume de cocaína consumida num determinado local, não fornecem informações diretas sobre o número de consumidores.

Numa análise realizada em 2018, o peso mais elevado de benzoilecgonina, a forma metabolizada da cocaína, foi detetado em cidades da Bélgica, Espanha, Países Baixos e Reino Unido. Foram detetados níveis muito baixos na maioria das cidades da Europa Oriental estudadas (ver Figura 2.4), mas os dados mais recentes revelam sinais de aumento. A comparação com os dados do ano anterior revela um quadro que sugere que o consumo está, em termos gerais, a aumentar. Das 38 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2017 e 2018, 22 comunicaram um aumento, 5 uma redução e 11 uma

A cocaína é o estimulante ilícito mais consumido

FIGURA 2.4

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



Nota: Quantidades médias diárias de benzoilecgonina em miligramas por 1000 habitantes. A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, todos os anos de 2011 a 2018. Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

situação estável. A maioria das 13 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2011 e 2018 comunicou tendências crescentes a mais longo prazo.

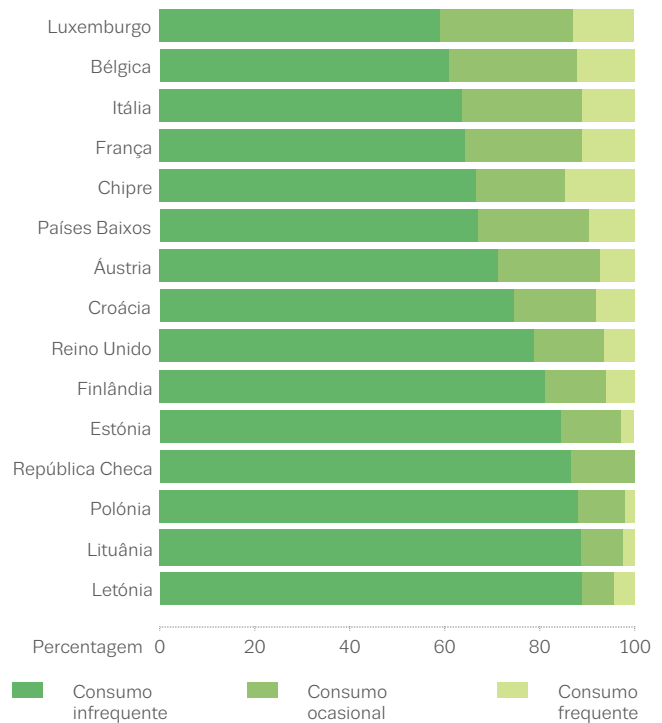
Os dados do inquérito europeu em linha sobre o consumo de droga fornecem indicações sobre os padrões de consumo de cocaína entre diferentes grupos e as variações entre países. Ao comparar as quantidades consumidas nos vários países, é importante ter em conta que tanto o preço como a pureza da cocaína no mercado variam entre países, o que pode ter um impacto nas quantidades consumidas. Entre os inquiridos que afirmaram consumir cocaína, a percentagem que consome a droga frequentemente (em mais de 50 dias no último ano) variou entre 0 %, na República Checa, e mais de 10 % na Bélgica, em Chipre, em França, em Itália e no Luxemburgo (Figura 2.5). O consumo médio de cocaína por dia de consumo varia entre países, de 1,3 gramas na Áustria, na Bélgica e em França, a 3,5 gramas em Chipre. De um modo geral, os consumidores frequentes consomem quantidades mais elevadas de cocaína em cada dia de consumo do que os consumidores menos frequentes.

Consumo de cocaína de alto risco: recente aumento na procura de tratamento em muitos países

A prevalência do consumo de cocaína de alto risco entre adultos na Europa é difícil de aferir, uma vez que apenas

FIGURA 2.5

Frequência do consumo de cocaína entre os participantes num inquérito em linha que afirmaram ter consumido a droga no último ano



Nota: O inquérito foi realizado em duas fases, uma em 2016 (República Checa, França, Croácia, Países Baixos e Reino Unido) e uma em 2017/2018 (restantes 10 países da UE). Consumo no último ano: frequente, mais de 50 dias; ocasional, 11 a 50 dias; infrequente, 1 a 10 dias. Fonte: European Web Survey on Drugs.

quatro países dispõem de estimativas recentes. Além disso, essas estimativas não são diretamente comparáveis, pois foram geradas utilizando definições e metodologias diferentes. Em Espanha, um novo inquérito à população geral utilizou a frequência de consumo elevada para estimar o consumo de cocaína de alto risco em 0,3 % entre a população dos 15 aos 64 anos no período de 2017/2018. Em 2015, com base nas perguntas relativas à gravidade do grau de dependência, a Alemanha estimou em 0,2 % o consumo de cocaína de alto risco entre a população adulta. Em 2017, com base nos dados relativos ao tratamento e do sistema de justiça penal, Itália estimou que 0,69 % da população adulta podia ser classificada como consumidora de cocaína de alto risco. Em França, um estudo realizado em 2017 com base no método de captura-recaptura estimou em 0,07 % a prevalência do consumo de cocaína-crack de alto risco.

Espanha, Itália e Reino Unido são responsáveis por quase três quartos (73 %) dos novos ingressos em unidades de tratamento especializado relacionados com o consumo de cocaína na Europa. Em termos gerais, a cocaína foi referida como droga principal por cerca de 73 000 utentes que iniciaram um tratamento especializado em 2017 e por mais de 33 000 utentes que o fizeram pela primeira vez.

Após um período de declínio, o número total de consumidores de cocaína que iniciaram um tratamento pela primeira vez aumentou em 37 % entre 2014 e 2017. Embora a Itália e o Reino Unido sejam responsáveis pela

maioria deste aumento, um total de 19 países notificaram aumentos durante o mesmo período de tempo. De um modo geral, os últimos dados europeus revelam um hiato de 11 anos entre o primeiro consumo de cocaína, que ocorre, em média, aos 23 anos de idade, e o primeiro tratamento por problemas relacionados com a cocaína, que tem lugar, em média, aos 34 anos de idade.

A maioria das pessoas que iniciou um tratamento especializado para problemas relacionados com o consumo de cocaína é principalmente consumidora de cocaína em pó (55 000 ou 14 % de todos os consumidores de drogas em tratamento em 2017). A maioria dos consumidores de cocaína como droga principal está a procurar tratamento pelo consumo exclusivo desta droga (46 % de todos os consumidores de cocaína em pó) ou em combinação com canábis (20 %), álcool (23 %) ou outras substâncias (10 %). Este grupo é normalmente caracterizado por indivíduos relativamente bem integrados na sociedade, com condições de vida estáveis e empregos regulares comparativamente aos que iniciam tratamento por problemas relacionados com opiáceos. Não é o caso, contudo, dos indivíduos que iniciam tratamento devido ao consumo de cocaína-crack como droga principal (11 000 utentes, ou 3 % de todos os consumidores de drogas em tratamento em 2017), que aparentam ser mais marginalizados. A maioria dos pedidos de tratamento relacionados com o crack foi notificada pelo Reino Unido (65 %). Muitos dos utentes consumidores de cocaína-crack como droga principal referem a heroína como droga

CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAM TRATAMENTO

Características

15% 85%



23 Idade média no início do consumo

34 Idade média em que iniciam o tratamento pela primeira vez

33 500

Os que iniciam pela primeira vez

48%



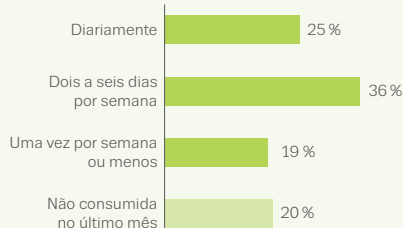
36 800

Utentes anteriormente tratados

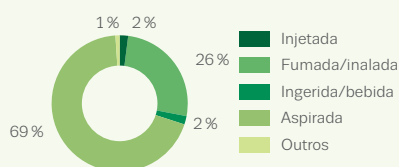
52%

Frequência do consumo no último mês

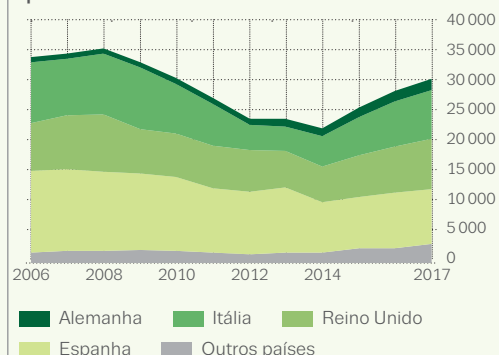
Consumo médio de 4 dias por semana



Via de administração



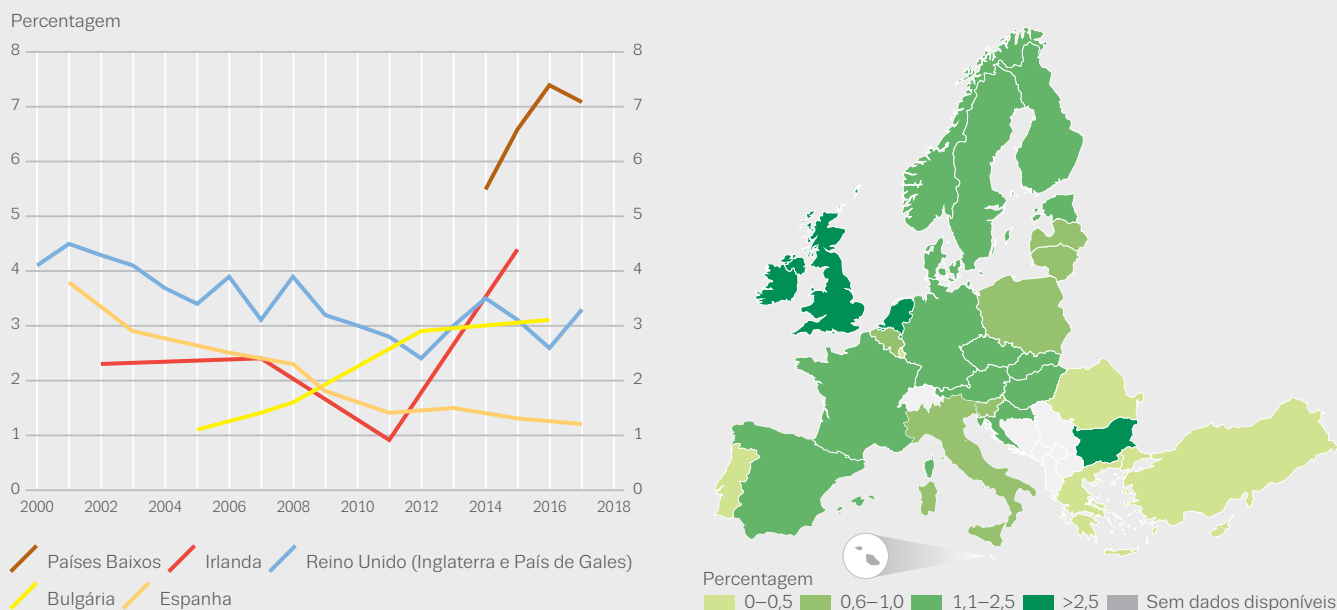
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



Nota: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de cocaína como droga principal. As tendências entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez são baseadas em dados de 24 países. Apenas os países com dados disponíveis para, pelo menos, 11 dos 12 anos estão incluídos nas tendências. Os valores em falta foram interpolados a partir dos anos adjacentes. Devido a alterações do fluxo de dados a nível nacional, os dados desde 2014 referentes a Itália não são comparáveis com os dos anos anteriores. Devido a alterações no sistema de fornecimento de dados, os totais de 2017 referentes a Alemanha são estimativas baseadas nos dados de 2016.

FIGURA 2.6

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



problemática secundária. Desde 2014, foram registados aumentos no número de consumidores de cocaína-crack na Bélgica, Irlanda, França, Itália, Portugal e Reino Unido.

Em 2017, o consumo de cocaína em combinação com heroína ou outros opiáceos foi notificado por 56 000 consumidores a iniciarem tratamento especializado na Europa. Este número representa 16 % de todos os consumidores que iniciaram tratamento e para os quais existem informações quanto à sua droga principal e secundária.

Consumo de MDMA: um quadro heterogéneo

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) é consumida sob a forma de comprimidos (frequentemente denominados ecstasy), bem como sob a forma de cristais e de pó. Os comprimidos são normalmente engolidos, mas a MDMA sob a forma de cristais e de pó pode ser ingerida oralmente ou inalada.

Estima-se que 13,7 milhões de adultos na União Europeia (15-64 anos), ou 4,1 % deste grupo etário, tenham experimentado MDMA/ecstasy durante as suas vidas. Os números relativos ao consumo mais recente entre os jovens adultos sugerem que 2,1 milhões de jovens adultos (15-34 anos) consumiram MDMA no último ano (1,7 % deste grupo etário), com as estimativas nacionais a variarem de 0,2 %, em Portugal e na Roménia, a 7,1 %, nos Países Baixos (Figura 2.6). As estimativas da

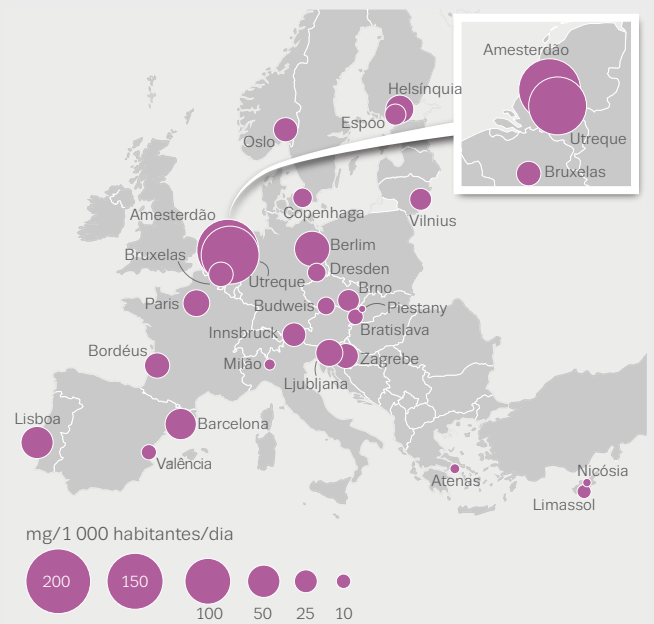
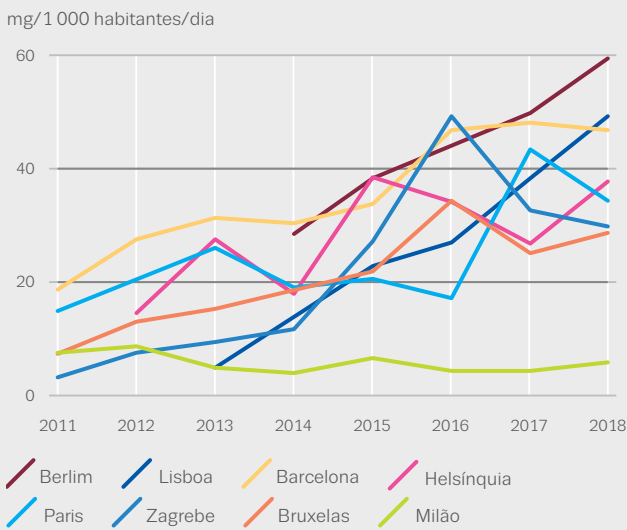
prevalência entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos são mais elevadas, com 2,3 % (1,3 milhões) a ter consumido MDMA no último ano.

Até há pouco tempo, em muitos países, a prevalência da MDMA estava a decair dos níveis atingidos entre o início e meados da década de 2000. Contudo, nos últimos anos, as fontes de monitorização sugerem um quadro heterogéneo, sem tendências claras. Entre os países que realizaram novos inquéritos desde 2016 e indicaram intervalos de confiança, 4 comunicaram estimativas mais elevadas do que as apresentadas no inquérito comparável anterior, 6 comunicaram uma tendência estável e 2 comunicaram estimativas mais baixas.

Nos casos em que existem dados que permitem uma análise estatística das tendências do consumo de MDMA no último ano entre jovens adultos, os dados mais recentes sugerem um quadro heterogéneo (Figura 2.6). No Reino Unido, os dados mais recentes mostram que a prevalência do consumo voltou a subir, depois de ter caído em 2015 e 2016, invertendo o aumento observado entre 2012 e 2014. Em Espanha, a tendência a longo prazo continua a ser de descida, embora os valores recentes sejam estáveis. Os dados mais recentes revelam uma tendência crescente continuada na Bulgária. Os dados provenientes de um inquérito de 2017 nos Países Baixos confirmam os níveis elevados registados nos três inquéritos anuais anteriores.

FIGURA 2.7

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



Nota: Quantidades médias diárias de MDMA em miligramas por 1 000 habitantes. A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, todos os anos de 2011 a 2018.
 Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Uma análise feita em 2018 às águas residuais de várias cidades revelou um pico da presença de MDMA em cidades da Bélgica, da Alemanha e dos Países Baixos (Figura 2.7). Das 37 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2017 e 2018, 21 comunicaram um aumento, 9 uma situação estável e 7 uma redução. Tendo em conta as tendências a mais longo prazo, na maioria das cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2011 e 2018 (10 cidades), a presença de MDMA nas águas residuais era mais elevada em 2018 do que em 2011. Em 2017, os aumentos acentuados observados no período de 2011-2016 pareciam estar a estabilizar. No entanto, os dados mais recentes de 2018 apontam para aumentos na maioria das cidades.

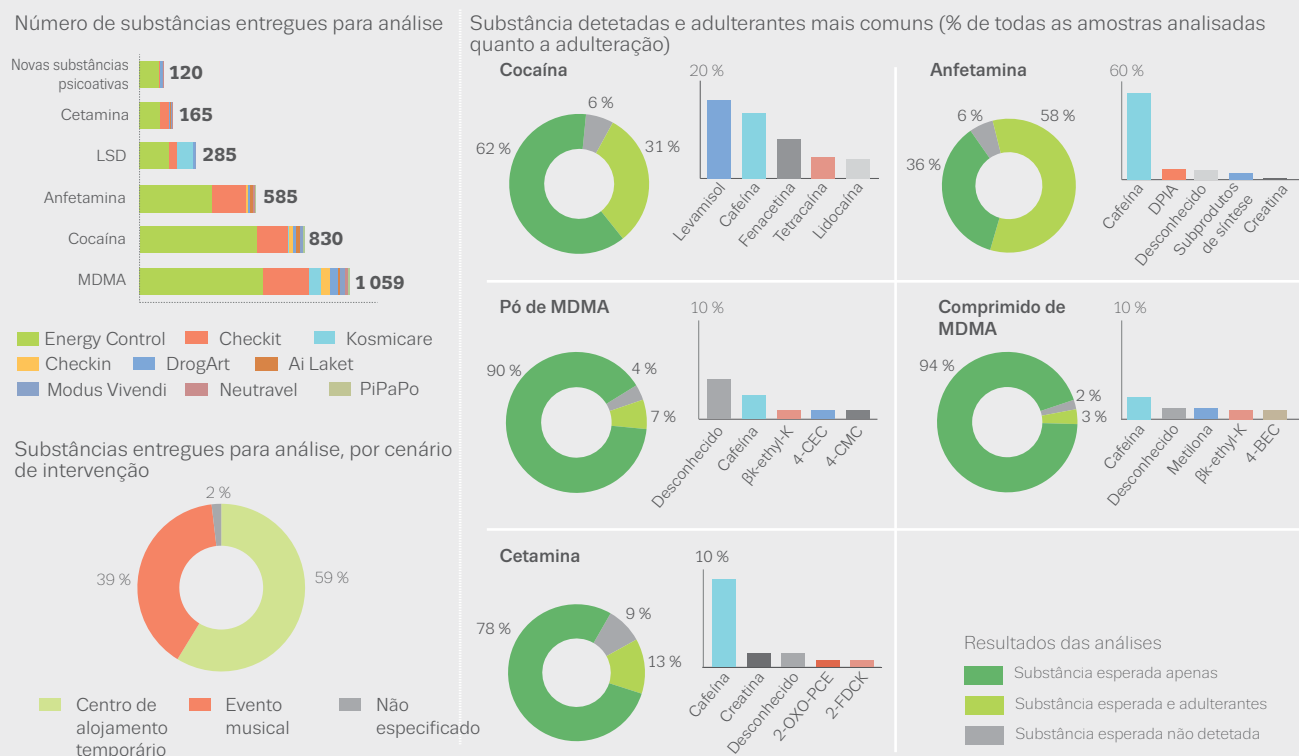
A MDMA é frequentemente consumida com outras substâncias, incluindo álcool. Os dados atuais sugerem que, nos países que registam níveis de prevalência elevados, a MDMA já não é uma droga restrita ou subcultural limitada a discotecas e festas, sendo consumida por um conjunto mais alargado de jovens em cenários de diversão noturna, incluindo bares e festas privadas. O inquérito europeu em linha sobre o consumo de droga revelou que, entre as pessoas que tinham consumido MDMA no ano anterior, a percentagem de consumidores frequentes (em mais de 50 dias no último ano) variava entre 0 %, em Chipre, e cerca de 8 %, na Áustria e na Croácia.

O consumo de MDMA raramente é comunicado como motivo para a procura de tratamento especializado. Em 2017, o consumo de MDMA foi comunicado por menos de 1 % (cerca de 1700 casos) dos utentes a iniciar tratamento na Europa, com a França, a Hungria, o Reino Unido e a Turquia a responder por 68 % dos casos.

A MDMA é frequentemente consumida com outras substâncias, incluindo álcool

FIGURA 2.8

Amostras de droga analisadas pelos serviços de «drug checking» entre janeiro e julho de 2018



Nota: Os adulterantes referem-se apenas a substâncias que possuem propriedades farmacológicas ativas. Os compostos inativos não são considerados como adulterantes.

Fonte: Os dados foram fornecidos por serviços de «drug checking» da Áustria (Checkit), Bélgica (Modus Vivendi), Itália (Neutravel), Luxemburgo (PiPaPo), Portugal (Kosmicare e Checkin), Eslovénia (DrogArt) e Espanha (Energy Control e Ai Laket).

Monitorização do consumo de drogas em cenários de diversão: métodos inovadores

Os estudos têm concluído de forma consistente que o consumo de droga é mais comumente referido em inquéritos conduzidos em ambientes de vida noturna (como discotecas, bares ou festivais de música) do que entre a população geral. Surgiram novos métodos para monitorizar o consumo de droga em ambientes recreativos que não se baseiam exclusivamente nos dados fornecidos pelos inquiridos, mas recorrem também à análise química de amostras de diversas origens: amostras biológicas como amostras de ar expirado, urina e cabelo, o conteúdo de contentores de recolha de drogas e as drogas entregues em serviços de «drug checking».

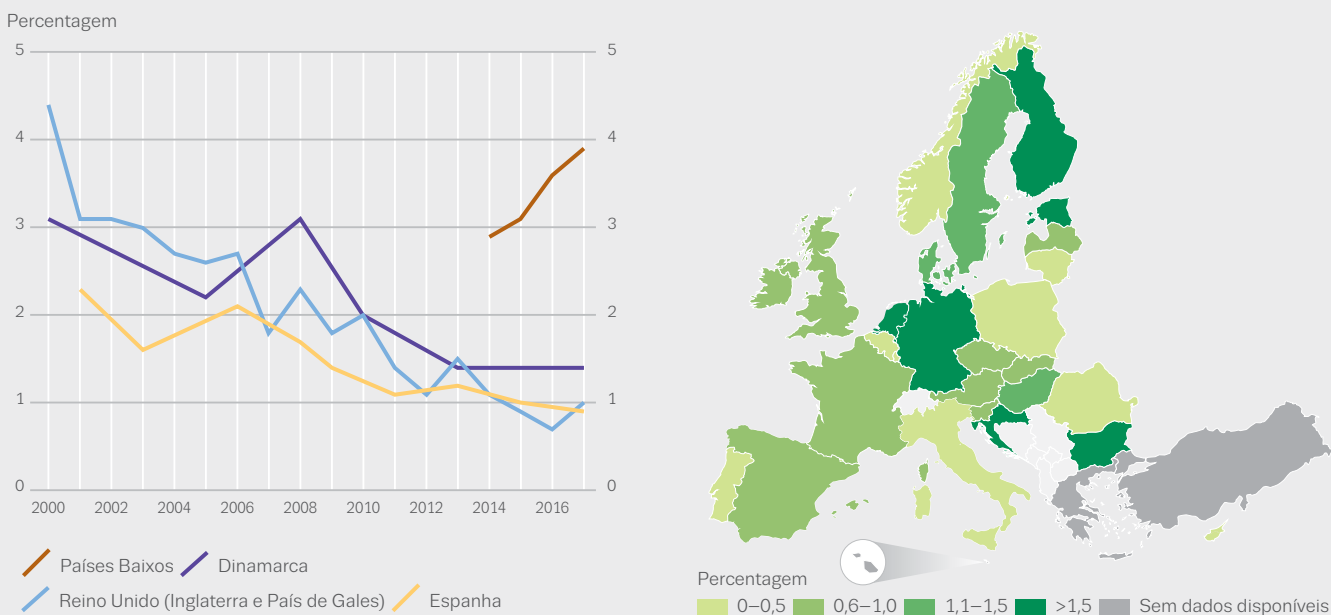
Estão disponíveis resultados de 3044 análises a amostras de drogas entregues por consumidores a nove serviços de «drug checking» a operar em sete Estados-Membros da UE, realizadas entre janeiro e julho de 2018 e compiladas pela rede do projeto transeuropeu de informação sobre a droga (TEDI). Cerca de metade das amostras foi analisada em eventos musicais e outra metade em centros de alojamento temporário. O número de amostras de cocaína entregues nos centros, especialmente em Espanha, foi o dobro das recolhidas em eventos musicais.

No geral, a MDMA (sob a forma de comprimidos e pó), a cocaína e as anfetaminas foram as três substâncias mais frequentemente apresentadas para análise, apesar de ter havido variações entre países. Raramente se entregaram anfetaminas para análise na Bélgica e em Portugal, mas estas representaram mais de 25 % das amostras fornecidas em Itália e na Áustria. Substâncias psicoativas novas, sobretudo catinonas sintéticas, representaram apenas 3 % de todas as drogas entregues para análise, apesar de algumas, como a 4-CMC e a 4-CEC (catinonas sintéticas), terem sido detetadas ocasionalmente como adulterantes em amostras fornecidas como MDMA (Figura 2.8).

A informação sobre a pureza da droga recolhida em oito serviços de «drug checking» no primeiro semestre de 2018 confirma informações recentes sobre o aumento da disponibilidade de MDMA e cocaína com um elevado grau de pureza registado nos mercados de droga da Europa Ocidental. A dosagem média mais alta de MDMA em comprimidos analisada em serviços de «drug checking» foi registada na Bélgica (182 mg). Cinco serviços notificaram a presença de comprimidos individuais com quantidades elevadas de MDMA (mais de 250 mg). No geral, as amostras fornecidas aos serviços como MDMA raramente continham compostos ativos inesperados, com

FIGURA 2.9

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



Nota: Os seguintes países comunicaram dados relativos a faixas etárias que não 15-34 anos: Dinamarca, Reino Unido e Noruega (16-34 anos), Suécia (17-34 anos), Alemanha, França, Grécia e Hungria (18-34 anos).

a MDMA adulterada, sob a forma de pó ou comprimidos, a representar menos de 10 % de todas as amostras de MDMA analisadas. A cafeína foi o adulterante mais frequentemente detetado nestas amostras. Não obstante os elevados níveis médios de pureza da cocaína (73 %), as amostras apresentadas como cocaína encontravam-se frequentemente adulteradas com substâncias potencialmente perigosas, como levamisol e fenacetina, assim como anestésicos locais, como a lidocaína e a tetracaína. De todas as substâncias analisadas nos serviços de «drug checking», as amostras apresentadas como anfetaminas eram as mais adulteradas, com um grau de pureza médio de 34 % e contendo frequentemente níveis elevados de cafeína.

Anfetaminas: variação no consumo mas tendências estáveis

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

Ambas as drogas podem ser consumidas por via oral ou nasal, podendo também ser consumidas por via injetável,

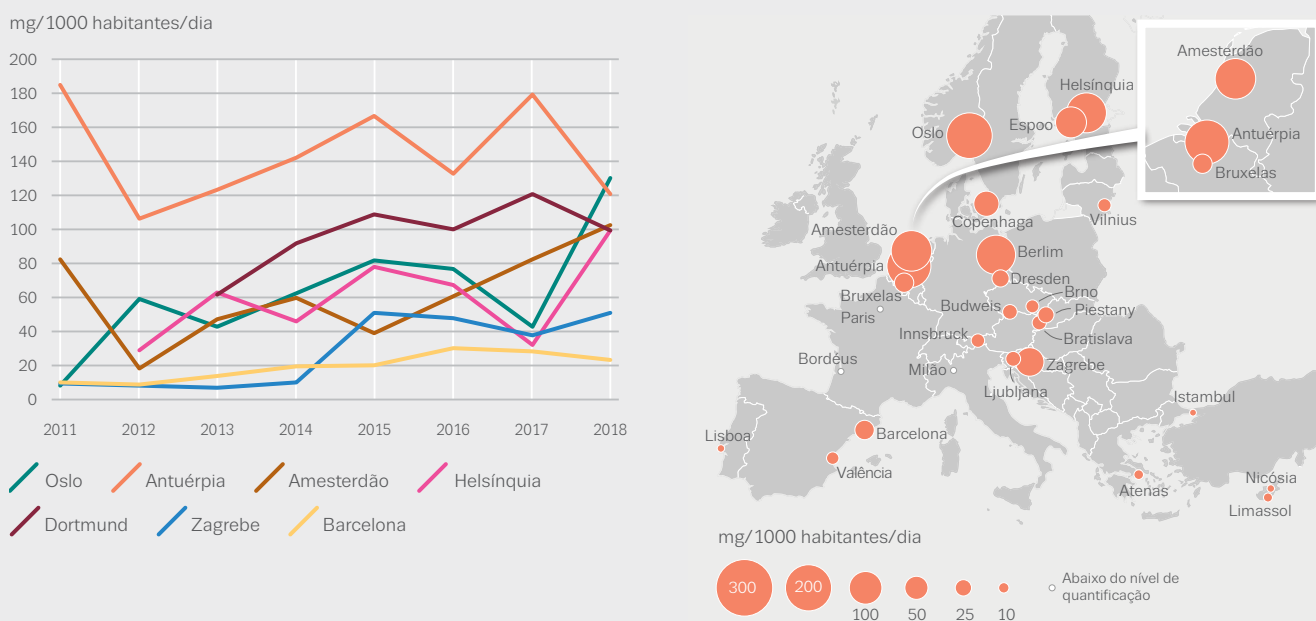
o que, por sua vez, constitui uma parte significativa do problema de droga em alguns países. As metanfetaminas podem igualmente ser fumadas, mas esta via de administração não é normalmente notificada na Europa.

Estima-se que 12,4 milhões de adultos na União Europeia (15-64 anos), ou 3,7 % deste grupo etário, tenham experimentado anfetaminas durante as suas vidas. Os números relativos ao consumo recente entre os jovens adultos (15-34 anos) sugerem que 1,3 milhões (1,0 %) consumiram anfetaminas no último ano, com as estimativas nacionais mais recentes relativas à prevalência a variarem de zero em Portugal a 3,9 % nos Países Baixos (Figura 2.9). Os dados disponíveis sugerem que, desde o início do século, as tendências de consumo de anfetaminas se mantiveram relativamente estáveis na maioria dos países europeus. Dos países que produziram novos inquéritos desde 2016 e indicaram intervalos de confiança, nenhum comunicou estimativas mais elevadas, 8 comunicaram uma tendência estável e 3 comunicaram estimativas mais baixas do que no inquérito comparável anterior.

Apenas num número restrito de países é possível proceder a uma análise estatística das tendências da prevalência do consumo de anfetaminas entre jovens adultos no último ano. Na Dinamarca, em Espanha e no Reino Unido, são observáveis tendências decrescentes a longo prazo (Figura 2.9). O quarto inquérito comparável dos Países Baixos sugere uma tendência crescente.

FIGURA 2.10

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



Nota: Quantidades médias diárias de anfetamina em miligramas por 1 000 habitantes. A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, todos os anos de 2011 a 2018.
Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

A análise das águas residuais realizada em 2018 revelou que as quantidades de anfetamina variavam consideravelmente no continente europeu, com os níveis mais elevados a serem registados no norte e leste da Europa (Figura 2.10). Nas cidades do sul da Europa, foram detetados níveis de anfetamina muito inferiores.

Das 38 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2017 e 2018, 21 comunicaram um aumento, 7 uma situação estável e 10 uma redução. Em termos gerais, os dados das cidades com dados obtidos entre 2011 e 2018 revelaram um panorama heterogéneo, mas com tendências relativamente estáveis relativamente à anfetamina na maioria das cidades.

O consumo de metanfetamina, normalmente baixo e historicamente concentrado na Eslováquia e na República Checa, parece agora estar também presente em Chipre, no leste da Alemanha, em Espanha e no norte da Europa (Figura 2.11). Em 2017 e 2018, das 40 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos à presença de metanfetamina em águas residuais, 5 comunicaram um aumento, 20 uma situação estável e 15 uma redução.

Consumo de anfetaminas de alto risco: elevada procura de tratamento

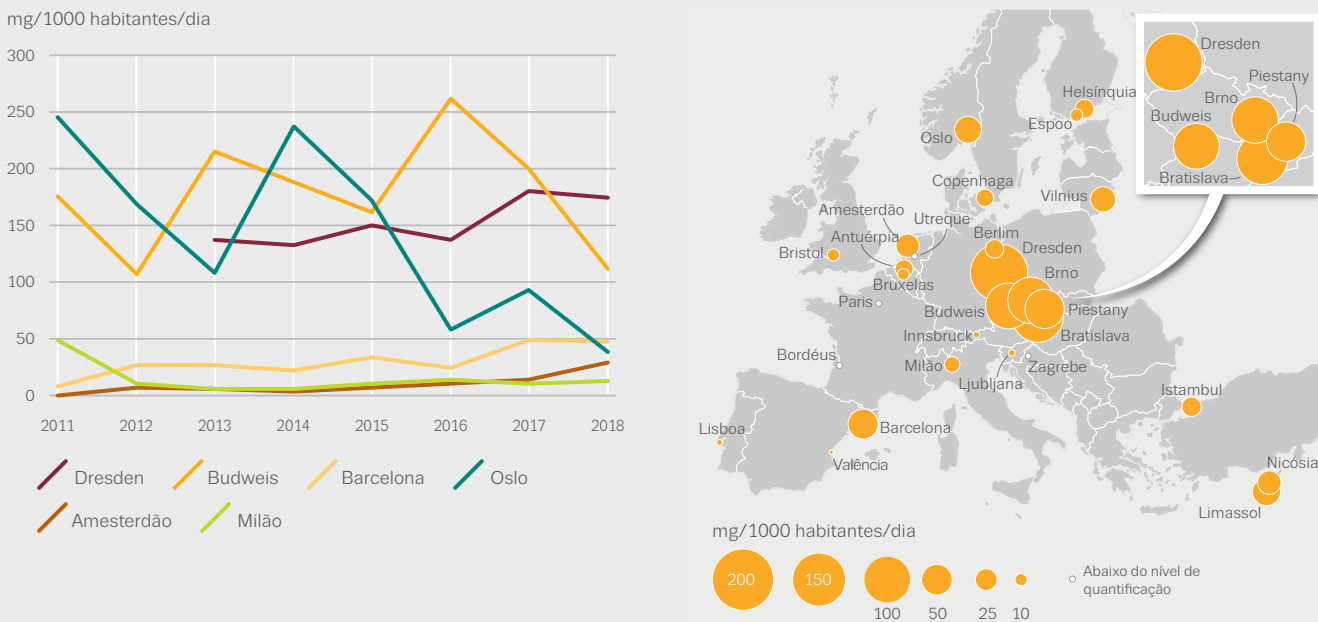
Os problemas relacionados com o consumo de longo prazo ou crónico de anfetamina injetável têm afetado

particularmente os países do norte da Europa. Em contrapartida, os problemas de consumo de metanfetamina de longo prazo têm sido mais visíveis na República Checa e na Eslováquia. Uma estimativa de 2015 para a Alemanha indicou a existência de 102 000 adultos consumidores de anfetaminas de alto risco, o que corresponde a 0,19 % da população adulta. Os consumidores de anfetaminas constituem provavelmente a maioria dos 2234 (0,18 %) consumidores de estimulantes de alto risco estimados comunicados pela Letónia em 2017, uma redução face aos 6540 (0,46 %) consumidores registados em 2010. O consumo de metanfetamina de alto risco entre adultos (15-64 anos) na República Checa, em 2017, foi estimado em cerca de 0,50 % (o que corresponde a 34 700 consumidores). Este número representa um aumento desde 2017 (em que havia 20 900 consumidores), embora este valor tenha permanecido relativamente estável nos últimos anos. As estimativas relativas a Chipre foram de 0,03 %, ou seja, 176 consumidores, em 2017.

Aproximadamente 30 000 utentes que iniciaram em 2017 um tratamento especializado da toxicodependência na Europa, 12 000 dos quais iniciavam um tratamento pela primeira vez, referiram as anfetaminas como droga principal. Os consumidores de anfetamina como droga principal representam mais de 15 % dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Alemanha, na Letónia, na Polónia e na Finlândia, sendo possível observar uma tendência crescente na Alemanha desde 2009. Os

FIGURA 2.11

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



Nota: Quantidades médias diárias de metanfetamina em miligramas por 1000 habitantes. A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, todos os anos de 2011 a 2018. Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

utentes que iniciam tratamento e referem as metanfetaminas como droga principal concentram-se na República Checa, na Eslováquia, na Polónia e na Turquia, que, em conjunto, representam 88 % dos 5000 consumidores de metanfetamina que iniciaram um tratamento especializado na Europa. As anfetaminas constituem a droga que apresenta menor disparidade

entre homens e mulheres, embora as mulheres continuem a representar apenas cerca de um quarto (26 %) dos utentes consumidores de anfetamina. No que diz respeito à via de administração, 14 % dos utentes que iniciaram tratamento indicaram consumir anfetaminas pela via oral, 65 % por inalação e 9 % por injeção.

CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAM TRATAMENTO

Características

26% 74%



20

Idade média no início do consumo

30

Idade média em que iniciam o tratamento pela primeira vez

12 200

Os que iniciam pela primeira vez

42%



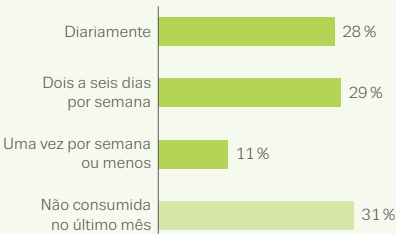
17 100

Utentes anteriormente tratados

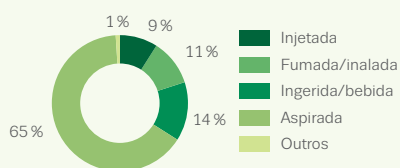
58%

Frequência do consumo no último mês

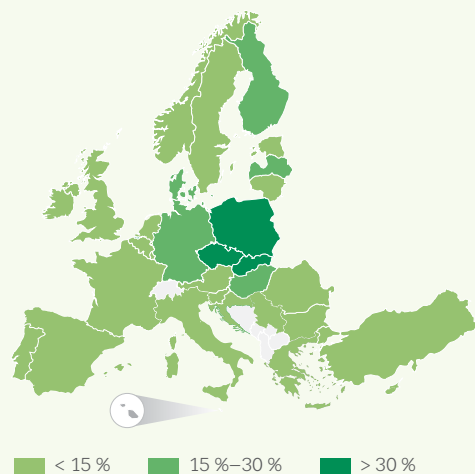
Consumo médio de 4 dias por semana



Via de administração



Os que iniciam pela primeira vez, para todas as drogas (%)



Nota: Com exceção do mapa, as características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de anfetaminas como droga principal. Os dados da Alemanha, Suécia e Noruega referem-se a utentes que indicam um estimulante que não a cocaína como droga principal.

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

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

Nas duas últimas décadas, tem sido referido o consumo recreativo de cetamina e de GHB (incluindo o seu precursor GBL, gama-butirolactona), entre alguns subgrupos de consumidores de droga na Europa. Quando existem, as estimativas nacionais da prevalência do consumo de GHB e de cetamina, tanto entre a população adulta como entre a população escolar, permanecem baixas. No seu inquérito de 2017, a Noruega comunicou a prevalência do consumo de GHB no último ano em 0,1 % dos adultos (16-64 anos). Em 2017, a prevalência no último ano do consumo de cetamina entre jovens adultos (16-34 anos) foi estimada em 0,6 % na Dinamarca e em 1,7 % no Reino Unido.

Os níveis de prevalência globais do consumo de LSD e cogumelos alucinógenos na Europa têm-se mantido, de um modo geral, baixos e estáveis desde há alguns anos. No que diz respeito aos jovens adultos (15-34 anos), os inquéritos nacionais permitem estimar uma prevalência no último ano inferior a 1 % para as duas substâncias em 2017 ou no inquérito anual mais recente, à exceção da Finlândia (1,9 %) e dos Países Baixos (1,6 %) no que respeita aos cogumelos alucinógenos, e da Noruega (1,1 %) e da Finlândia (1,3 %) no que respeita ao LSD.

Novas substâncias psicoativas: baixo nível de consumo e redução na procura de tratamento

Desde 2011, mais de metade dos países europeus comunicam estimativas nacionais relativas ao consumo de novas substâncias psicoativas (à exceção da cetamina e do GHB) no âmbito dos seus inquéritos à população em geral, embora as diferenças nos métodos e nas perguntas dos inquéritos limitem a comparação entre países. Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência do consumo destas substâncias no último ano variou entre 0,1 %, na Noruega, e 3,2 %, nos Países Baixos, de acordo com os dados mais recentes deste país relativos a 2016, sendo a 4-fluoroanfetamina (4-FA) a mais consumida. Estão disponíveis dados de inquéritos sobre o consumo de mefedrona no Reino Unido (Inglaterra e País de Gales). No inquérito mais recente (2017), o consumo desta droga no último ano entre os jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 34 anos foi estimado em 0,2 %, uma

redução face a 1,1 % em 2014/2015. Nos inquéritos mais recentes, as estimativas do consumo de canabinoides sintéticos no último ano entre a população dos 15 aos 34 anos variaram entre 0,1 % nos Países Baixos e 1,5 % na Letónia.

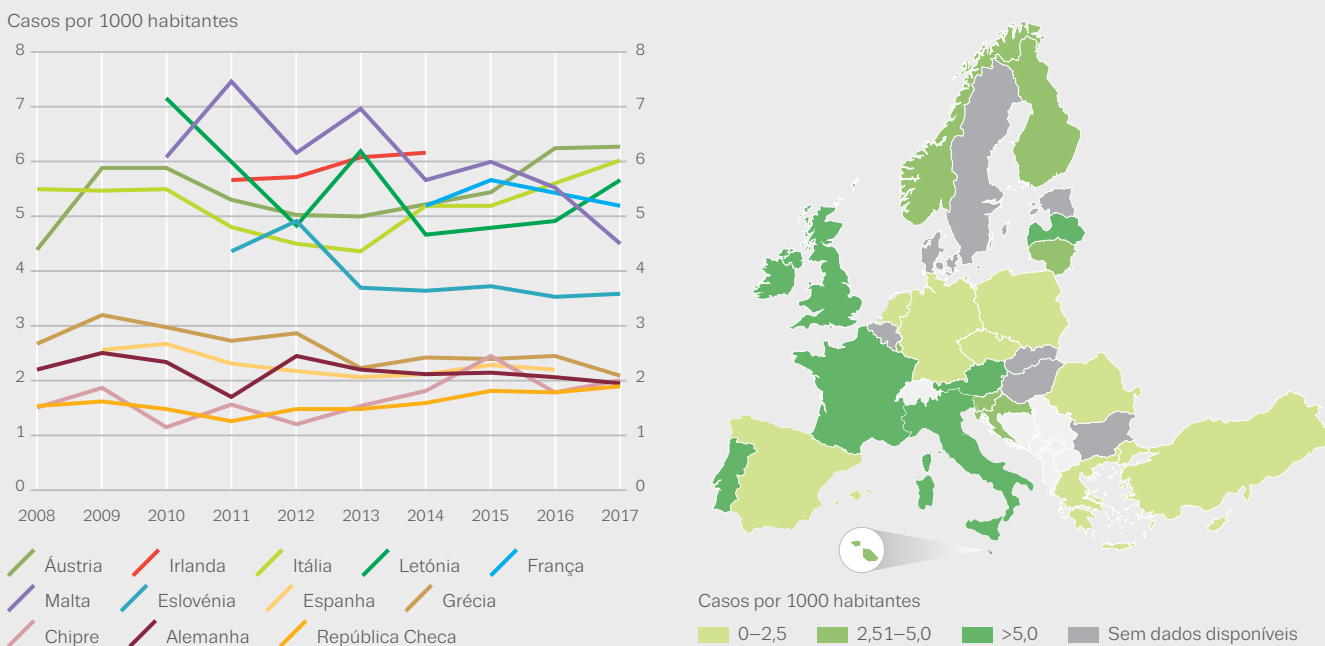
Embora, a nível geral, os níveis de consumo de novas substâncias psicoativas sejam baixos na Europa, num estudo realizado pelo EMCDDA em 2016 verificou-se que mais de dois terços dos países comunicaram que o consumo dessas substâncias por consumidores de droga de alto risco suscitou preocupações em matéria de saúde. Em particular, o consumo de catinonas sintéticas, como opiáceos e estimulantes injetáveis, tem estado associado a problemas de saúde e sociais. Além disso, o consumo de canabinoides sintéticos para fumar em populações marginalizadas, incluindo entre pessoas sem-abrigo e a população prisional, tem sido identificado como um problema em vários países europeus.

De um modo geral, poucas pessoas iniciam tratamento na Europa devido a problemas associados ao consumo de novas substâncias psicoativas. Contudo, o consumo destas substâncias é significativo em alguns países. Nos dados mais recentes, o consumo de canabinoides sintéticos foi comunicado como a causa principal para iniciar tratamento especializado da toxicod dependência por 19 % e 6 % dos utentes na Turquia e na Hungria, respetivamente. No Reino Unido, 0,2 % dos utentes que iniciaram tratamento comunicaram problemas relacionados com o consumo de catinonas sintéticas como droga principal. No entanto, os três países comunicaram uma redução nos novos ingressos em unidades de tratamento devido ao consumo de novas substâncias psicoativas nos dados mais recentes.



FIGURA 2.12

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



Consumo de opiáceos de alto risco: o número de primeiros tratamentos por consumo de heroína está a diminuir na maioria dos países

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

A Europa conheceu diversas vagas de dependência da heroína, a primeira das quais afetou muitos países da Europa Ocidental, a partir de meados da década de 1970, e a segunda a Europa Central e Oriental, de meados a finais da década de 1990. Nos últimos anos, foi identificada a existência de uma coorte envelhecida de consumidores de opiáceos de alto risco que, provavelmente, esteve em contacto regular ou esporádico com serviços de tratamento de substituição e outros serviços.

Estima-se que a prevalência do consumo de opiáceos de alto risco entre a população jovem e adulta (15-64 anos) da União Europeia seja de 0,4 %, o equivalente a 1,3 milhões de consumidores de opiáceos de alto risco em 2017. A nível nacional, as estimativas da prevalência do consumo de opiáceos de alto risco variam entre menos de um e mais de oito casos por 1000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Os cinco países mais populosos da União Europeia, representando 62 % da população, contêm três quartos (77 %) da estimativa de consumidores de opiáceos de alto risco (Alemanha, Espanha, França, Itália

e Reino Unido). Dos 12 países com estimativas regulares de consumo de opiáceos de alto risco entre 2008 e 2017, a Grécia, Malta, a Eslovénia e a Espanha revelam um decréscimo estatisticamente significativo das mesmas, enquanto a República Checa e a Irlanda (até 2014) revelam um aumento significativo (Figura 2.12).

Em 2017, o consumo de opiáceos foi reportado como o principal motivo para iniciar tratamento especializado para a toxicod dependência por 171 000 utentes ou 35 % de todos os consumidores que iniciam tratamento da toxicod dependência na Europa, sendo que, destes, 32 000 iniciaram o tratamento pela primeira vez. Os consumidores de heroína como droga principal representaram 78 % (20 500 utentes) dos consumidores de opiáceos como droga principal que iniciaram tratamento pela primeira vez, o que corresponde a uma redução de 4 700 utentes ou 17 % face ao ano anterior.

De acordo com os dados disponíveis sobre as tendências, o número de novos consumidores que procuram tratamento para a dependência da heroína diminuiu mais de metade face ao pico registado em 2007 para um valor mínimo em 2013, antes de estabilizar nos últimos anos. Entre 2016 e 2017, o número de consumidores de heroína como droga principal que iniciaram tratamento pela primeira vez diminuiu em 16 dos 27 países com dados disponíveis.

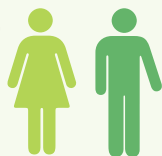
Opiáceos sintéticos: várias substâncias detetadas na Europa

Apesar de a heroína continuar a ser o opiáceo ilícito mais consumido, várias fontes sugerem que o consumo de opiáceos sintéticos ilícitos (como a metadona, a buprenorfina e o fentanilo) é cada vez maior. Entre os opiáceos que não a heroína referidos pelos utentes que iniciaram tratamento, incluía-se a metadona, a buprenorfina, o fentanilo, a codeína, a morfina, o tramadol e a oxicodona indevidamente consumidos. Estes opiáceos respondem agora por 22 % dos utentes que iniciam tratamento devido ao consumo de opiáceos e, em alguns países, os opiáceos que não a heroína constituem a forma mais comum de consumo de opiáceos entre utentes que iniciam tratamento especializado. Em 2017, 19 países europeus comunicaram que mais de 10 % dos consumidores de opiáceos que iniciaram tratamento especializado apresentavam problemas relacionados essencialmente com outros opiáceos que não a heroína (Figura 2.13). Na Estónia, a maioria dos utentes que inicia tratamento devido ao consumo de opiáceos consome fentanilo, enquanto na Finlândia a buprenorfina é o opiáceo mais consumido como droga principal. Na República Checa, o consumo indevido de buprenorfina é referido por cerca de 22 % dos consumidores de opiáceos e o consumo indevido de metadona por 33 %

COSUMIDORES DE HEROÍNA QUE INICIAM TRATAMENTO

Características

20% 80%



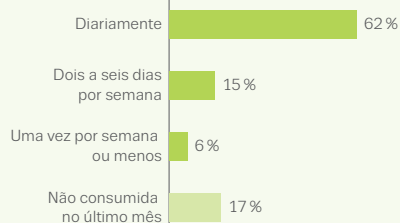
24 Idade média no início do consumo
35 Idade média em que iniciam o tratamento pela primeira vez

23 500 Os que iniciam pela primeira vez
115 000 Utesntes anteriormente tratados
17% 83%

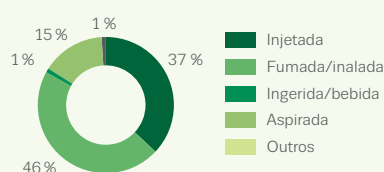


Frequência do consumo no último mês

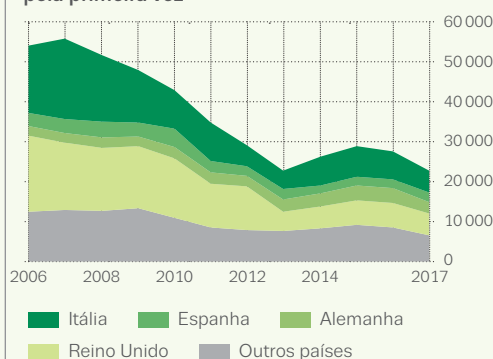
Consumo médio de 5,9 dias por semana



Via de administração



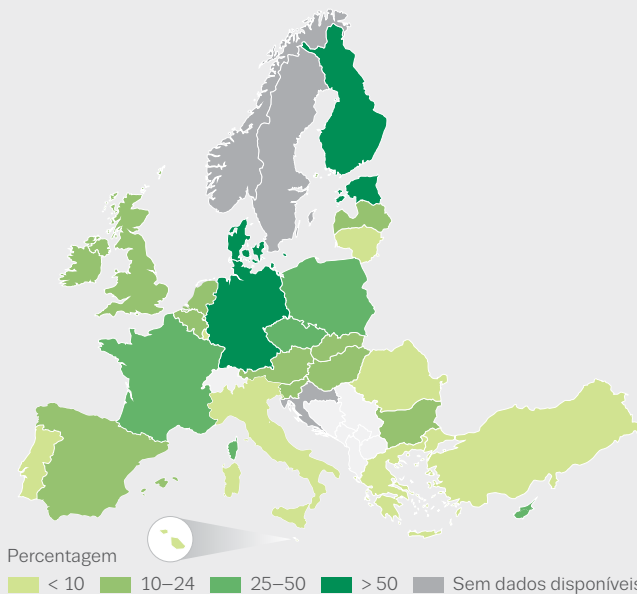
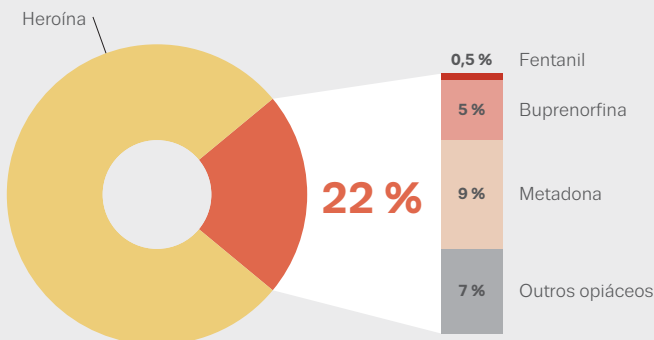
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



Nota: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de heroína como droga principal. Os dados da Alemanha referem-se a utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de «opiáceos» como droga principal. As tendências entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez são baseadas em dados de 24 países. Apenas os países com dados disponíveis para, pelo menos, 11 dos 12 anos estão incluídos nas tendências. Os valores em falta foram interpolados a partir dos anos adjacentes. Devido a alterações do fluxo de dados a nível nacional, os dados desde 2014 referentes a Itália não são comparáveis com os dos anos anteriores. Devido a alterações no sistema de fornecimento de dados, os totais de 2017 referentes à Alemanha são estimativas baseadas nos dados de 2016.

FIGURA 2.13

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



e 19 % dos consumidores de opiáceos na Alemanha e na Dinamarca, respetivamente. Em Chipre e na Polónia, entre 20 % e 50 % dos consumidores de opiáceos iniciam tratamento por problemas relacionados com o consumo de outros opiáceos, tais como a oxicodeona (Chipre) e o «kompot» – heroína feita a partir da palha de papoila (Polónia). Além disso, todos aqueles que iniciam tratamento por problemas relacionados com novas substâncias psicoativas com efeitos semelhantes aos dos opiáceos podem ser registados no grupo geral de opiáceos.

Estónia. Os estimulantes são notificados como a droga principal injetável em 4 países, em que as substâncias consumidas incluem catinonas sintéticas (Hungria), cocaína (França), anfetamina (Letónia) e metanfetamina (República Checa).

O consumo de droga injetável continua a diminuir entre os novos consumidores que procuram tratamento para a dependência da heroína

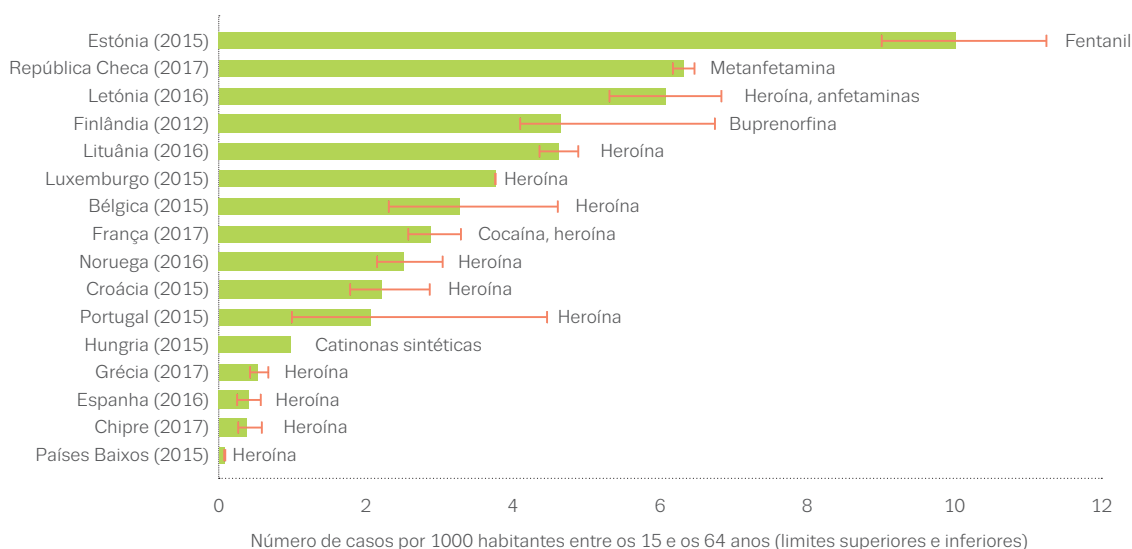
O consumo de droga injetável está normalmente associado aos opiáceos, embora a injeção de estimulantes como as anfetaminas ou a cocaína também seja comum.

Apenas 16 países possuem estimativas da prevalência do consumo de drogas injetáveis desde 2012, que variam entre menos de 1 caso e mais de 10 casos por 1000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Na maioria destes países, a droga principal injetável pode ser claramente identificada, embora em alguns países duas drogas apresentem níveis de consumo elevados similares. Os opiáceos são notificados como a droga principal injetável na maioria (14) dos países (ver Figura 2.14). A heroína é mencionada em 12 desses países, enquanto a buprenorfina é mencionada na Finlândia e o fentanilo na

O consumo de droga injetável está normalmente associado aos opiáceos

FIGURA 2.14

Consumo de drogas injetáveis: estimativas mais recentes da prevalência do consumo de drogas injetáveis e principal droga injetável

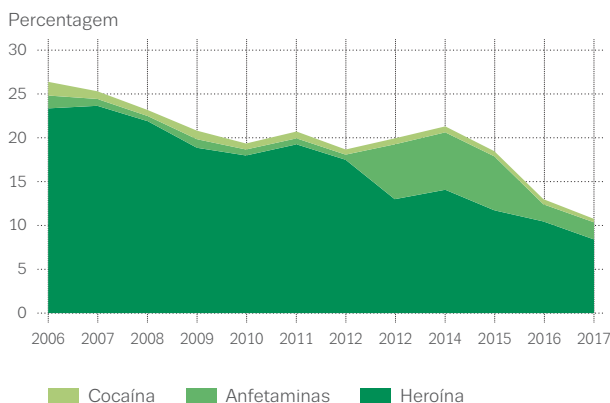


Em 2017, dos utentes que iniciaram o tratamento especializado pela primeira vez por consumo de heroína como droga principal, 25 % indicaram a via injetável como principal via de administração, um decréscimo face aos 43 % registados em 2006. Neste grupo, os níveis de consumo injetado variam de país para país, de 8 % em Espanha para 90 % ou mais na Letónia. A injeção é referida como a principal via de administração por menos de 1 % dos utentes que iniciam tratamento pela primeira vez devido ao consumo de cocaína e 9 % dos utentes que o fazem devido ao consumo de anfetaminas. Contudo, o panorama geral para as anfetaminas é influenciado pela República Checa, que contabiliza mais de 50 % dos novos consumidores de anfetaminas injetáveis na Europa. Considerando o conjunto das três principais drogas injetáveis, entre os utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento da toxicod dependência na Europa, a injeção como principal via de administração diminuiu de 26 %, em 2006, para 11 %, em 2017 (Figura 2.15).

A injeção de catinonas sintéticas, embora não seja um fenómeno disseminado, continua a ser assinalada entre algumas populações específicas, incluindo consumidores de opiáceos injetáveis e utentes de serviços de tratamento da toxicod dependência em alguns países, bem como entre os consumidores em programas de troca de agulhas na Hungria. Num estudo recente do EMCDDA, 10 países referiram a injeção de catinona sintética, frequentemente com outros estimulantes e GHB. Na maior parte das vezes, tal acontece no contexto de festas de sexo entre homens que têm relações sexuais com outros homens.

FIGURA 2.15

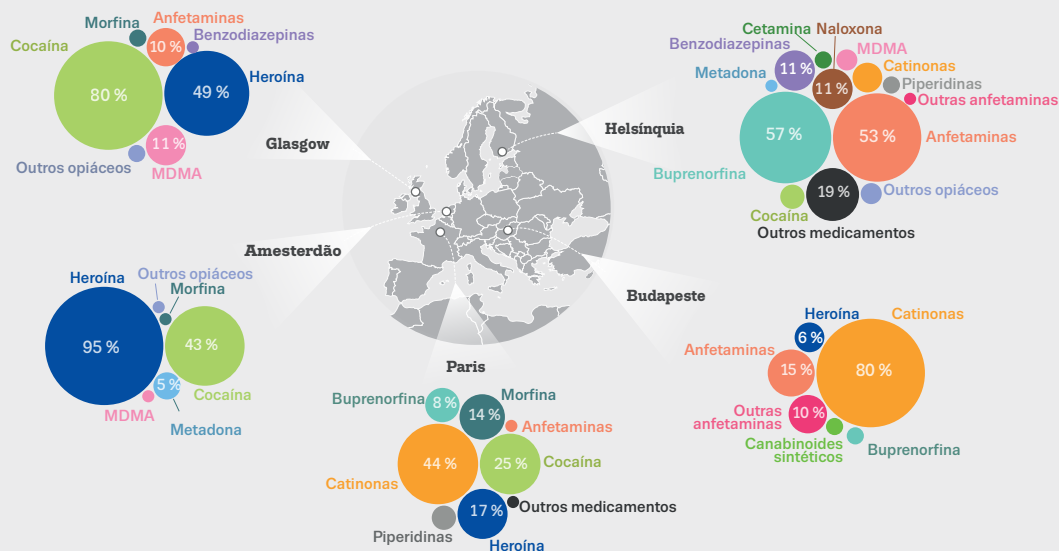
Consumo de drogas injetáveis entre utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez, tendo a heroína, a cocaína ou anfetaminas como droga principal: percentagem que refere a via injetável como principal via de administração



Nota: As tendências são baseadas nos 21 países com dados para, pelo menos, 9 de 11 anos.

FIGURA 2.16

Resíduos de droga presentes em seringas usadas em determinadas cidades europeias



Nota: A área dos círculos é proporcional à percentagem de seringas em cada local em que a substância foi detetada. Numa única seringa pode ser detetada mais do que uma substância. Estudo realizado em 2017.
 Fonte: European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE).

Indicações resultantes dos dados relativos aos resíduos nas seringas: drogas estimulantes são frequentemente encontradas

Os dados relativos ao tratamento da toxicodependência e fornecidos pelas estimativas do consumo de drogas de alto risco podem ser complementados com as constatações da rede European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE), que colige informações sobre as substâncias injetadas através da análise do conteúdo residual de seringas usadas. As seringas foram recolhidas de recipientes apenas a dispensadores automáticos de kits de material de injeção colocados nas ruas e junto dos serviços de redução de danos numa rede de cinco cidades «sentinela» da UE em 2017: Amsterdão, Budapeste, Glasgow, Helsínquia e Paris. O conteúdo de 1288 seringas usadas foi analisado em cinco laboratórios.

Metade das seringas analisadas continha duas substâncias ou mais

Os resultados sugerem que as substâncias injetadas variam de cidade para cidade e dentro de cada cidade (Figura 2.16). Nas cinco cidades, uma elevada percentagem das seringas continha estimulantes, tendo sido frequentemente detetada cocaína, anfetaminas e catinonas sintéticas. Metade das seringas analisadas continha duas substâncias ou mais, sendo a combinação mais frequente uma mistura de estimulante e opiáceo. Nos casos em que foram detetadas benzodiazepinas, as seringas frequentemente continham opiáceos.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

Publicações conjuntas do EMCDDA e do ESPAD

2016

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

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

3

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

Danos causados pela droga e respostas

Sabe-se que o consumo de drogas ilícitas contribui para o peso global da doença. Os problemas de saúde crónicos e agudos estão associados ao consumo de drogas ilícitas, influenciados ainda por vários fatores como as propriedades das substâncias, a via de administração, a vulnerabilidade individual e o contexto social em que as drogas são consumidas. Nos problemas crónicos, incluem-se a dependência e as doenças infecciosas relacionadas com as drogas. Por outro lado, as overdoses são o problema mais visível dos casos agudos. Apesar de relativamente raro, o consumo de opiáceos continua a ser responsável pela maioria dos casos de morbidade e mortalidade associados ao consumo de drogas. O consumo de drogas injetáveis aumenta os riscos. Em comparação, apesar de os problemas de saúde associados ao consumo de cânabis serem claramente menores, a prevalência elevada do consumo desta droga pode ter consequências em matéria de saúde pública. A variação do teor e da pureza das substâncias agora ao dispor dos consumidores aumenta os danos potenciais e cria um ambiente

desafiante para as respostas aos problemas da droga.

Monitorização dos danos causados pela droga e respostas

As informações sobre as respostas sanitárias e sociais aos problemas relacionados com o consumo de drogas, incluindo as estratégias em matéria de droga e a despesa pública relacionada com o combate à droga, são fornecidas ao EMCDDA pelos pontos focais nacionais da Reitox e pelos peritos nacionais. As avaliações periciais fornecem informações suplementares sobre a disponibilidade de intervenções, sempre que não se encontrem disponíveis conjuntos de dados oficiais. O presente capítulo tem igualmente em conta análises dos dados científicos disponíveis sobre a eficácia das intervenções de saúde pública. Para mais informações, consultar as seguintes rubricas no sítio Web do EMCDDA [Health and social responses to drug problems: a European guide](#) e o material em linha associado, bem como o [Portal de boas práticas](#).

As doenças infecciosas e a mortalidade e morbidade associadas ao consumo de drogas são os principais danos para a saúde monitorizados de forma sistemática pelo EMCDDA. Estes são complementados pelos dados mais limitados sobre tratamentos hospitalares de casos agudos relacionados com o consumo de drogas e pelos dados do mecanismo de alerta rápido da UE, que monitoriza os danos associados às novas substâncias psicoativas. Estão disponíveis informações em linha nas rubricas [Principais Indicadores Epidemiológicos](#), [Boletim Estatístico](#) e [Action on new drugs](#).

A conceção e a execução de respostas efetivas aos problemas da droga com base em dados constituem um aspeto fundamental das políticas europeias de combate à droga e envolvem um conjunto de medidas. A prevenção e as iniciativas de intervenção precoce visam prevenir o consumo de drogas e os problemas que lhe estão associados. Em contrapartida, o tratamento da toxicod dependência, incluindo as iniciativas de natureza psicossocial e farmacológica, constitui a primeira resposta de combate à dependência. Algumas intervenções estratégicas, tais como os tratamentos de substituição de opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas, foram em parte desenvolvidas para combater o consumo de opiáceos injetáveis e os problemas conexos, especialmente a disseminação de doenças infecciosas e mortes por overdose. À medida que os problemas da droga evoluem, torna-se necessário desenvolver e avaliar novas abordagens, algumas das quais são abordadas a seguir.

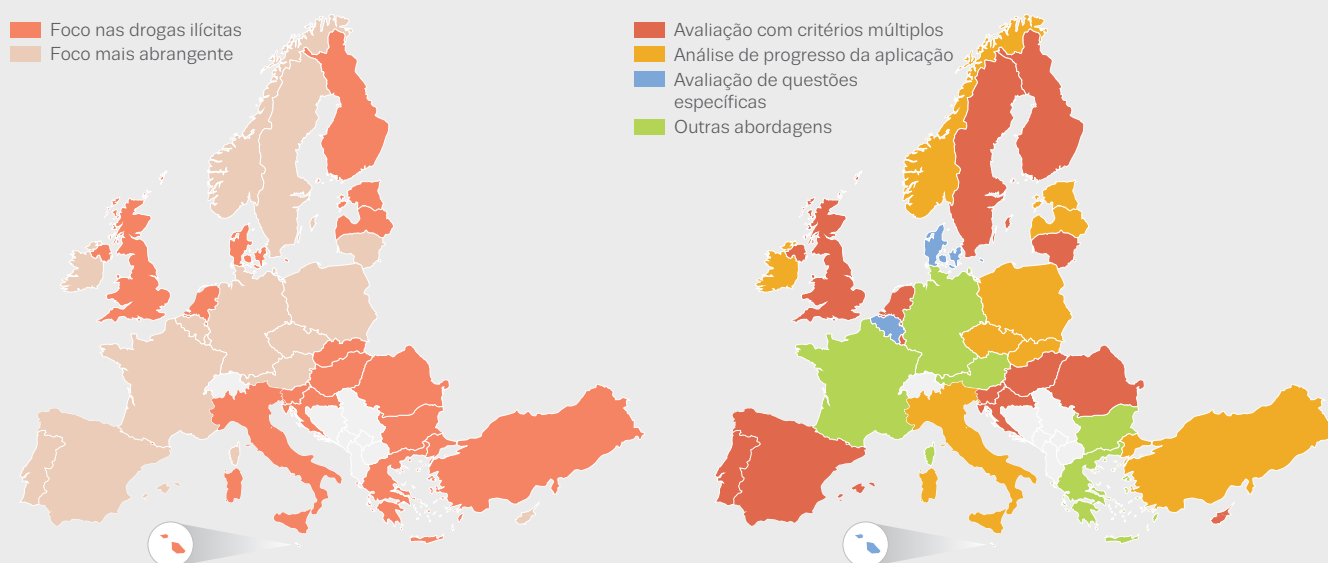
Estratégias em matéria de droga: diferentes abordagens de avaliação

Atualmente, quase metade dos 30 países monitorizados pelo EMCDDA possui estratégias nacionais em matéria de droga que incluem aplicações para as diferentes

combinações de problemas relativos a substâncias e comportamentos aditivos, bem como para as drogas ilícitas. Estes instrumentos de planeamento são utilizados pelos governos para elaborar uma abordagem geral e respostas específicas às diferentes dimensões em matéria social, de saúde e de segurança dos problemas de droga. Enquanto a política nacional em matéria de droga da Dinamarca é expressa num conjunto de documentos estratégicos, legislação e medidas concretas, todos os outros países têm um documento de estratégia nacional. Em 14 países, a atenção das políticas é mais abrangente, atribuindo também atenção a outras substâncias e a outros comportamentos aditivos (ver Figura 3.1). Contudo, no Reino Unido, as administrações descentralizadas da Escócia, do País de Gales e da Irlanda do Norte dispõem de documentos de estratégia abrangentes. Se contabilizarmos estes três documentos, o número total de estratégias abrangentes em matéria de drogas ilícitas aumenta para 17. De um modo geral, estes documentos centram-se nas drogas ilícitas, existindo variações na forma como são consideradas outras substâncias e dependências. Todos os documentos contemplam as bebidas alcoólicas, 10 consideram o tabaco, 9 abrangem medicamentos e 8 incluem também outros comportamentos aditivos, como o jogo. Independentemente de qual seja o ponto central, todas as estratégias nacionais em matéria de droga sustentam

FIGURA 3.1

Foco dos documentos de estratégia nacional de combate à droga (à esquerda) e método de avaliação (à direita) em 2018



Nota: As estratégias com foco mais abrangente podem incluir, por exemplo, drogas ilícitas e outras dependências. Enquanto o Reino Unido possui uma estratégia para as drogas ilícitas, a Escócia, o País de Gales e a Irlanda do Norte dispõem de documentos estratégicos abrangentes que incluem o álcool.

explicitamente a abordagem equilibrada à política implementada na estratégia europeia de luta contra a droga (2013-2020) e no plano de ação (2017-2020), que dão ênfase à importância da redução tanto da procura como da oferta de droga. A extensão do âmbito da estratégia é acompanhada pela possibilidade de alcançar uma abordagem mais integrada em matéria de saúde pública, mas também apresenta desafios em termos da coordenação da implementação, da monitorização e da avaliação.

Todos os países europeus avaliam as suas estratégias nacionais em matéria de droga, embora o façam através de uma panóplia de abordagens diferentes. De um modo geral, as avaliações visam analisar o nível de aplicação da estratégia atingido e as alterações na situação geral da droga ao longo do tempo. Em 2018, foi comunicada a realização recente de 13 avaliações com critérios múltiplos, 9 análises de progresso da implementação e 3 avaliações de questões específicas. Cinco países utilizaram outras abordagens, por exemplo, um misto de projetos de investigação e de avaliações de indicadores (ver Figura 3.1). A tendência para a utilização de estratégias mais abrangentes está a ser refletida gradualmente pela utilização de avaliações com um foco igualmente mais abrangente. Atualmente, a França, o Luxemburgo, a Suécia e a Noruega publicaram avaliações de estratégias com um foco mais abrangente.

Prevenção do consumo de substâncias: abordagens ambientais

A prevenção do consumo de droga e dos problemas relacionados com a droga entre os mais jovens é um objetivo crucial nas estratégias nacionais e europeias em matéria de droga e abrange uma vasta gama de abordagens. As abordagens ambientais e universais são direcionadas para populações inteiras, a prevenção seletiva visa grupos vulneráveis que podem estar em maior risco de desenvolver problemas relacionados com o consumo de droga, e a prevenção específica visa pessoas em risco.

O «modelo islandês» de prevenção, que implica a aplicação consistente de um conjunto de princípios de prevenção eficazes a nível da população, foi objeto, recentemente, de muita atenção internacional. A abordagem inclui períodos de lazer pós-escolares supervisionados, com acesso universal a atividades desportivas e culturais para os jovens, juntamente com monitorização parental e horários controlados para menores de 18 anos. Na Europa, o modelo islandês foi implementado em alguns municípios em Espanha, nos

Países Baixos e na Roménia. Será necessário levar a cabo mais avaliações para determinar se o declínio acentuado no consumo de substâncias observado na Islândia ao longo da última década, que segue o mesmo padrão de decréscimo do consumo de substâncias entre adolescentes noutros países europeus, está fundamentalmente relacionado com a estratégia de prevenção do país e a sua política relativamente ao consumo de álcool ou se existem outros fatores relevantes.

O modelo islandês baseia-se numa abordagem de prevenção ambiental assente na ideia de que é possível mudar comportamentos indesejados alterando os aspetos físicos, económicos e normativos do ambiente que proporcionam ou reduzem oportunidades para a ocorrência dos comportamentos. Isto pode, por sua vez, conduzir a uma redução da sua aceitabilidade, normalidade e visibilidade. As medidas podem incluir a regulação da disponibilidade e do preço das substâncias, a redução das doses de álcool servidas e a diminuição do número de pontos de venda.

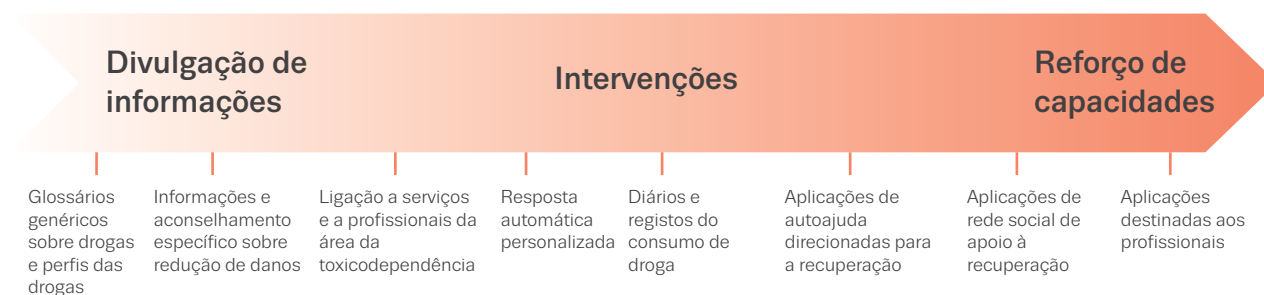
Os princípios de prevenção ambiental são também fulcrais no «Jogo do Bom Comportamento», um programa com base num manual para crianças do ensino básico, que tem, segundo alguns estudos de investigação, demonstrado efeitos benéficos. O objetivo é reduzir os comportamentos de risco recorrendo a incentivos comportamentais ao nível de grupo para reforçar normas e regras positivas. A um nível mais alargado, a alteração de estatuto e redução do consumo de tabaco em muitos países da UE pode ser considerado um exemplo de uma abordagem de prevenção ambiental na prática.

A formação profissional parece ser importante para uma introdução bem-sucedida das abordagens de prevenção. Uma iniciativa recente conduziu ao lançamento de um programa de prevenção universal europeu (European Universal Prevention Curriculum), baseado em dados e normas internacionais, para líderes de opinião e decisores a nível regional ou local. Em 2018, o programa estava a ser implementado em alguma medida num terço dos Estados-Membros da UE.

Todos os países europeus avaliam as suas estratégias nacionais em matéria de droga

FIGURA 3.2

Leque de aplicações de saúde móvel, com base nos seus principais objetivos



Responder ao consumo de droga: novas tecnologias

As intervenções para a prevenção e tratamento da toxicodependência estão em constante evolução e o recurso a soluções digitais inovadoras, incluindo a utilização de tecnologias informáticas, está a aumentar. As intervenções digitais (aplicações) podem utilizar um leque de dispositivos, desde computadores de secretária a dispositivos móveis, incluindo, cada vez mais, os "smartphones". Estas aplicações móveis ou aplicações de saúde móvel são utilizadas para um amplo leque de objetivos, incluindo prevenção da toxicodependência, redução de danos, sensibilização digital nas plataformas de redes sociais, monitorização e supervisão dos doentes e prestação de tratamentos (Figura 3.2). Algumas aplicações disponibilizam apoio prático, incluindo glossários, informação e aconselhamento relacionados com drogas. Um exemplo inovador é o recurso à geolocalização para auxiliar pessoas que consomem drogas injetáveis a encontrar pontos de troca de agulhas e seringas. Outras aplicações baseiam-se em técnicas de prevenção eficazes, tais como abordagens de normas sociais e a contestação das ideias falsas acerca do consumo de droga pelos pares. Apesar de haver atualmente muitas aplicações de saúde móvel ao dispor do público, um estudo recente do EMCDDA concluiu que poucas tinham sido avaliadas com critérios científicos e que estas aplicações tinham padrões de qualidade deficientes e suscitavam preocupações relativamente à proteção de dados.

A aplicação de tecnologias de realidade virtual encontra-se também a ser estudada enquanto veículo para oferecer terapia de exposição. Com recurso a óculos de realidade virtual, criam-se ambientes realistas e imersivos relacionados com o consumo de drogas para induzir o desejo de consumir e ensinar aos doentes técnicas para o combater.

Tratamento da toxicodependência: o tratamento em regime ambulatorio é o mais frequente

O tratamento da toxicodependência continua a ser a intervenção mais utilizada com as pessoas que têm problemas relacionados com o consumo de drogas, incluindo a dependência. Garantir a facilidade de acesso a serviços de tratamento adequados é, por isso, um dos principais objetivos políticos.

Na Europa, o tratamento da toxicodependência é predominantemente realizado em regime ambulatorio, sendo os centros de tratamento especializado os maiores prestadores de cuidados aos consumidores de drogas (Figura 3.3). As agências de proximidade são o segundo maior grupo de prestadores de cuidados, seguidas dos centros de cuidados de saúde primários e mental. Esta última categoria inclui os médicos de clínica geral, que desempenham um importante papel na prescrição dos tratamentos de substituição de opiáceos em alguns países de grande dimensão, como a França e a Alemanha. Noutros países, como por exemplo na Polónia e na Eslovénia, os centros de cuidados de saúde mental em regime ambulatorio desempenham um papel importante na prestação de cuidados.

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

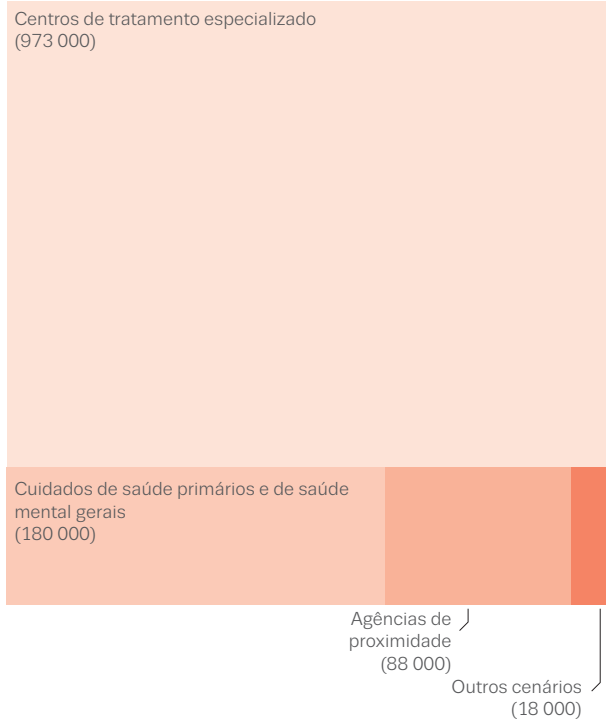
Acesso ao tratamento da toxicodependência: a autorreferenciação é a via mais comum

Estima-se que 1,2 milhões de pessoas tenham recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na União Europeia em 2017 (1,5 milhões, incluindo a Noruega e a

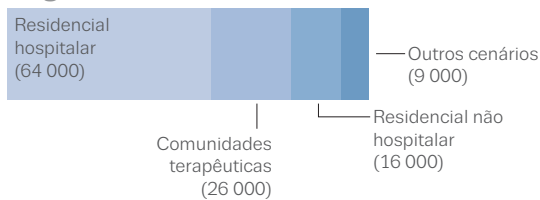
FIGURA 3.3

Número de utentes consumidores de drogas que receberam tratamento na Europa, em 2017, por tipo de cenário de intervenção

Regime ambulatório



Regime de internamento



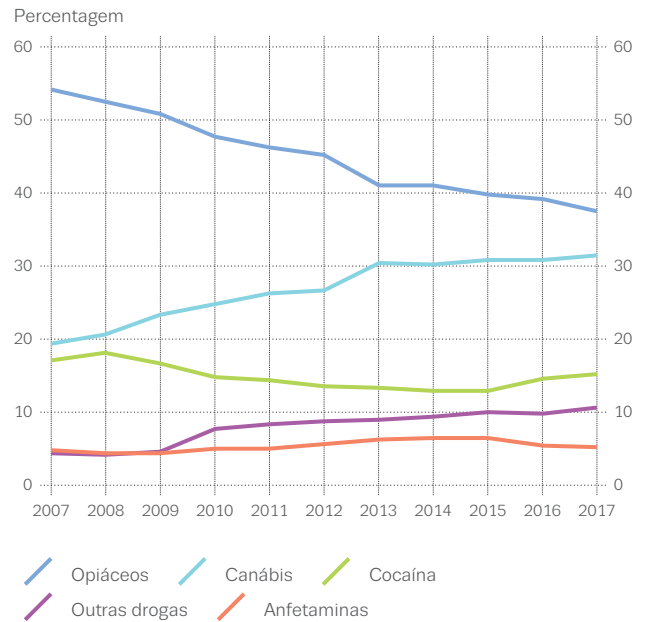
Estabelecimentos prisionais



Turquia). A autorreferenciação continua a ser a via mais comum para o tratamento especializado da toxicodependência. Pode incluir a referenciação por familiares ou amigos e abrangeu mais de metade (54 %) dos utentes que iniciaram tratamento especializado da toxicodependência na Europa em 2017. Cerca de 17 % dos utentes foram referenciados pelo sistema de justiça penal, enquanto 15 % foram referenciados por serviços de saúde, educativos e sociais, incluindo outros centros de tratamento da toxicodependência. Alguns países dispõem de mecanismos que têm por objetivo afastar os toxicodependentes do sistema de justiça penal e integrá-los em programas de tratamento. Pode aplicar-se uma ordem judicial de tratamento ou uma pena suspensa condicionada ao tratamento.

FIGURA 3.4

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

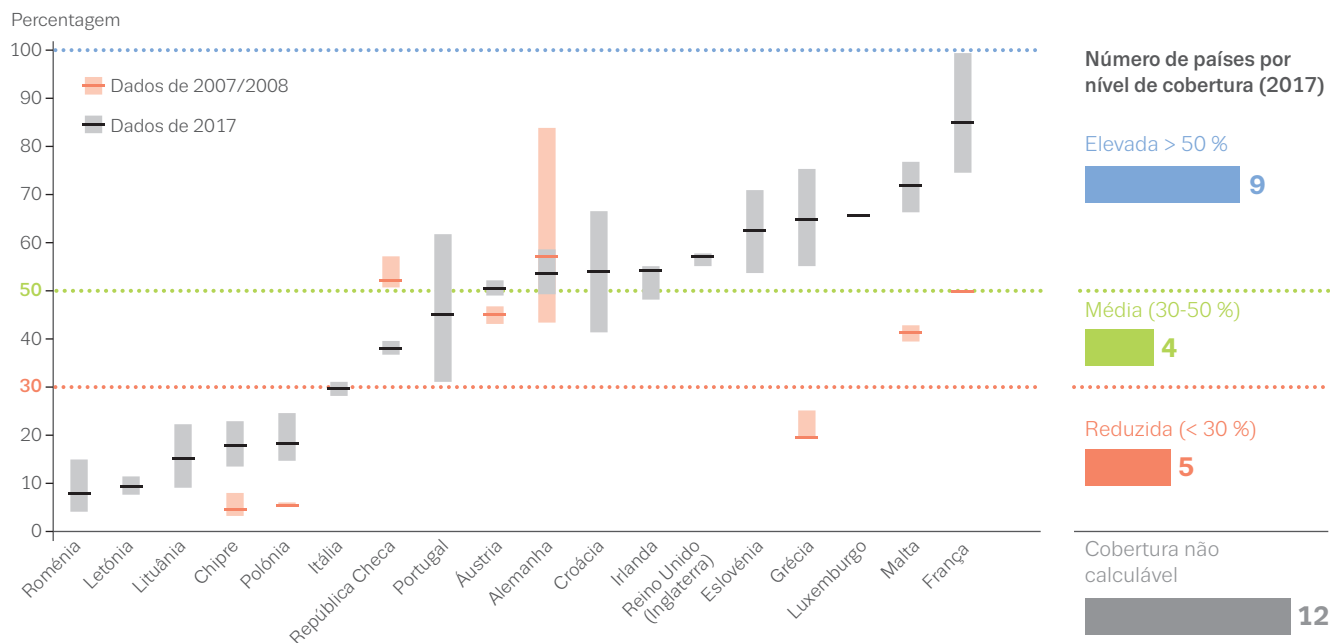


Em 2017, em países com mais de 100 pessoas referenciadas para tratamento através do sistema de justiça penal, a percentagem de utentes que iniciam tratamento por esta via oscila entre menos de 5 % na República Checa, Grécia, Países Baixos e Polónia e cerca de 70 % na Hungria. De um modo geral, os consumidores de canábis como droga principal são os que apresentam a maior probabilidade de referenciação para tratamento pelo sistema de justiça penal, ao passo que os consumidores de opiáceos como droga principal são os que apresentam a menor probabilidade neste âmbito.

Os percursos dos utentes durante o tratamento são frequentemente caracterizados pela utilização de diferentes serviços, vários internamentos e períodos de internamento variáveis. Os consumidores de opiáceos representam o maior grupo a iniciar e em tratamento especializado na Europa e beneficiam da maior parte dos recursos de tratamento disponíveis, sobretudo sob a forma de tratamentos de substituição. Os consumidores de canábis e cocaína correspondem ao segundo e ao terceiro maior grupo de consumidores a iniciar tratamento (Figura 3.4). Os serviços oferecidos a esses utentes são frequentemente mais diversificados, mas, normalmente, baseiam-se numa forma de intervenção psicossocial. Os resultados de uma análise de dados relativos aos tratamentos realizados em 10 países europeus entre 2014 e 2017 fornecem uma perspetiva dos percursos de tratamento. Dos 300 000 utentes referidos como estando em tratamento nestes países, mais de metade estava em tratamento contínuo há mais de um ano, tendo muitos deles problemas relacionados com o consumo de

FIGURA 3.5

Cobertura do tratamento de substituição de opiáceos (percentagem estimada de consumidores de opiáceos de alto risco que recebem a intervenção) em 2017 ou ano mais recente e em 2007/2008



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

opiáceos, em particular a heroína. Os restantes tinham entrado em tratamento nesse ano. Desses, 16 % iniciaram tratamento pela primeira vez, ao passo que 28 % repetiram o tratamento, tendo recebido tratamento num ano anterior. Estes dados refletem a natureza recorrente e prolongada de muitos distúrbios relacionados com drogas.

Tratamento de substituição de opiáceos: níveis de cobertura variáveis

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

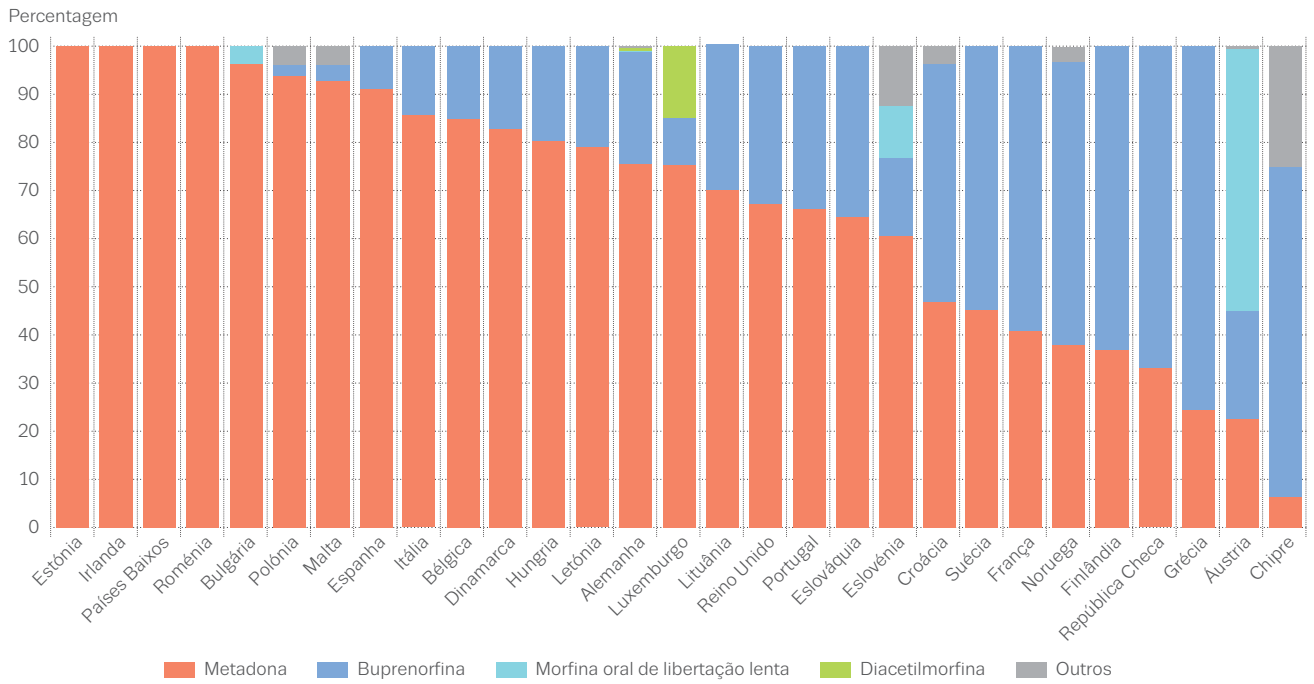
Estima-se que 654 000 consumidores de opiáceos tenham recebido tratamento de substituição na União Europeia (662 000, se incluirmos a Noruega) em 2017. Após um declínio contínuo entre 2010 e 2015, o total de 2017 na UE representa um aumento de 4 % em relação ao ano anterior. Entre 2015 e 2017, foram observadas subidas em 17 países, incluindo a Suécia (21 %), a Roménia (21 %) e a Itália (16 %), ao passo que se registaram descidas recentes em 9 países, incluindo a Lituânia (18 %) e Chipre (17 %).

Uma comparação com as estimativas atuais do número de consumidores de opiáceos de alto risco na Europa sugere que, no geral, cerca de metade recebeu tratamento de substituição, mas existem diferenças na cobertura de país para país (Figura 3.5) e alguns permanecem abaixo dos níveis recomendados. Em termos gerais, considerando os países em que os dados de 2007 ou 2008 estão disponíveis para comparação, verificou-se um aumento na cobertura.

A metadona é o medicamento de substituição de opiáceos mais receitado, sendo administrado a quase dois terços (63 %) dos utentes em tratamentos de substituição na Europa. Outros 34 % são tratados com medicamentos à base de buprenorfina, que é a principal substância utilizada no tratamento de substituição em oito países (Figura 3.6). Outras substâncias, tais como a morfina ou a diacetilmorfina (heroína) de libertação lenta, são mais raramente receitadas e a sua administração limita-se a cerca de 3 % dos utentes em tratamentos de substituição na Europa. A coorte de utentes em tratamento de substituição na Europa está a envelhecer, constatando-se que a maioria dos utentes tem agora mais de 40 anos de idade e normalmente recebe tratamento durante mais de dois anos. Em toda a Europa estão disponíveis opções de tratamento alternativo para os consumidores de opiáceos, mas são utilizadas com menor frequência. Nos onze países para os quais existem dados disponíveis, entre 2 % e 17 % de todos os consumidores de opiáceos em tratamento foram objeto de intervenções que não envolveram a substituição dos opiáceos.

FIGURA 3.6

Percentagem de utentes a receber diferentes tipos de medicamentos de substituição dos opiáceos prescritos nos países europeus



Nota: Nos Países Baixos, cerca de 10 % dos utentes a receber metadona também recebem diacetilmorfina. Na Finlândia, a buprenorfina é administrada isoladamente ou em combinação com naloxona. Os dados do Reino Unido referem-se apenas ao País de Gales.

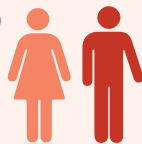
UTENTES EM TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO DE OPIÁCEOS

População

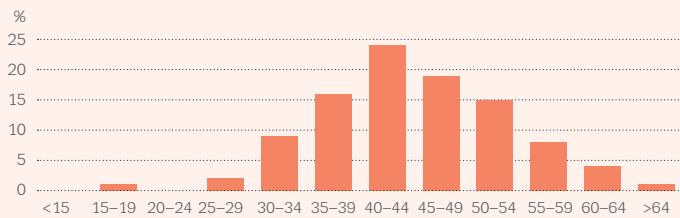
654 000 UE

662 000 UE + Noruega

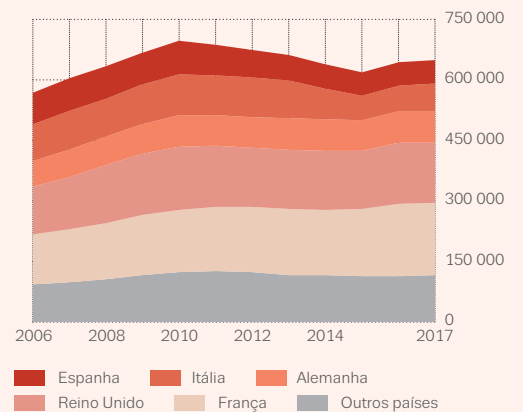
25% 75%



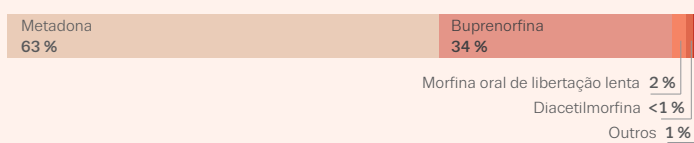
Distribuição etária



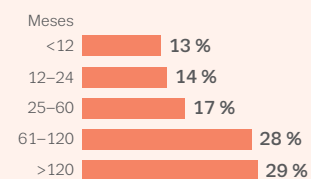
Tendências no número de tratamentos de substituição



Tipo de medicação



Duração do tratamento



Nota: Apenas os países com dados disponíveis para, pelo menos, 8 dos 11 anos estão incluídos nas tendências. Os valores em falta foram interpolados a partir dos anos adjacentes.

FIGURA 3.7

Responder aos problemas da droga: despesas e mecanismos de implementação

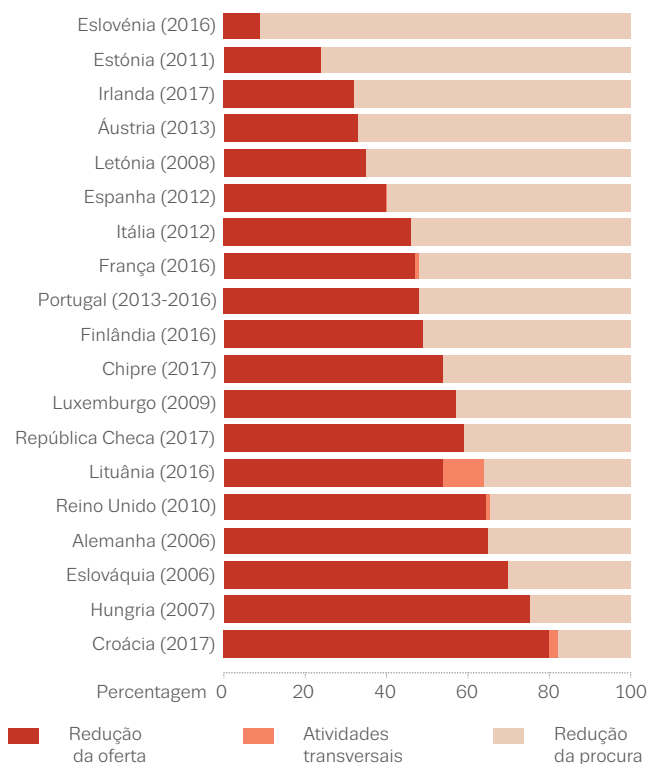
Compreender os custos associados às ações relacionadas com a droga é um aspeto importante para o desenvolvimento e avaliação das políticas. Contudo, as informações disponíveis sobre a despesa pública relacionada com a droga na Europa, tanto a nível local como a nível nacional, continuam a ser escassas e heterogêneas. Na última década, 26 países produziram estimativas quanto à despesa pública relacionada com a droga. As estimativas têm âmbitos diversos e variam entre 0,01 % e 0,5 % do produto interno bruto (PIB), com cerca de metade das estimativas no intervalo de 0,05 % a 0,2 % do PIB.

Entre 2006 e 2017, 19 países fizeram uma estimativa de gastos com iniciativas de redução da procura como parte da despesa total relacionada com a droga. Os resultados variam substancialmente entre países, com estimativas que oscilam entre os 8 % e os 80 % (Figura 3.7). Onde se dispõe dessa informação, a despesa com os tratamentos da toxicodependência representa uma grande percentagem da despesa estimada com a redução da procura.

A aplicação bem-sucedida de programas requer atenção, nomeadamente, aos custos, normas e formação. As previsões de eficiência em termos de custos das intervenções de tratamento da toxicodependência podem apoiar a otimização da distribuição de recursos financeiros. Não obstante os custos com tratamentos em regime ambulatorio e medicamentos associados à farmacoterapia para a dependência de opiáceos, obtêm-se custos totais com a saúde mais baixos. Isto deve-se ao facto de as pessoas que recebem este tratamento recorrerem com menos frequência a serviços de custo elevado, como cuidados de emergência e internamento.

Um inquérito recente do EMCDDA concluiu que pelo menos 80 % dos países que forneceram dados publicaram algum tipo de diretrizes para apoiar a implementação de práticas de redução da procura e 60 % afirmam utilizar normas de qualidade. A existência de sistemas de acreditação que conjugam a autorização de prestação de serviços inserida em regimes com financiamento público e a implementação de normas de qualidade é referida por 70 % dos países. Além disso, a maioria dos países afirma ter formação profissional disponível (80 %). Os registos ou inventários estatísticos baseados em dados ou programas de boas práticas são menos comuns, mas existem num quarto dos países. De modo positivo, em comparação com anos anteriores, houve um aumento substancial na

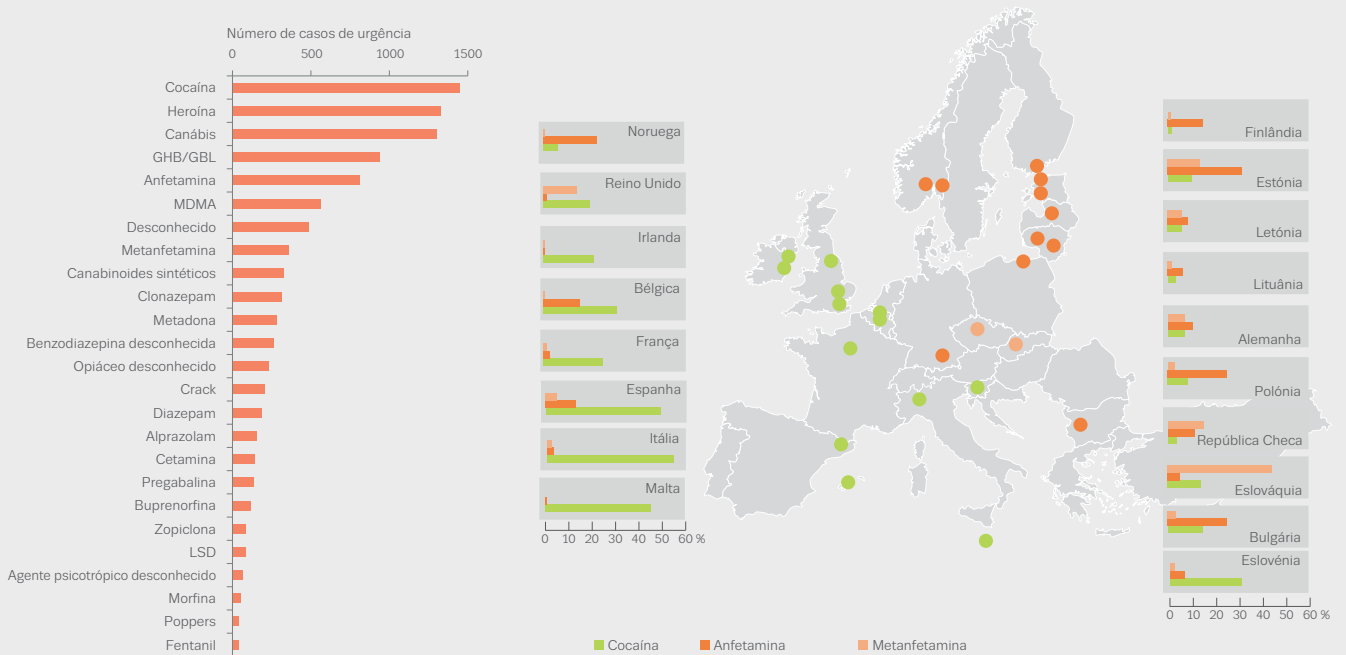
Despesa pública relacionada com a droga: repartição estimada entre a redução da procura e a redução da oferta



proporção de países que agora indicam ter estabelecido diretrizes e normas para as intervenções e instituíram algum tipo de sistema de acreditação para prestação de serviços. De um modo geral, afigura-se que as oportunidades formativas para profissionais da área das drogas estão a aumentar, ainda que se trate de um domínio em que, reconhecidamente, seria benéfico ter mais investimento.

FIGURA 3.8

Vinte e cinco principais drogas notificadas nas urgências de hospitais «sentinela» em 2017 (à esquerda) e frequência dos casos de urgência por consumo de cocaína e anfetaminas (em percentagem de casos), por país (à direita)



Nota: Resultados de 7267 casos de urgência atendidos em 26 hospitais («sentinela») monitorizados pela Euro-DEN Plus em 18 países europeus. Fonte: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Danos graves relacionados com drogas: mais casos relacionados com a cocaína e menos casos relacionados com a heroína

Os dados relativos às emergências hospitalares podem fornecer informações sobre os danos graves relacionados com drogas e o impacto do consumo de drogas na saúde pública na Europa. Os casos de intoxicações agudas relacionadas com drogas em 26 hospitais («sentinela») em 18 países europeus são monitorizados pela Euro-DEN Plus, a rede europeia de emergências relacionadas com a droga. Em 2017, os hospitais registaram 7267 casos de urgência, sendo a maioria dos utentes do sexo masculino (76 %). Quase três quartos dos casos chegaram ao hospital por ambulância e a maioria (78 %) teve alta hospitalar num prazo de 12 horas. Uma pequena minoria teve, no entanto, de ser internada nos cuidados intensivos (6 %) ou na unidade de psiquiatria (4 %). Entre os casos incluídos na amostra, foram registadas 30 mortes em hospital, 17 das quais relacionadas com o consumo de opiáceos.

A cocaína foi a substância mais frequentemente envolvida nestes casos em 2017, seguida da heroína e da canábis (Figura 3.8). Quase um quarto dos casos envolvia o consumo indevido de medicamentos sujeitos a receita médica ou de venda livre (geralmente benzodiazepinas e opiáceos), mais de 10 % estavam associados ao

consumo de GHB/GBL e 4 % envolviam substâncias psicoativas novas.

As diferenças nas drogas envolvidas nos casos de emergência entre locais parecem refletir variações entre a área de influência do hospital e os padrões locais de consumo. Por exemplo, emergências com metanfetaminas foram mais comuns nas regiões norte e leste da Europa, ao passo que casos relacionados com cocaína foram predominantes na Europa Meridional e Ocidental.

FIGURA 3.9

A tendência global para os 15 centros que forneceram dados para o período de 2014-2017 revela um decréscimo no número de casos relacionados com o consumo de heroína e um aumento nos casos de consumo de cocaína em pó e cocaína-crack (Figura 3.9). Durante o mesmo período, houve um decréscimo geral dos casos relacionados com catinonas sintéticas e um aumento de casos relacionados com canabinoides sintéticos.

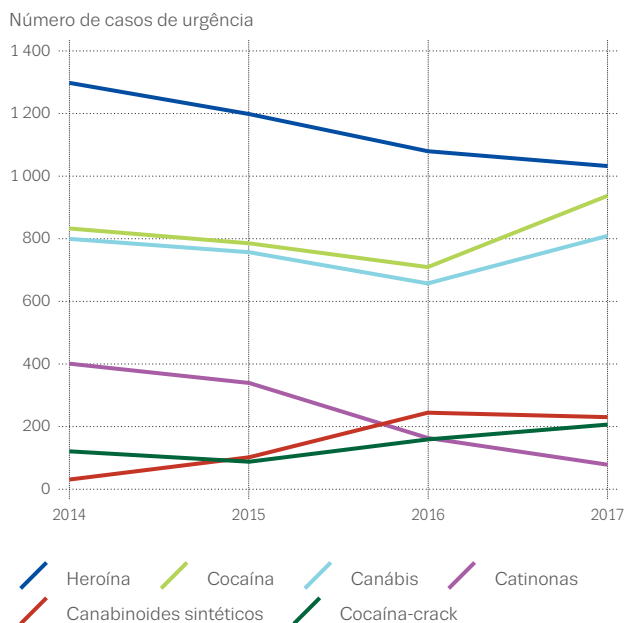
Apenas um número reduzido de países monitoriza as emergências hospitalares relacionadas com drogas a nível nacional. Entre estes países, a República Checa, a Dinamarca, a Lituânia e a Eslovénia assinalaram uma tendência decrescente em emergências relacionadas com o consumo de heroína. Entre 2013 e 2017, a Dinamarca comunicou um aumento em intoxicações relacionadas com opiáceos que não a heroína e a metadona e o dobro do número de intoxicações relacionadas com o consumo de cocaína. Em Espanha, a cocaína esteve presente em quase metade das emergências relacionadas com drogas registadas em 2016, ao passo que as regiões «sentinela» nos Países Baixos que forneceram dados observaram um decréscimo em emergências relacionadas com MDMA e o estimulante 4-fluoroanfetamina (4-FA) em postos de primeiros socorros entre 2016 e 2017. Quase um terço das chamadas de emergência relacionadas com drogas nos Países Baixos esteve associado ao consumo de GHB.

Cocaína e «crack»: respostas em matéria de saúde

Há intervenções disponíveis para tratar pessoas que consomem cocaína e crack. Na Europa, estas medidas tendem a centrar-se em intervenções psicossociais, incluindo terapia cognitivo-comportamental, entrevistas motivacionais, intervenções breves, gestão de contingências e farmacoterapia sintomática. Outras opções de tratamento atualmente a ser exploradas incluem o recurso a medicamentos estimulantes, como o modafinilo e lisdexanfetamina, para diminuir o desejo de consumir e os sintomas de desabituação física, e uma vacina contra a cocaína para reduzir os efeitos de euforia e prazer desta substância.

Atualmente, a base de evidências para confirmar a eficácia de opções de tratamento para problemas relacionados com o consumo de cocaína é ainda relativamente frágil, sendo este um domínio em que é necessário realizar mais investigação e desenvolvimento. Proporcionalmente, há uma disponibilidade limitada de programas especializados direcionados especificamente a consumidores de cocaína na Europa. Contudo, em resposta ao aumento do número de doentes que procuram tratamento para problemas relacionados com a cocaína, alguns países referem

Tendências no número de casos atendidos em hospitais «sentinela» relacionados com determinadas drogas



Nota: Dados dos 15 hospitais «sentinela» monitorizados pela Euro-DEN Plus que forneceram dados todos os anos de 2014 a 2017.
Fonte: Euro-DEN Plus.

o desenvolvimento de intervenções adaptadas. Estas incluem programas que conjugam abordagens de reforço comunitárias e gestão de contingências (Bélgica) e a adaptação dos horários de funcionamento às necessidades dos utentes consumidores de cocaína (Luxemburgo, Áustria).

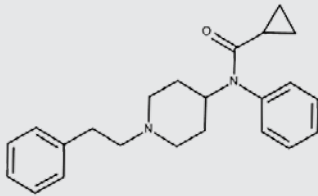
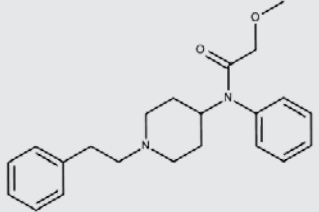
Intervenções de redução de danos para consumidores de cocaína e crack, que visam riscos para a saúde relacionados com o consumo de cocaína injetável ou crack fumado e comportamentos sexuais de risco, estão também disponíveis em alguns países. É o caso, por exemplo, de salas de consumo vigiado na Dinamarca, Alemanha, França, Luxemburgo e Países Baixos e o fornecimento de kits para o consumo de cocaína-crack (cachimbos e filtros em França e Portugal). Existem serviços de «drug checking» em alguns países da UE, com o objetivo de reduzir os riscos associados à cocaína com elevado grau de pureza ou adulterada.

Investigações conjuntas e avaliação de riscos

Em 2017, os riscos colocados por nove substâncias psicoativas novas, incluindo cinco derivados do fentanilo (acrilofentanilo, furanilfentanilo, 4-fluoro-isobutirilfentanilo, tetrahydro-furanilfentanilo e carfentanilo), foram submetidos a uma avaliação de riscos formal por parte do Comité Científico do EMCDDA. Desde então, têm sido controlados a nível internacional, nos termos da Convenção das Nações Unidas de 1961.

No seguimento das investigações conjuntas do EMCDDA e da Europol levadas a cabo em 2017 sobre o ciclopropilfentanilo e o metoxiacetilfentanilo, estes dois derivados do fentanilo, associados a mais de 90 mortes, foram submetidos a uma avaliação de riscos formal por parte do EMCDDA em 2018 (Quadro 1). Com base nas conclusões dos relatórios das avaliações de riscos e por iniciativa da Comissão Europeia, o Conselho da União Europeia e o Parlamento Europeu decidiram submeter estas duas substâncias a medidas de controlo por toda a Europa.

Quadro 1. Principais conclusões das avaliações de riscos de dois derivados do fentanilo realizadas em 2018

Denominação comum	Ciclopropilfentanilo	Metoxiacetilfentanilo
Denominação química	<i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]ciclopropanocarboxamida	2-metoxi- <i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]acetamida
Estrutura química		
Notificação formal através do mecanismo de alerta rápido da UE	4 de agosto de 2017	9 de dezembro de 2016
Notificações de mortes associadas ao consumo	78	13
Número de países onde ocorreram mortes associadas à substância	3	4
Número de apreensões por autoridades de aplicação da lei	144	48
Número de países onde foi feita a apreensão (UE, Turquia e Noruega)	6	10
Quantidade total apreendida	1,76 kg na forma de pó 772 ml na forma de líquido 329 comprimidos	180 g na forma de pó 352 ml na forma de líquido 119 comprimidos

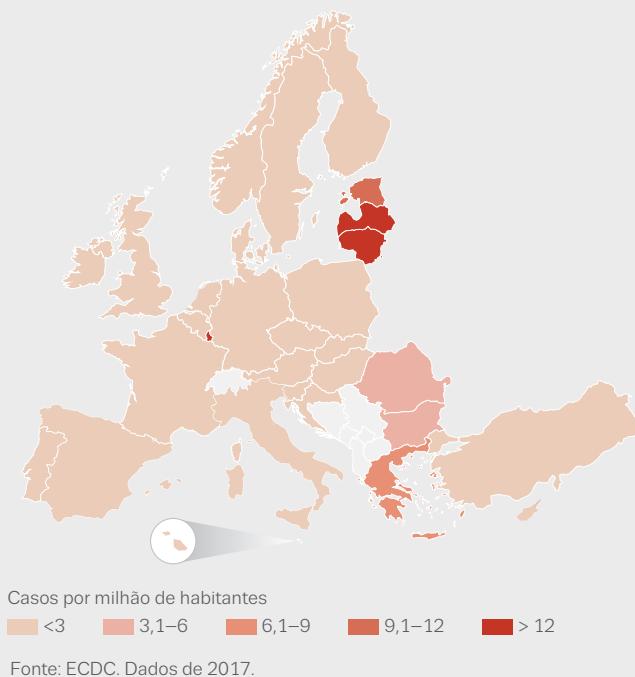
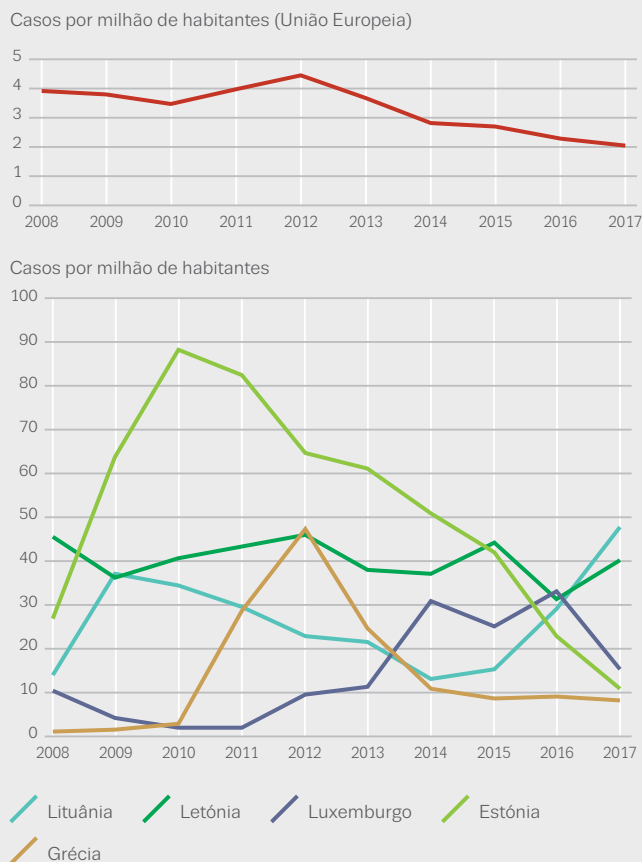
Drogas novas: opiáceos sintéticos de elevada potência

Novas substâncias psicoativas, incluindo opiáceos sintéticos, canabinoides sintéticos e catinonas sintéticas, continuam a estar associadas a mortes e intoxicações agudas na Europa e, apesar do leque de novas medidas introduzidas nesta área, continuam a representar um desafio para os atuais modelos de políticas em matéria de drogas.

Embora representem apenas uma pequena parcela do mercado de droga europeu, os novos opiáceos constituem uma séria ameaça para a saúde individual e pública. Os

derivados do fentanilo são particularmente preocupantes e correspondem à maioria dos novos opiáceos notificados ao EMCDDA. Estas substâncias podem ser particularmente potentes, em que quantidades mínimas são capazes de provocar intoxicações potencialmente fatais, manifestando-se desde uma depressão respiratória rápida a grave. Os casos de overdose notificados incluem pessoas que acreditavam estar a comprar heroína, outras drogas ilícitas ou analgésicos. Além dos riscos agudos de overdose, em que o uso da naloxona pode ser indicado, os derivados do fentanilo são também indicados como tendo elevados riscos de consumo excessivo e potencial para causar dependência.

FIGURA 3.10

Diagnóstico de novos casos de VIH relacionados com o consumo de drogas injetáveis: tendências globais e específicas e dados mais recentes**Danos crónicos relacionados com drogas: surtos localizados de VIH, diagnósticos tardios**

Além dos riscos associados ao sexo desprotegido, as pessoas que consomem drogas, em particular as que as injetam, correm o risco de contrair doenças infecciosas como o vírus da hepatite C (VHC) e o vírus da imunodeficiência humana (VIH) através da partilha de equipamentos de consumo de droga. Consequentemente, a prevalência do VIH entre as pessoas que consomem drogas injetáveis é mais elevada do que na população geral.

Em 2017, foram notificados 1 046 novos diagnósticos estimados de VIH atribuíveis ao consumo de drogas injetáveis na União Europeia, sendo que 83 % dos indivíduos eram do sexo masculino, tinham na sua maioria mais de 35 anos e representavam 5 % de todos os diagnósticos de VIH cuja via de transmissão é conhecida. Esta percentagem manteve-se baixa e estável durante a última década. As notificações de novos casos de VIH entre pessoas que consomem drogas injetáveis decresceram na maioria dos países europeus entre 2008 e 2017 (Figura 3.10). Contudo, o consumo de drogas

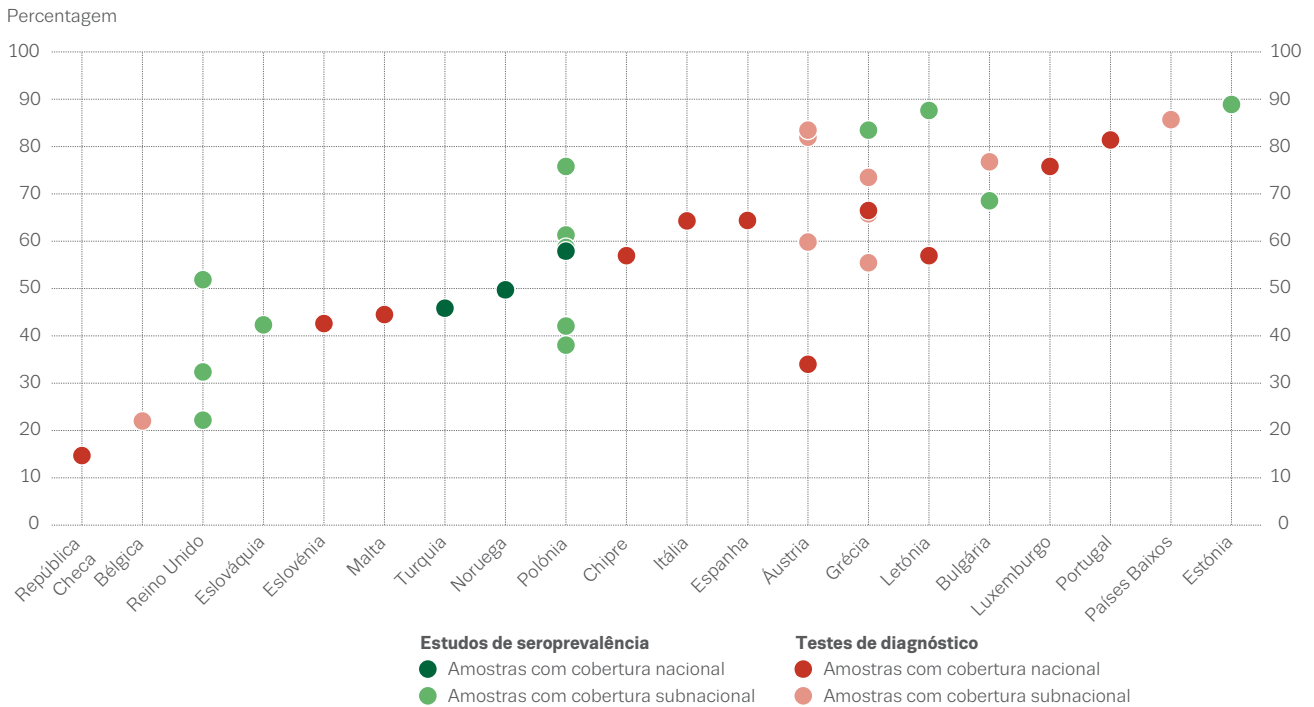
injetáveis continua a ser uma via de transmissão relevante em alguns países. Em 2017, de acordo com dados fornecidos ao Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, o consumo de drogas injetáveis foi relacionado com 62 % dos novos casos de VIH na Lituânia e 33 % na Letónia. Estudos de seroprevalência – baseados em amostras de sangue – feitos com pessoas que injetam drogas, realizados na Estónia, Letónia e Polónia entre 2016 e 2017, concluíram que mais de 10 % dos indivíduos testados eram seropositivos.

Foram documentados surtos localizados de VIH entre populações marginalizadas de consumidores de drogas injetáveis em Dublin (2014-2015), Luxemburgo (2014-2016), Munique (2015-2016) e Glasgow (2015-2018). Estes quatro surtos foram associados ao consumo injetado de estimulantes.

Em 2017, nos países com informação disponível, metade dos novos diagnósticos de VIH com origem no consumo de drogas injetáveis na União Europeia foi diagnosticada tarde, isto é, o vírus já tinha começado a comprometer o sistema imunitário. O diagnóstico tardio de VIH está associado a atrasos no início da terapia antirretroviral, bem como ao aumento da morbilidade e da mortalidade.

FIGURA 3.11

Prevalência de anticorpos do VHC entre os consumidores de drogas injetáveis: resultados dos estudos de seroprevalência (SP) e dos testes de diagnóstico (TD) com cobertura nacional e subnacional, 2016-2017



A política de «testar e tratar» para o VIH, em que a terapia antirretroviral é iniciada diretamente após um diagnóstico de VIH, pode resultar numa redução da transmissão e é especialmente importante nos grupos com comportamentos de risco mais elevado, como as pessoas que consomem drogas injetáveis. O diagnóstico precoce e a iniciação da terapia antirretroviral proporcionam às pessoas infetadas uma esperança de vida normal.

Em 2017, 14 % dos novos casos notificados de SIDA na União Europeia, para os quais a via de transmissão era conhecida, tiveram origem no consumo de drogas injetáveis. Estas 379 comunicações relacionadas com o consumo de drogas injetáveis representam menos de um quarto do número comunicado há uma década.

Prevalência do VHC: variação nas tendências nacionais

A hepatite viral e, em especial, a infeção causada pelo vírus da hepatite C (VHC) têm uma elevada prevalência entre os consumidores de drogas injetáveis de toda a Europa. Em cada 100 pessoas infetadas com o VHC, 75 a 80 desenvolvem uma infeção crónica. Este facto tem consequências importantes a longo prazo, na medida em que a infeção pelo VHC, frequentemente agravada pelo consumo excessivo de álcool, levará ao aumento do número de mortes e de casos de doenças hepáticas

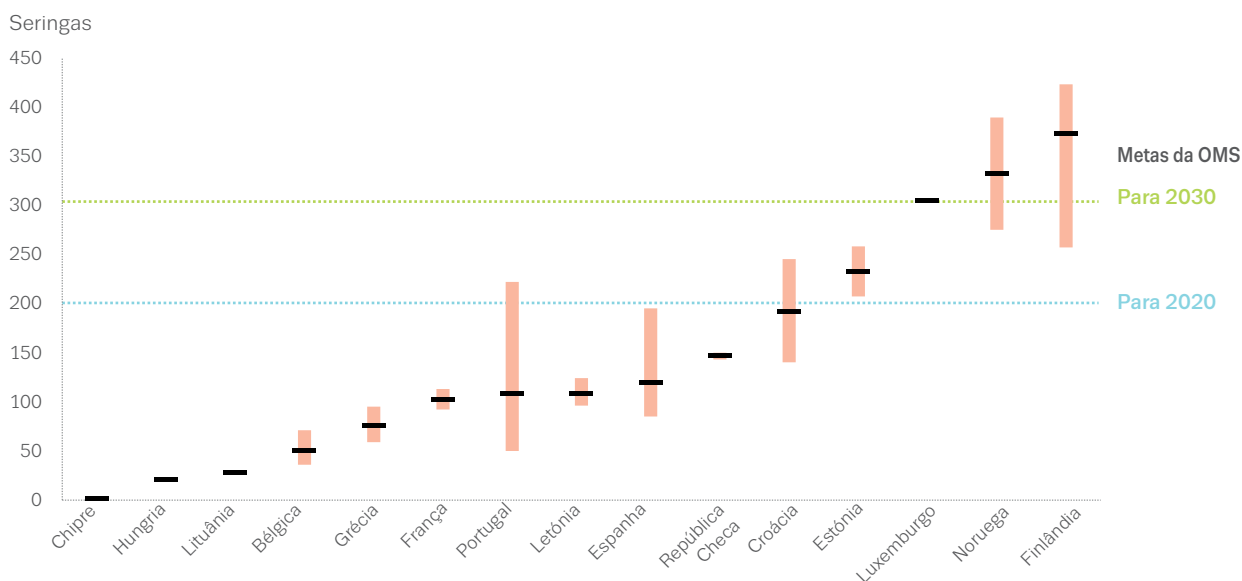
graves, incluindo cirrose e cancro do fígado, no grupo envelhecido de consumidores de alto risco.

A prevalência de anticorpos do VHC entre pessoas que consomem drogas injetáveis, indicativos de infeção presente ou passada, é estimada a partir de estudos de seroprevalência ou testes de diagnóstico de rotina disponibilizados em serviços de combate à toxicod dependência. Em 2016-2017, a prevalência de anticorpos do VHC nas amostras nacionais de consumidores de droga injetada variava entre 15 % e 82 %, tendo oito dos catorze países que notificaram dados nacionais apresentado taxas superiores a 50 % (Figura 3.11). Entre os países que dispõem de dados sobre as tendências nacionais registadas no período 2011-2017, observou-se um decréscimo da prevalência do VHC entre os consumidores de droga injetada em seis países, enquanto em três se observou um aumento.

Entre as pessoas que consomem drogas injetáveis, a infeção causada pelo vírus da hepatite B (VHB) é menos comum do que a infeção por VHC, mas continua a ser mais elevada do que na população geral, apesar da existência de uma vacina eficaz. A presença do antigénio de superfície do VHB indica a presença de uma infeção, que pode ser aguda ou crónica. Nos sete países que dispõem de dados a nível nacional relativos a 2016-2017, estima-se que entre 1 % e 9 % dos consumidores de

FIGURA 3.12

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



Nota: Dados apresentados como estimativas pontuais e intervalos de incerteza. Metas definidas na estratégia mundial do setor da saúde contra as hepatites virais para o período de 2016-2021 da OMS.

drogas injetáveis estejam atualmente infetados com o VHB.

O consumo de drogas injetáveis é um fator de risco para outras doenças infecciosas, tendo sido comunicados casos de hepatite A relacionados com o consumo de drogas na República Checa e na Alemanha, em 2016. No Reino Unido, o número de casos registados de infeção por estreptococos do grupo A relacionados com o consumo de drogas injetáveis aumentou desde 2013 e continua a haver registo de casos de botulismo das feridas na Europa.

Prevenção de doenças infecciosas: disponibilidade variável de medidas eficazes

Existe um leque de medidas recomendadas para reduzir a incidência de doenças infecciosas causadas pelo consumo de droga entre pessoas que injetam drogas. Entre elas, incluem-se a oferta de tratamentos de substituição de opiáceos, a distribuição de seringas e agulhas esterilizadas e outros equipamentos de injeção limpos, vacinas, análises e tratamentos para a hepatite viral e o VIH, assim como intervenções de promoção de saúde centradas na redução do consumo de drogas injetáveis e comportamentos sexuais de risco.

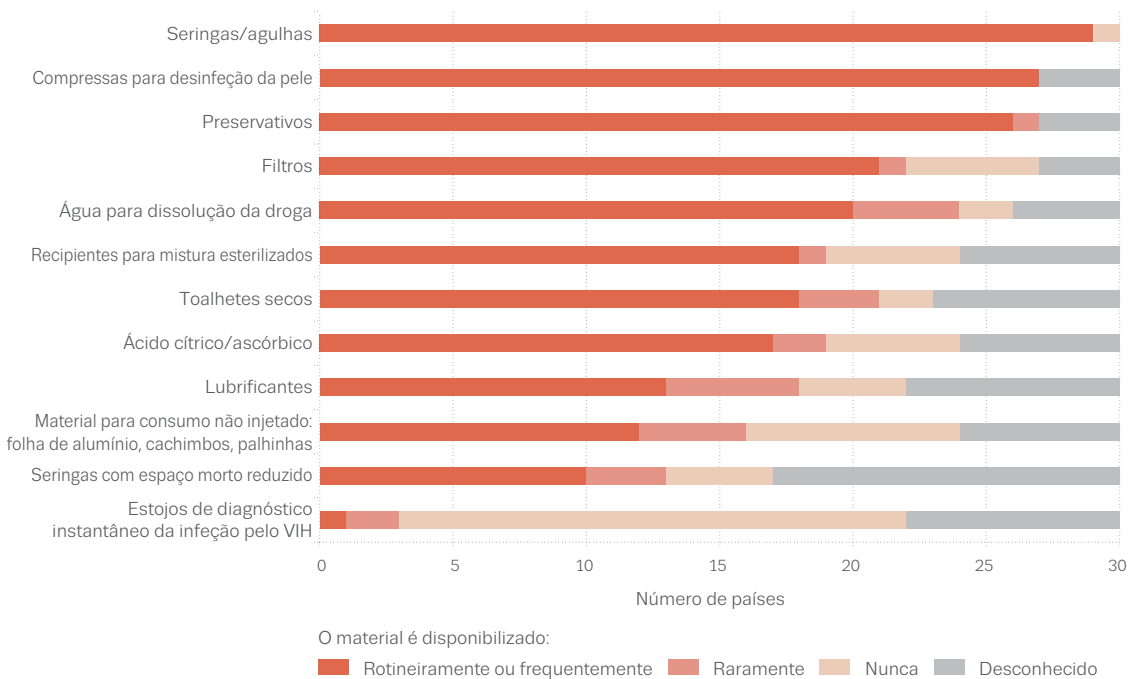
Os tratamentos de substituição reduzem significativamente o risco de infeção entre os consumidores de opiáceos injetáveis, com algumas das análises a indicar um aumento dos níveis de proteção quando a cobertura alargada do tratamento se combina

com uma vasta oferta de seringas. Os dados revelam que os programas de oferta de agulhas e seringas são eficazes na redução da transmissão do VIH entre consumidores de drogas injetáveis. Dos 30 países monitorizados pelo EMCDDA, todos, com exceção da Turquia, fornecem gratuitamente material de injeção esterilizado em centros especializados. Vinte e cinco países forneceram informações sobre a disponibilização de seringas através de programas especiais, o que, em termos globais, significa que a distribuição ascendeu a 53 milhões de seringas, nos dados mais recentes disponibilizados (em 2015/2017). Este valor está muito subestimado, uma vez que vários países de peso, como a Alemanha, a Itália e o Reino Unido, não comunicam todos os dados nacionais de que dispõem relativamente à disponibilização de seringas. Além disso, em alguns países, as seringas podem ser adquiridas nas farmácias. No entanto, parece haver uma grande flutuação na cobertura dos programas de distribuição de seringas nos 15 países com dados disponíveis, que impede uma comparação com estimativas recentes do número de utilizadores de drogas injetáveis (Figura 3.12).

Além de seringas e agulhas esterilizadas, são oferecidos de forma regular ou frequente toalhetes para desinfetar a pele, água para dissolver as drogas e recipientes limpos por serviços de redução de danos em muitos países (Figura 3.13), ao passo que acessórios não injetáveis, como folha de alumínio e cachimbos, são menos comuns. Os kits de diagnóstico instantâneo para o VIH podem ajudar as pessoas que injetam drogas a diagnosticar uma infeção numa fase inicial. Os kits podem ser comprados em farmácias num número crescente de países europeus

FIGURA 3.13

Disponibilidade de material para um comportamento mais seguro no consumo de drogas e para a redução de comportamentos sexuais de risco em 30 países europeus



Nota: Com base no parecer de peritos.

e, em alguns destes, são oferecidos por serviços de redução de danos.

Eliminação do VHC: aumentar o acesso a rastreios e ao tratamento

A Europa pretende eliminar a hepatite viral enquanto ameaça à saúde pública, em consonância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Proporcionar aos consumidores de drogas injetáveis maior acesso a medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento para o VHB e o VHC é fulcral para atingir este objetivo. Em 2018, 17 países da UE e a Noruega tinham estratégias ou planos de ação nacionais de combate à hepatite.

O rastreio do VHC é o ponto de entrada para o cuidado da hepatite e para o tratamento eficaz dos doentes analisados e desempenha um papel crucial na prevenção da transmissão. Existem obstáculos ao rastreio e à aceitação de tratamentos a nível do sistema, dos prestadores de serviços e dos utentes, que podem incluir fatores como limitações financeiras, falta de conhecimento sobre tratamentos do VHC e o estigma e a marginalização dos consumidores de droga. São necessários métodos inovadores para superar esses desafios, e as agências de combate à toxicod dependência a nível comunitário são fundamentais para fornecer aos utilizadores de drogas injetáveis testes e referência para tratamento.

As diretrizes especializadas europeias recomendam que o tratamento do VHC seja oferecido sem demora aos indivíduos que apresentem um risco elevado de transmitirem o vírus, o que inclui os reclusos e os consumidores ativos de drogas injetáveis. Novos regimes de tratamento por via oral com agentes antivirais de ação direta curam a infeção num prazo de 8 a 12 semanas em 95 % dos casos. Após a redução do preço destes medicamentos, o número de países europeus que oferecem agora acesso ilimitado a antivirais de ação direta a todos os grupos de pacientes e todos os genótipos do vírus, independentemente da fase da infeção, está a crescer.

Intervenções nas prisões: divergência na disponibilidade a nível nacional

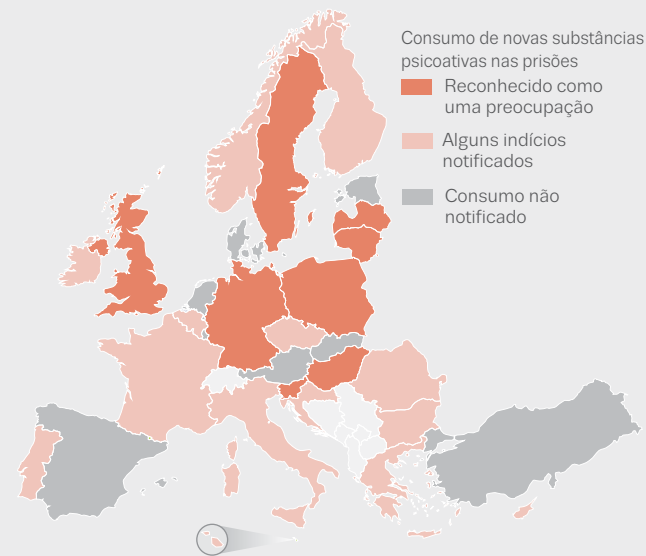
Entre os reclusos, registam-se taxas de consumo ao longo da vida mais elevadas e padrões mais nocivos de consumo de droga, incluindo as drogas injetáveis, do que entre a população em geral, tornando as prisões um local importante para intervenções relacionadas com a droga. Uma avaliação recente do EMCDDA identificou o consumo de novas substâncias psicoativas em estabelecimentos prisionais em 22 países (Figura 3.14), indicando os canabinoides sintéticos como o principal desafio. Novas substâncias psicoativas foram relacionadas com um amplo leque de danos físicos e mentais, seja devido a intoxicações agudas ou ao consumo crónico. Na Letónia, o consumo de opiáceos sintéticos novos na prisão foi associado a um aumento das overdoses, assim como do consumo injetado e da partilha de seringas.

Na maioria dos países, estão disponíveis nas prisões rastreios de doenças infecciosas (VIH, VHB, VHC e tuberculose), embora os mesmos possam estar limitados apenas à sua realização à entrada na prisão ou a indivíduos sintomáticos. Há 24 países a oferecer tratamento da hepatite C, mas apenas em cinco o tratamento é recebido por mais de 60 % das pessoas que dele precisam. A existência de programas de vacinação contra a hepatite B foi referida em 16 países. A oferta de material para injeção limpo é menos comum, com três países a registar a implementação de programas de troca de seringas neste contexto. Uma análise da prevalência do VIH e do VHC entre consumidores de drogas injetáveis de 17 países europeus, no período entre 2006 e 2017, detetou taxas significativamente mais elevadas de VIH e VHC entre indivíduos com um historial de encarceramento.

A cobertura das intervenções de tratamento disponibilizadas aos reclusos varia consideravelmente de país para país, mas pode incluir a desintoxicação, o aconselhamento individual e em grupo, o tratamento em comunidades terapêuticas e em unidades de internamento especializadas. Alguns países europeus criaram parcerias interagências, entre os serviços de saúde prisionais e os prestadores de serviços na comunidade, tendo em vista facilitar a realização de intervenções de educação para a saúde e de tratamento nas prisões, bem como assegurar a continuidade dos cuidados de saúde à entrada e à saída da prisão. Todos os países declaram preparar os reclusos para a saída da prisão, incluindo a reintegração social. Em cinco países, foram comunicados programas para prevenir o risco de overdose, o qual é particularmente elevado entre os consumidores de opiáceos injetáveis no período após

FIGURA 3.14

Consumo de novas substâncias psicoativas entre a população prisional



Nota: Com base em relatórios de peritos nacionais.

a saída da prisão, que incluem formação para o reconhecimento de sinais e resposta a uma overdose e a disponibilização de naloxona após a saída da prisão.

Em 2017, 28 países indicavam permitir a oferta de tratamentos de substituição de opiáceos nas prisões; no entanto, a cobertura é frequentemente limitada. Os tratamentos de substituição de opiáceos podem ser iniciados na prisão em 24 países e, em cinco, só podem ser continuados caso o tratamento tenha sido iniciado na comunidade.

Entre os reclusos, registam-se taxas de consumo ao longo da vida mais elevadas e padrões mais nocivos de consumo de droga

«Overdose»: uma das principais causas de morte entre consumidores de droga de alto risco

O consumo de drogas é reconhecidamente uma das causas de morte evitáveis entre adultos europeus. De um modo geral, na Europa, os consumidores de opiáceos correm um risco 5 a 10 vezes maior de morrer do que os seus pares da mesma idade e do mesmo sexo. A importância de reduzir a mortalidade relacionada com overdoses entre os consumidores de opiáceos é amplamente reconhecida. Contudo, outras causas de morte relacionadas indiretamente com o consumo de drogas, como infeções, acidentes, atos de violência, incluindo homicídios, e o suicídio são também causas importantes de mortalidade neste grupo. As doenças hepáticas e pulmonares crónicas, bem como os problemas cardiovasculares, são frequentes e são atualmente responsáveis por uma percentagem cada vez maior de mortes entre os consumidores de drogas crónicos e mais velhos.

Os dados relativos a overdoses, sobretudo o total cumulativo europeu, devem ser interpretados com precaução. Isto por razões que incluem a omissão sistemática desses dados em alguns países, diferenças no modo como as análises toxicológicas são realizadas e a utilização de métodos de registo que podem atrasar as

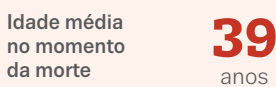
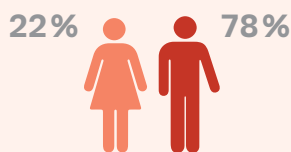
notificações. As estimativas anuais representam, por isso, um valor mínimo previsual.

Estima-se que, em 2017, tenham ocorrido na União Europeia, pelo menos, 8 238 mortes por overdose, envolvendo uma ou mais drogas ilícitas. Este valor ascende ao número estimado de 9461 mortes, se incluirmos a Noruega e a Turquia, o que representa uma situação estável em relação à estimativa revista de 9397 mortes em 2016. O total a nível da UE mantém-se também estável em comparação com 2016. Tal como nos anos anteriores, o Reino Unido (34 %) e a Alemanha (13 %) foram conjuntamente responsáveis por quase metade das mortes por overdose registadas na UE, Noruega e Turquia. Este valor deve ser interpretado tendo em conta a dimensão das populações de risco nesses países, mas também a omissão de dados em alguns países.

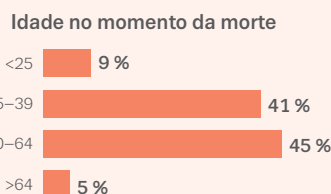
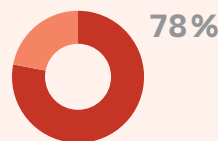
Mais de três quartos das pessoas que morreram por overdose eram do sexo masculino (78 %). A idade média no momento da morte continuou a aumentar, chegando aos 39,4 anos em 2017, sendo os homens dois anos mais novos do que as mulheres. Isto reflete o envelhecimento da população de consumidores de opiáceos na Europa, que corre maiores riscos de morte por overdose. Em alguns países, uma parte dos casos ligados a opiáceos pode estar relacionada com mortes que envolvem opiáceos num contexto de gestão da dor a longo prazo.

MORTES INDUZIDAS PELA DROGA

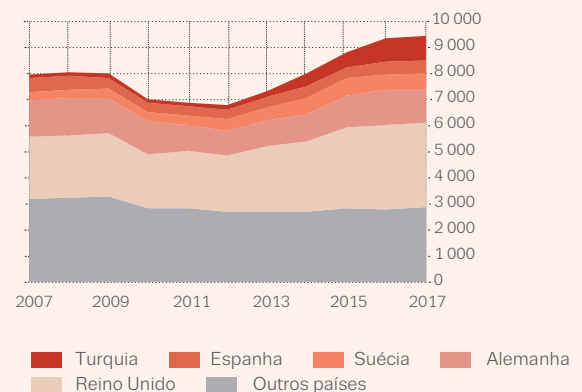
Características



Mortes com presença de opiáceos



Tendências nas mortes por overdose



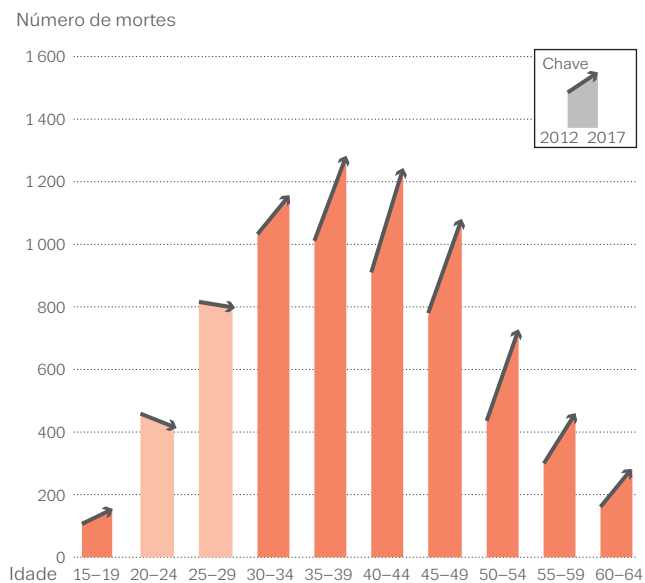
Número de mortes



Nota: Os dados referem-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega (UE + 2).

FIGURA 3.15

Número de mortes induzidas pela droga notificadas na União Europeia em 2012 e 2017, ou no ano mais recente, por faixa etária



Entre 2012 e 2017, verificou-se um aumento das mortes por overdose na União Europeia em todas as faixas etárias acima dos 30 anos (Figura 3.15). As mortes nos grupos etários acima dos 50 anos aumentaram 62 % no total, ao passo que as mortes nos grupos etários mais jovens se têm mantido estáveis, de um modo geral. Uma análise das

overdoses fatais apresentada pela Turquia em 2017 revela um perfil mais jovem do que a média da União Europeia, com uma idade média de 32 anos (Figura 3.16).

Mortalidade induzida pela droga: taxas acima da média registadas no norte da Europa

A taxa de mortalidade causada por overdoses na Europa, em 2017, é estimada em 22,6 mortes por milhão de habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos. A taxa entre os homens (35,8 casos em cada milhão) é quase o quádruplo da taxa entre as mulheres (9,3 casos em cada milhão). As taxas de mortalidade e as tendências a nível nacional variam consideravelmente (Figura 3.17) e são influenciadas por fatores como a prevalência e os padrões de consumo de drogas, em especial o consumo de opiáceos injetáveis, fatores de risco e de proteção, como a disponibilidade de tratamento, bem como pelas práticas nacionais em matéria de notificação, registo de informações e codificação de casos de overdose, incluindo níveis variáveis de omissões, nas bases de dados de mortalidade nacionais. De acordo com os últimos dados disponíveis, oito países do norte da Europa notificaram taxas superiores a 40 mortes por milhão de habitantes, sendo as mais elevadas notificadas pela Estónia (130 por milhão) e pela Suécia (92 por milhão) (Figura 3.17).

FIGURA 3.16

Distribuição das mortes induzidas pela droga notificadas em 2017, ou no ano mais recente, por faixa etária de 10 anos

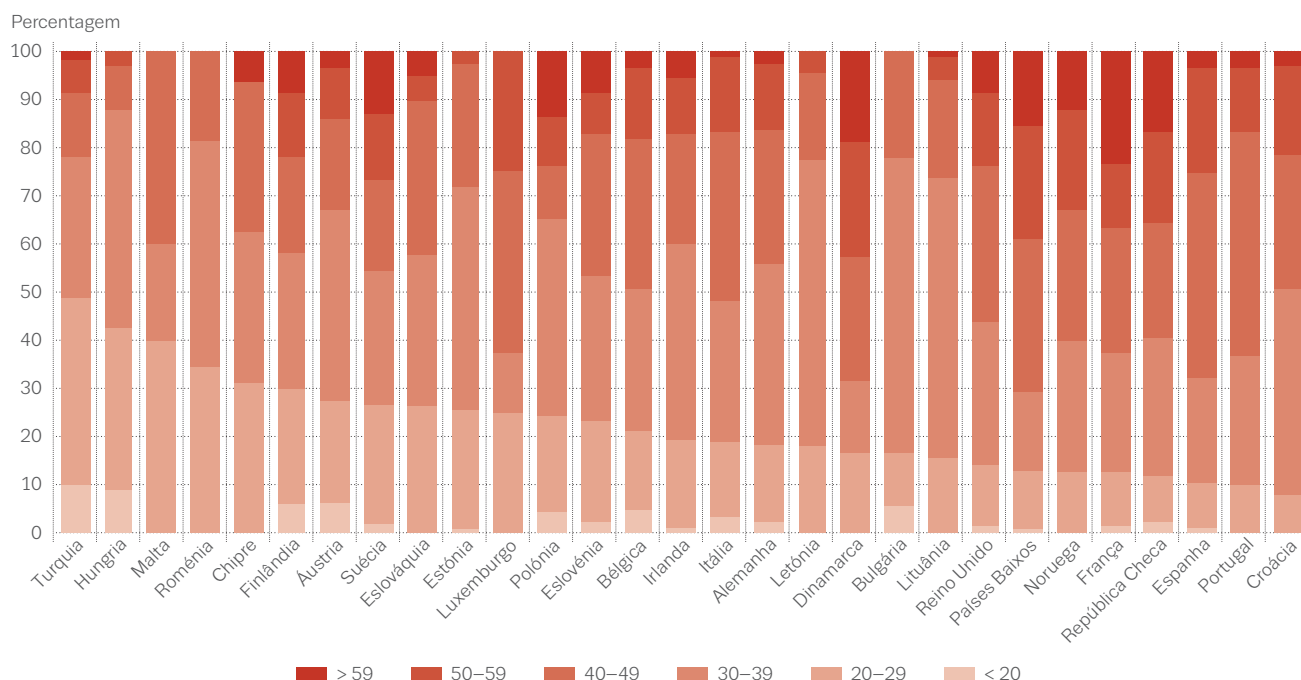
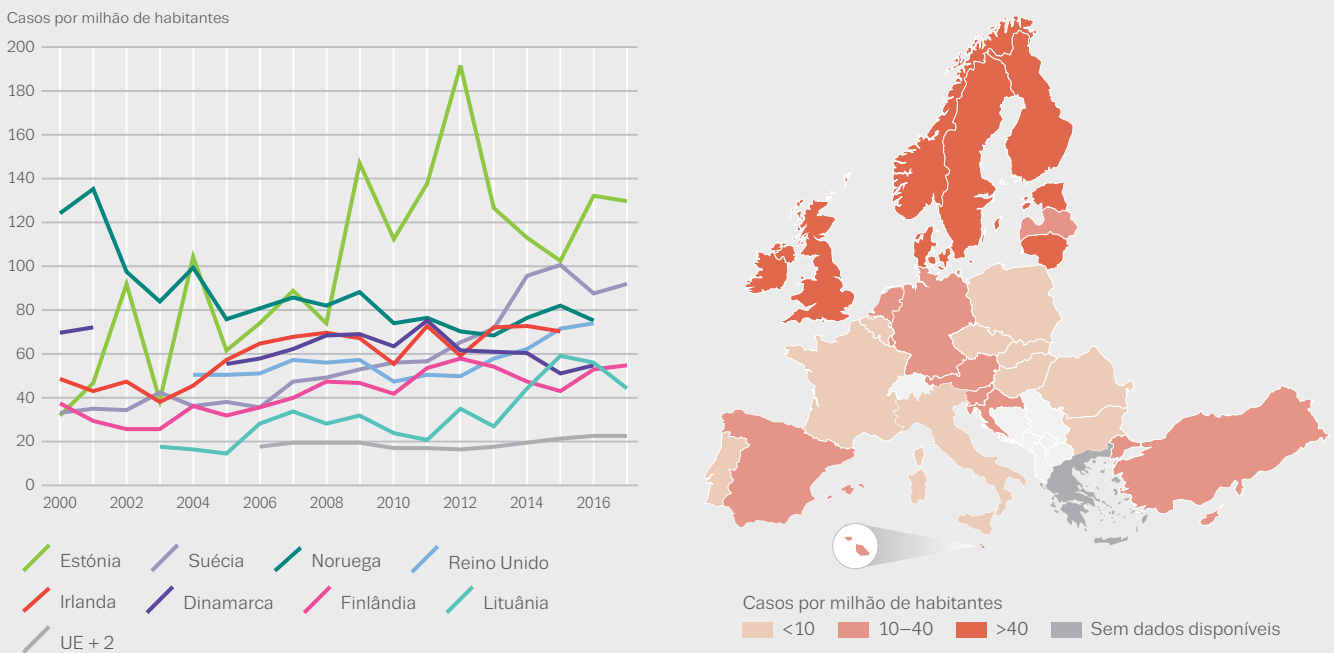


FIGURA 3.17

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



Nota: Tendências nos oito países que notificaram as taxas mais elevadas em 2017 ou 2016 e tendência global na Europa. UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega.

Overdoses fatais: a maioria das mortes envolve opiáceos

Os opiáceos, sobretudo a heroína ou os seus metabolitos, frequentemente em combinação com outras substâncias, estão presentes na maioria das overdoses fatais notificadas na Europa. Os dados mais recentes revelam um aumento do número de mortes relacionadas com opiáceos em alguns países europeus, nomeadamente no Reino Unido, onde 9 em cada 10 mortes (89 %) estão relacionadas com alguma forma de opiáceo.

Em França, a heroína esteve implicada em 26 % das mortes por overdose registadas em 2016, face a 15 % em 2012, enquanto a metadona esteve associada a mais de um terço (36 %) das mortes. Outros opiáceos são regularmente mencionados nos relatórios toxicológicos. Estas substâncias, principalmente a metadona, mas também a buprenorfina (Finlândia), o fentanilo e os seus derivados (particularmente na Estónia) e o tramadol, estão associadas a uma parte substancial das mortes por overdose verificadas em alguns países. O aumento das mortes por overdose registado na República Checa em 2017 deveu-se sobretudo a um crescimento em casos relacionados com substâncias semelhantes ao fentanilo, morfina e codeína, sendo que o aumento registado na Eslováquia envolveu sobretudo tramadol.

As substâncias estimulantes, como a cocaína, as anfetaminas, a MDMA e as catinonas, estão implicadas num menor número de mortes por overdose na Europa, apesar de a sua importância variar de país para país. Em França, um quinto das mortes envolveu cocaína e metade destas envolveu também opiáceos. Na Eslovénia, onde a maioria das mortes envolveu heroína, foi detetada cocaína em cerca de um terço dos casos. Em 2017, a Turquia assinalou 185 mortes por consumo de MDMA, um decréscimo relativamente a 2016.

A Turquia também comunicou um grande aumento no número de mortes relacionadas com os canabinoides sintéticos: de 137 casos em 2015 para 563 em 2017. Os canabinoides sintéticos estiveram presentes em 60 % de todas as mortes por consumo de droga registadas no país e a maioria dos casos envolveu jovens do sexo masculino na casa dos vinte anos de idade. Em mais de um quarto destes casos, também se detetou cânabís. No Reino Unido, em especial no caso da Escócia, registou-se um aumento no número de mortes por consumo de novas substâncias psicoativas relacionadas com as benzodiazepinas.

FIGURA 3.18

Abordagens cruciais para reduzir as mortes relacionadas com o consumo de opiáceos

Reduzir o número de overdoses fatais

Reduzir o risco de overdose

Reduzir a vulnerabilidade



Prevenção das overdoses e das mortes relacionadas com a droga: abordagens cruciais

A redução da morbilidade e da mortalidade das overdoses é um importante desafio para a saúde pública na Europa. Nesta área, uma resposta mais ampla em matéria de saúde pública tem como objetivo reduzir a vulnerabilidade entre os consumidores de drogas, especialmente ao remover obstáculos e tornar os serviços acessíveis, bem como capacitar os consumidores de drogas a correrem menos riscos (Figura 3.18). A avaliação dos riscos de overdose entre os indivíduos consumidores de droga e o aumento da consciencialização para a mesma, aliadas à oferta de um tratamento da toxicodpendência eficaz, ajuda a evitar a ocorrência de overdoses. Os períodos de elevado risco conhecido, como a saída da prisão e a alta ou desistência do tratamento, requerem especial atenção. As intervenções, tais como as salas de consumo assistido e os programas de administração domiciliar de naloxona, são respostas direcionadas, as quais têm como intuito aumentar a probabilidade de sobrevivência a uma overdose. A importância dos tratamentos de substituição de opiáceos para a redução da mortalidade ficou patente numa meta-análise de 2018 dos estudos feitos nesta área.

As salas de consumo assistido são espaços onde os consumidores de droga podem consumir em condições seguras e higiénicas. Esta intervenção tem por objetivo impedir a ocorrência de overdoses e assegurar apoio profissional em caso de overdose. As salas de consumo assistido oferecem também uma oportunidade de envolvimento com populações muitas vezes marginalizadas e de difícil acesso de consumidores e a

possibilidade de prestar aconselhamento e apoio sobre drogas e saúde no geral. Tipicamente, as salas de consumo assistido proporcionam um ponto de acesso e referência para outros serviços clínicos e sociais, incluindo serviços de tratamento por consumo de droga. Tem sido também defendido que, ao reduzir o consumo de droga em público, as salas contribuem para melhorar o ambiente social nas áreas onde isso acontece, por exemplo, em mercados de droga urbanos.

As salas individuais podem supervisionar um grande número de consumos – com algumas das salas maiores a registar 80 000 consumos por ano – que, de outro modo, teriam decorrido na rua ou noutros ambientes de risco. A primeira geração de salas de consumo vigiado nas décadas de 1980 e 1990 concentrava-se sobretudo na supervisão do consumo de heroína injetada. No entanto, atualmente, as salas podem também supervisionar pessoas que fumam ou inalam drogas. Na União Europeia e na Noruega, há salas de consumo assistido a operar em 51 cidades, num total de 72 salas em funcionamento.

Reverter a «overdose» por opiáceos: naloxona para consumo domiciliário

A naloxona é um medicamento antagonista dos opiáceos utilizado em departamentos de urgências hospitalares e por paramédicos para reverter uma overdose por opiáceos. Nos últimos anos, tem-se verificado uma expansão dos programas de administração domiciliária de naloxona, os quais fornecem formação para a resposta a uma overdose e disponibilizam o medicamento junto das pessoas suscetíveis de presenciar uma overdose por opiáceos.

Recentes revisões sistemáticas da eficácia dos programas de naloxona para consumo domiciliário revelaram que a oferta deste medicamento, combinada com intervenções educativas e formativas nesta matéria, reduz a mortalidade provocada por overdoses.

Em 2018, estavam em vigor programas comunitários de administração domiciliária de naloxona em 10 países europeus. Estes programas são geralmente dirigidos por serviços de combate à toxicodependência e saúde, à exceção de Itália, onde a naloxona é um medicamento de venda livre. Os reclusos estão incluídos nos programas de naloxona para consumo domiciliário na Estónia, na França, no Reino Unido e na Noruega.

**A redução da morbilidade
e da mortalidade das overdoses
é um importante desafio para
a saúde pública na Europa**

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

2017

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

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

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

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Publicações conjuntas do EMCDDA e do ECDC

2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

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

Anexo

Dados nacionais referentes a estimativas de prevalência do consumo de drogas, incluindo o consumo de opiáceos problemáticos, tratamentos de substituição, número total de indivíduos em tratamento, indivíduos a iniciar tratamento, consumo de drogas injetáveis, mortes induzidas pela droga, doenças infecciosas relacionadas com drogas, distribuição de seringas e apreensões. Os dados são extraídos, e constituem um subconjunto, do **Boletim Estatístico 2019** do EMCDDA, onde também estão disponíveis notas e metadados. Estão indicados os anos a que os dados se referem.

QUADRO A1

OPIÁCEOS

País	Estimativa do consumo de opiáceos de alto risco		Utentes que iniciam tratamento durante o ano						Utentes em tratamento de substituição
			Utentes consumidores de opiáceos, em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de opiáceos injetados (principal via de administração)			
			Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	
Ano da estimativa	Casos por cada 1000	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	Total	
Bélgica	–	–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgária	–	–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
República Checa	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Dinamarca	–	–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Alemanha (¹)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Estónia	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irlanda	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Grécia	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Espanha	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
França	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Croácia	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Itália	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Chipre	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Letónia	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Lituânia	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luxemburgo	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Hungria	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
Países Baixos	2012	1,1-1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	5 241
Áustria	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Polónia	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugal	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Roménia	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Eslovénia	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Eslováquia	–	–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finlândia	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Suécia (²)	–	–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Reino Unido (³)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Turquia	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Noruega (⁴)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
União Europeia	–	–	35,1 (163 557)	16,6 (28 845)	47,9 (129 944)	29,1 (38 450)	20,8 (4 988)	31,3 (32 839)	654 086
UE, Turquia e Noruega	–	–	35,4 (171 347)	17,4 (31 598)	48,2 (134 982)	29,0 (40 308)	20,5 (5 425)	31,4 (34 260)	661 708

Os dados sobre utentes que iniciam tratamento referem-se a 2017 ou ao ano mais recente disponível: Estónia e Espanha, 2016; Países Baixos, 2015.

Os dados sobre utentes em tratamento de substituição referem-se a 2017 ou ao ano mais recente disponível: Espanha e Eslovénia, 2016; Dinamarca, Hungria, Países Baixos e Finlândia, 2015. O número referente à Suécia não representa todos os utentes.

(¹) Devido a alterações no sistema de fornecimento de dados sobre os utentes que iniciam tratamento, apenas são apresentadas proporções.

(²) Os dados dos utentes a iniciarem tratamento referem-se apenas aos centros de dia especializados e aos centros de prestação de cuidados localizados no hospital. Os dados apresentados não são totalmente representativos do panorama nacional.

(³) A estimativa do consumo de opiáceos de alto risco não inclui a Irlanda do Norte. Os dados sobre utentes em tratamento de substituição referem-se a Inglaterra e ao País de Gales.

(⁴) A percentagem de utentes em tratamento de problemas relacionados com opiáceos é um valor mínimo, não contribuindo para o número de consumidores de opiáceos registados como policonsumidores.

QUADRO A2

COCAÍNA

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano					
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de cocaína, em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de cocaína injetável (principal via de administração)		
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15-64)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34)	Ao longo da vida, estudantes (15-16)	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os utentes	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)
Bulgária	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dinamarca	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)
Alemanha (*)	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–
Estónia	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)
Grécia	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)
Espanha	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)
França	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)
Croácia	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–
Itália	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)
Chipre	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)
Letónia	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituânia	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)
Luxemburgo	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)
Hungria	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)
Malta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)
Países Baixos	2017	6,2	4,5	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Áustria	2015	3,0	0,4	2	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)
Polónia	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)
Roménia	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovénia	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)
Eslováquia	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)
Finlândia	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Suécia (²)	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–
Reino Unido	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)
Turquia	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Noruega	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–
União Europeia	–	5,4	2,1	–	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)

As estimativas de prevalência relativas à população estudantil foram extraídas dos inquéritos ESPAD de 2015, exceto para a Bélgica (2017; apenas dizem respeito à Flandres), Bulgária (2017), Alemanha (2011), Itália (2017), Luxemburgo (2014; estudantes com 15 anos de idade), Espanha (2016), Suécia (2017) e Reino Unido (2016; apenas dizem respeito à Inglaterra, estudantes com 15 anos de idade). Devido à incerteza dos procedimentos de recolha de dados, os dados relativos à Letónia podem não ser comparáveis.

As estimativas de prevalência relativas à população em geral no Reino Unido dizem apenas respeito a Inglaterra e ao País de Gales. Faixa etária para as taxas de prevalência na população em geral: França, Alemanha, Grécia e Hungria, 18-64, 18-34; Dinamarca e Noruega, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Suécia, 17-34; Reino Unido, 16-59, 16-34.

Os dados sobre utentes que iniciam tratamento referem-se a 2017 ou ao ano mais recente disponível: Estónia e Espanha, 2016; Países Baixos, 2015.

(¹) Devido a alterações no sistema de fornecimento de dados sobre os utentes que iniciam tratamento, apenas são apresentadas proporções.

(²) Os dados dos utentes a iniciarem tratamento referem-se aos centros de dia especializados e aos centros de prestação de cuidados localizados no hospital. Os dados apresentados não são totalmente representativos do panorama nacional.

QUADRO A3

ANFETAMINAS

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano					
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de anfetaminas, em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de anfetaminas injetáveis (principal via de administração)		
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15-64)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34)	Ao longo da vida, estudantes (15-16)	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bulgária	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
República Checa	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Dinamarca	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Alemanha (*)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–
Estónia	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irlanda	2015	4,1	0,6	3	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–
Grécia	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Espanha	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
França	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Croácia	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–
Itália	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Chipre	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Letónia	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Lituânia	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Luxemburgo	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–
Hungria	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Países Baixos	2017	5,4	3,9	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Áustria	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Polónia	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Roménia	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovénia	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslováquia	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Finlândia	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Suécia (?)	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–
Reino Unido	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Turquia	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Noruega	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–
União Europeia	–	3,7	1,0	–	6,1 (28 291)	6,6 (11 393)	5,9 (16 465)	9,4 (2 871)	8,8 (1 015)	9,3 (1 714)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	6,2 (29 786)	6,7 (12 219)	6,0 (17 134)	9,2 (2 871)	8,4 (1 015)	9,2 (1 714)

As estimativas de prevalência relativas à população estudantil foram extraídas dos inquéritos ESPAD de 2015, exceto para a Bélgica (2017; apenas dizem respeito à Flandres), Bulgária (2017), Alemanha (2011), Itália (2017), Luxemburgo (2014; estudantes com 15 anos de idade), Espanha (2016), Suécia (2017) e Reino Unido (2016; apenas dizem respeito à Inglaterra, estudantes com 15 anos de idade). Devido à incerteza dos procedimentos de recolha de dados, os dados relativos à Letónia podem não ser comparáveis.

As estimativas de prevalência relativas à população em geral no Reino Unido dizem apenas respeito a Inglaterra e ao País de Gales. Faixa etária para as taxas de prevalência na população em geral: França, Alemanha e Hungria, 18-64, 18-34; Dinamarca e Noruega, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Suécia, 17-34; Reino Unido, 16-59, 16-34.

Os dados sobre utentes que iniciam tratamento referem-se a 2017 ou ao ano mais recente disponível: Estónia e Espanha, 2016; Países Baixos, 2015. Os dados para a Alemanha, Suécia e Noruega referem-se aos consumidores de «estimulantes que não a cocaína».

(*) Devido a alterações no sistema de fornecimento de dados sobre os utentes que iniciam tratamento, apenas são apresentadas proporções.

(?) Os dados dos utentes a iniciarem tratamento referem-se aos centros de dia especializados e aos centros de prestação de cuidados localizados no hospital.

Os dados apresentados não são totalmente representativos do panorama nacional.

QUADRO A4

MDMA

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano		
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de MDMA, em % dos que iniciam tratamento		
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15-64)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34)	Ao longo da vida, estudantes (15-16)	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	
Bélgica	2013	–	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgária	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
República Checa	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Dinamarca	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Alemanha	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estónia	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Grécia	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Espanha	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
França	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Croácia	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Itália	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Chipre	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Letónia	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Lituânia	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luxemburgo	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Hungria	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Países Baixos	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Áustria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Polónia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Roménia	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Eslovénia	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslováquia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finlândia	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Suécia	2017	–	2,0	1	–	–	–
Reino Unido	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Turquia	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Noruega	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
União Europeia	–	4,1	1,7	–	0,3 (1 428)	0,5 (872)	0,2 (442)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	0,3 (1 658)	0,6 (1 033)	0,2 (511)

As estimativas de prevalência relativas à população estudantil foram extraídas dos inquéritos ESPAD de 2015, exceto para a Bélgica (2017; apenas dizem respeito à Flandres), Bulgária (2017), Alemanha (2011), Itália (2017), Luxemburgo (2014; estudantes com 15 anos de idade), Espanha (2016), Suécia (2017) e Reino Unido (2016; apenas dizem respeito à Inglaterra, estudantes com 15 anos de idade). Devido à incerteza dos procedimentos de recolha de dados, os dados relativos à Letónia podem não ser comparáveis.

As estimativas de prevalência relativas à população em geral no Reino Unido dizem apenas respeito a Inglaterra e ao País de Gales. Faixa etária para as taxas de prevalência na população em geral: França, Alemanha, Grécia e Hungria, 18-64, 18-34; Dinamarca e Noruega, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Suécia, 17-34; Reino Unido, 16-59, 16-34.

Os dados sobre utentes que iniciam tratamento referem-se a 2017 ou ao ano mais recente disponível: Estónia e Espanha, 2016; Países Baixos, 2015.

QUADRO A5

CANÁBIS

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano		
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de canábis, em % dos que iniciam tratamento		
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15-64)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34)	Ao longo da vida, estudantes (15-16)	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	
Bélgica	2013	15,0	10,1	18	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgária	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
República Checa	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Dinamarca	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Alemanha (¹)	2015	27,2	13,3	19	43,1 (-)	64,1 (-)	-
Estónia	2008	-	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Grécia	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Espanha	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
França	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Croácia	2015	19,4	16,0	21	-	62,9 (602)	-
Itália	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Chipre	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Letónia	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Lituânia	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luxemburgo	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Hungria	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malta	2013	4,3	-	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Países Baixos	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Áustria	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Polónia	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Roménia	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Eslovénia	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Eslováquia	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finlândia	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Suécia (²)	2017	-	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Reino Unido	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Turquia	2017	2,7	1,9	-	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Noruega	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
União Europeia	-	27,4	14,4	-	32,7 (152 373)	47,0 (81 566)	17,5 (58 103)
UE, Turquia e Noruega	-	-	-	-	32,0 (154 769)	45,7 (83 075)	17,2 (58 990)

As estimativas de prevalência relativas à população estudantil foram extraídas dos inquéritos ESPAD de 2015, exceto para a Bélgica (2017; apenas dizem respeito à Flandres), Bulgária (2017), Alemanha (2011), Itália (2017), Luxemburgo (2014; estudantes com 15 anos de idade), Espanha (2016), Suécia (2017) e Reino Unido (2016; apenas dizem respeito à Inglaterra, estudantes com 15 anos de idade). Devido à incerteza dos procedimentos de recolha de dados, os dados relativos à Letónia podem não ser comparáveis.

As estimativas de prevalência relativas à população em geral no Reino Unido dizem apenas respeito a Inglaterra e ao País de Gales. Faixa etária para as taxas de prevalência na população em geral: França, Alemanha, Grécia e Hungria, 18-64, 18-34; Dinamarca e Noruega, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Suécia, 17-34; Reino Unido, 16-59, 16-34.

Os dados sobre utentes que iniciam tratamento referem-se a 2017 ou ao ano mais recente disponível: Estónia e Espanha, 2016; Países Baixos, 2015.

(¹) Devido a alterações no sistema de fornecimento de dados sobre os utentes que iniciam tratamento, apenas são apresentadas proporções.

(²) Os dados dos utentes a iniciarem tratamento referem-se aos centros de dia especializados e aos centros de prestação de cuidados localizados no hospital. Os dados apresentados não são totalmente representativos do panorama nacional.

QUADRO A6

OUTROS INDICADORES

País	Mortes induzidas pela droga			Diagnósticos de VIH relacionados com o consumo de droga injetada (ECDC)	Estimativa do consumo de droga injetável		Seringas distribuídas através de programas especiais
	Ano	Todas as faixas etárias	Faixa etária dos 15 aos 64 anos		Ano da estimativa	Casos por 1000 habitantes	Total
		Total	Casos por milhão de habitantes (total)	Casos por milhão de habitantes (total)			
Bélgica	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bulgária	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
República Checa	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Dinamarca (1)	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Alemanha (1) (2)	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Estónia	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Irlanda	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Grécia	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
Espanha (3)	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
França (4)	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Croácia	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Itália	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Chipre	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Letónia	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Lituânia	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Luxemburgo	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Hungria	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Malta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Países Baixos	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Áustria	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Polónia (1)	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portugal	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
Roménia (5)	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Eslovénia	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Eslováquia	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Finlândia	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Suécia	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Reino Unido (6)	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Turquia (1)	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Noruega	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
União Europeia	–	8 238	23 (7 634)	2,0 (1 046)	–	–	–
UE, Turquia e Noruega	–	9 461	22,6 (8 799)	1,8 (1 067)	–	–	–

(1) Em alguns casos, a faixa etária não foi especificada, pelo que esses casos não foram incluídos no cálculo da taxa de mortalidade: Alemanha (147), Dinamarca (5), Polónia (1), Turquia (22).

(2) Os dados da Alemanha relativos ao VIH referem-se a 2016.

(3) O número de seringas distribuídas através de programas especiais é referente a 2016.

(4) O número de seringas distribuídas através de programas especiais é referente a 2015.

(5) Mortes induzidas pelo consumo de droga na Roménia: cobertura subnacional.

(6) Dados relativos a seringas no Reino Unido: Inglaterra, sem dados disponíveis; Escócia, 4 401 387, e País de Gales, 2 630 382 (ambos em 2017); Irlanda do Norte, 310 005 (2016).

QUADRO A7

APREENSÕES

País	Heroína		Cocaína		Anfetaminas		MDMA, MDA, MDEA	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
	kg	Total	kg	Total	kg	Total	Comprimidos (kg)	Total
Bélgica	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (-)	1 692
Bulgária	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
República Checa	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Dinamarca	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Alemanha	298	-	8 166	-	1 784	-	693 668 (-)	-
Estónia	<0,1	3	17	154	33	454	- (6)	310
Irlanda	-	765	-	792	-	91	- (-)	344
Grécia	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Espanha	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (-)	3 569
França	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (-)	1 073
Croácia	27	140	466	418	38	775	- (9)	743
Itália	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Chipre	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Letónia	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Lituânia	4	173	623	98	28	278	- (22)	140
Luxemburgo	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Hungria	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Países Baixos (¹)	1 110	-	14 629	-	146	-	- (1 250)	-
Áustria	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Polónia	2	2	69	9	608	33	- (-)	-
Portugal	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Roménia	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Eslovénia	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Eslováquia	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finlândia	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (-)	695
Suécia	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Reino Unido	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turquia	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (-)	6 663
Noruega	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
União Europeia	5 418	36 786	140 435	104 348	7 037	43 720	6 581 823 (1 727)	22 803
UE, Turquia e Noruega	22 902	50 346	141 990	109 362	14 808	58 859	15 222 245 (1 739)	30 588

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

Todos os dados referem-se a 2017 ou ao ano mais recente.

(¹) Os dados relativos ao número de apreensões e às quantidades apreendidas não incluem todas as unidades de aplicação da lei relevantes e devem ser considerados valores parciais mínimos. As apreensões de cocaína representam a maioria das grandes apreensões.

QUADRO A7

APREENSÕES (continuação)

País	Resina de canábis		Canábis herbácea		Plantas de canábis	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
	kg	Total	kg	Total	Plantas (kg)	Total
Bélgica	947	6 133	946	28 519	416 576 (-)	1 234
Bulgária	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
República Checa	9	173	1 095	5 369	54 392 (-)	502
Dinamarca	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Alemanha	1 295	–	7 731	–	101 598 (-)	–
Estónia	80	54	54	823	– (24)	35
Irlanda	–	257	–	1 546	– (-)	280
Grécia	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (-)	742
Espanha	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (-)	3 038
França	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (-)	395
Croácia	8	351	2 410	7 057	7 405 (-)	213
Itália	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (-)	1 545
Chipre	1	8	151	826	161 (-)	23
Letónia	202	36	43	848	– (102)	55
Lituânia	2 089	53	124	924	– (-)	–
Luxemburgo	19	348	113	935	74 (-)	13
Hungria	114	153	3 674	3 751	5 287 (-)	156
Malta	591	109	0,2	175	11 (-)	5
Países Baixos (*)	942	–	3 104	–	722 618 (-)	–
Áustria	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (-)	533
Polónia	1 237	18	1 043	93	448 (-)	8
Portugal	14 790	3 647	410	437	22 910 (-)	158
Roménia	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Eslovénia	20	126	838	3 768	13 594 (-)	218
Eslováquia	1	26	144	1 115	2 299 (-)	31
Finlândia	693	252	322	1 158	15 200 (-)	1 150
Suécia	2 809	13 140	1 125	8 825	– (-)	–
Reino Unido	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turquia	81 429	8 718	94 379	41 929	– (-)	3 143
Noruega	2 035	9 533	385	3 473	– (43)	167
União Europeia	466 097	311 071	209 401	440 295	3 370 222 (35 725)	22 745
UE, Turquia e Noruega	549 561	329 322	304 165	485 697	3 370 222 (35 768)	26 055

Nota: Todos os dados referem-se a 2017 ou ao ano mais recente.

(*) Os dados relativos ao número de apreensões e às quantidades apreendidas não incluem todas as unidades de aplicação da lei relevantes e devem ser considerados valores parciais mínimos.

Contactar a UE

Pessoalmente

Em toda a União Europeia há centenas de centros de informação Europe Direct. Pode encontrar o endereço do centro mais próximo em:

https://europa.eu/european-union/contact_pt.

Telefone ou correio eletrónico

Europe Direct é um serviço que responde a perguntas sobre a União Europeia. Pode contactar este serviço:

- pelo telefone gratuito: 00 800 6 7 8 9 10 11 (alguns operadores podem cobrar estas chamadas),
- pelo telefone fixo: +32 22999696, ou
- por correio eletrónico, na página: https://europa.eu/european-union/contact_pt.

Encontrar informações sobre a UE

Em linha

Estão disponíveis informações sobre a União Europeia em todas as línguas oficiais no sítio Europa: https://europa.eu/european-union/index_pt.

Publicações da UE

As publicações da UE, quer gratuitas quer pagas, podem ser descarregadas ou encomendadas no seguinte endereço: <https://publications.europa.eu/pt/publications>. Pode obter exemplares múltiplos de publicações gratuitas contactando o serviço Europe Direct ou um centro de informação local (ver https://europa.eu/european-union/contact_pt).

Legislação da UE e documentos conexos

Para ter acesso à informação jurídica da UE, incluindo toda a legislação da UE desde 1952 em todas as versões linguísticas oficiais, visite o sítio EUR-Lex em: <http://eur-lex.europa.eu>.

Dados abertos da UE

O Portal de Dados Abertos da União Europeia (<http://data.europa.eu/euodp/pt>) disponibiliza o acesso a conjuntos de dados da UE. Os dados podem ser utilizados e reutilizados gratuitamente para fins comerciais e não comerciais.

Acerca do presente relatório

O relatório Tendências e evoluções apresenta uma panorâmica detalhada do fenómeno da droga na Europa, abrangendo a oferta e o consumo de droga e os problemas de saúde pública, bem como as políticas de luta contra a droga e as respostas ao problema das drogas. Em conjunto com o [Boletim Estatístico](#) em linha e 30 [Relatórios nacionais sobre a droga](#), faz parte do pacote que constitui o [Relatório Europeu sobre Drogas 2019](#).

Acerca do EMCDDA

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

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

