



Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência

PT

ISSN 2314-9175

# **Relatório Europeu sobre Drogas**

Tendências e evoluções

2018





Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência

# | Relatório | Europeu sobre | Drogas

Tendências e evoluções

2018

## | 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, 2018

<b>PRINTED</b>	ISBN 978-92-9497-295-8	ISSN 1977-995X	doi:10.2810/579166	TD-AT-18-001-PT-C
<b>PDF</b>	ISBN 978-92-9497-325-2	ISSN 2314-9175	doi:10.2810/287037	TD-AT-18-001-PT-N

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2018  
Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Citação recomendada: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2018), *Relatório Europeu sobre Drogas 2018: 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](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

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

## | Índice

5	Prefácio
9	Nota introdutória e agradecimentos
11	COMENTÁRIO <b>Compreender os problemas das drogas na Europa e desenvolver respostas efetivas</b>
19	CAPÍTULO 1 <b>A oferta de drogas e o mercado</b>
39	CAPÍTULO 2 <b>Consumo de drogas, prevalência e tendências</b>
59	CAPÍTULO 3 <b>Danos causados pela droga e respostas</b>
83	ANEXO Quadros de dados nacionais



## Prefácio

Temos o prazer de apresentar a última análise do EMCDDA sobre o fenómeno da droga na Europa. *O Relatório Europeu sobre Drogas 2018: Tendências e Evoluções* oferece uma panorâmica oportuna dos problemas e respostas em matéria de droga na Europa. O nosso relatório de referência baseia-se numa análise aprofundada de dados europeus e nacionais que destaca tendências e questões emergentes. Este ano, o relatório é complementado por 30 relatórios nacionais em linha sobre a droga e por recursos contendo uma gama completa de dados e gráficos, que apresentam uma síntese da situação em cada país.

O relatório é concebido para disponibilizar aos nossos parceiros uma panorâmica exhaustiva. Servirá igualmente de alerta precoce relativamente a novas tendências em matéria de droga, ajudará a identificar prioridades em matéria de planeamento estratégico nacional e local, realizar comparações entre países e apoiar as avaliações através da disponibilização de dados sobre tendências. O relatório é complementado pela mais recente publicação trienal do EMCDDA, as *Respostas sanitárias e sociais aos problemas no domínio das drogas: um guia europeu* (2017).



Este ano, para uma ampla gama de substâncias, constatamos alguns sinais preocupantes de níveis elevados de produção de droga na Europa, mais próxima dos mercados de consumo. Os progressos tecnológicos facilitam este desenvolvimento, para além de assegurarem a ligação entre produtores e consumidores de droga europeus e os mercados globais através da Internet de superfície e da Internet oculta. Observamos igualmente que o aumento da produção de cocaína na América Latina está a ter impacto



no mercado europeu, dando origem a um risco acrescido de ocorrência de problemas de saúde para os consumidores de droga e a desafios mais complexos em matéria de aplicação da lei à medida que os traficantes alteram as rotas de fornecimento. Os novos indícios do aumento da disponibilidade e uso de cocaína crack na Europa constitui também uma causa de preocupação que requer vigilância.

A existência de novas substâncias psicoativas no mercado de drogas europeu continua a colocar problemas de saúde pública e desafios aos decisores políticos. A recente legislação da UE reforçou o intercâmbio de informações sobre o surgimento de novas substâncias no mercado e reduziu o tempo até que estas substâncias sejam submetidas a um controlo e avaliação de riscos a nível europeu. Os opiáceos sintéticos altamente potentes e canabinoides estão a causar problemas em vários cenários, e no caso dos derivados do fentanil, colocam em maior risco os consumidores de drogas e as unidades de intervenção de primeira linha. Este desafio chamou novamente a atenção para o papel da naloxona como antídoto de opiáceos nas estratégias de resposta à overdose e ao seu nível de acesso por parte dos seus consumidores.

Acreditamos que as ameaças colocadas pelas drogas à saúde pública e à segurança na Europa continuam a exigir um nível de resposta elevado e multidisciplinar. O novo plano de ação da UE adotado em 2017 define o quadro para uma cooperação europeia indispensável.

O relatório e a sua análise explícita são um testemunho do apoio vigoroso que temos recebido dos nossos parceiros nacionais e institucionais. As informações fornecidas pelos nossos pontos focais nacionais da Reitox e pelos peritos nacionais permitem conceber uma panorâmica única da situação da droga na Europa. Agradecemos ainda os contributos dos nossos parceiros a nível europeu, em particular da Comissão Europeia, da Europol, do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças e da Agência Europeia de Medicamentos. Temos ainda a agradecer às redes especializadas que colaboraram connosco para que pudéssemos incorporar no nosso relatório dados de vanguarda e inovadores nas áreas de análise de águas residuais, inquéritos escolares e serviços de emergência hospitalar relacionadas com a droga.

**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 2016 (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 das tendências de um comportamento oculto e estigmatizado como o consumo de droga é difícil tanto em termos práticos como metodológicos, o que nos levou a utilizar múltiplas fontes de dados para efetuar a análise que aqui apresentamos. Embora se observem melhorias consideráveis, tanto a nível nacional como nas análises que hoje são possíveis a nível europeu, importa reconhecer as dificuldades metodológicas existentes neste domínio. Recomenda-se, assim, uma interpretação prudente dos dados, sobretudo quando se comparam os países em relação a cada medida. Na versão em linha do presente relatório, bem como no Boletim Estatístico, poderão encontrar-se advertências e restrições relativas aos dados, bem como informações detalhadas sobre a metodologia, os condicionalismos analíticos e os comentários sobre as limitações do conjunto de informações disponíveis. Estão igualmente disponíveis informações sobre os métodos e os dados utilizados nas estimativas a nível europeu, com destaque para eventuais interpolações.

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

- os diretores e o pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços e peritos que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram dados em bruto destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do EMCDDA;
- o Parlamento Europeu, o Conselho da União Europeia (em especial, o grupo de trabalho horizontal «Drogas») e a Comissão Europeia;
- o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e a Europol;
- o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, o Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde, a Interpol, a Organização Mundial das Alfândegas, o Projeto Europeu de Inquérito Escolar sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD), o Grupo Nuclear Europeu de Análise das Redes de Saneamento (*Sewage Analysis Core Group Europe – SCORE*), a Rede Europeia de Emergências relacionadas com a Droga (*European Drug Emergencies Network – Euro-DEN Plus*);
- 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 contatos dos pontos focais nacionais estão disponíveis no [sítio Web do EMCDDA](#).

# Comentário

**As evoluções observadas nos países europeus não só são influenciadas pelas tendências globais em matéria de droga como têm uma incidência nessas tendências**

# Compreender os problemas das drogas na Europa e desenvolver respostas efetivas

No presente comentário, são explorados alguns dos principais fatores que aparentam influenciar os padrões de consumo de droga na Europa em 2018, bem como os problemas de saúde, sociais e de segurança a eles associados. Um ponto de partida para esta discussão é a observação generalizada de que hoje em dia, em comparação com os padrões passados, não só os problemas de droga na Europa parecem estar numa fase particularmente dinâmica, como igualmente, a nível geral, os dados existentes sugerem que a disponibilidade das drogas é elevada e que em algumas regiões está mesmo a aumentar. Esta situação levanta uma série de novos desafios importantes às respostas existentes a nível nacional e europeu aos problemas de consumo de droga e relacionados com a toxicodependência; algumas das suas implicações são abordadas a seguir.

## | Sinais de aumento de produção de drogas na Europa

As evoluções observadas nos países europeus não só são influenciadas pelas tendências globais em matéria de droga como têm uma incidência nessas tendências. No

que respeita a certas drogas sintéticas estimulantes, como a MDMA, a Europa é um dos maiores produtores, exportando produtos e conhecimentos para outras partes do mundo. No caso da canábida, a produção na Europa substituiu, até certo ponto; a importação e parece ter tido impacto nos modelos de negócio dos produtores externos. Uma consequência desta situação pode ser observada no aumento da potência da resina de canábida atualmente traficada para a Europa.

No caso da cocaína e da heroína, as outras duas principais drogas ilícitas derivadas de plantas, a produção continua centrada, respetivamente, nos países da América Latina e da Ásia. Os dados globais sugerem que a produção destas duas substâncias tem aumentado. A forma como esta situação afeta a Europa merece ser analisada. No caso da heroína, apesar do relativamente alto nível de pureza da droga ao nível do tráfico de rua, o consumo, de forma geral, permanece estável e as taxas de iniciação são aparentemente reduzidas. A cocaína, pelo contrário, apresenta diversos indicadores com uma trajetória crescente. Esta situação é adiante analisada mais pormenorizadamente. Contudo, para estas duas substâncias, os dados relativos às apreensões sugerem algumas mudanças recentes na cadeia de produção, que são suscetíveis de terem repercussões importantes no futuro. O processamento e a extração secundários de cocaína a partir de «materiais transportadores» continuam a ser observados na Europa, bem como a importação de grandes volumes de droga escondidos em contentores de transporte. No caso da heroína, uma nova evolução reside na deteção e no desmantelamento, em vários países europeus, de laboratórios que transformam morfina em heroína. Na origem desta evolução estão provavelmente a maior disponibilidade e o custo consideravelmente

inferior, na Europa, do anidrido acético, um precursor químico essencial na produção de heroína, numa altura em que as colheitas de papoila de ópio aumentam. Este desenvolvimento ilustra não só a natureza integrada das redes modernas de produção de droga, mas também a necessidade de legislar as respostas de controlo em matéria de droga, por exemplo, através do controlo das substâncias precursoras, numa perspetiva global.

De igual modo, embora os esforços europeus e internacionais para restringir a produção e a disponibilidade de novas substâncias psicoativas pareçam estar agora a ter algum impacto, existem também notificações de fabrico de comprimidos e de produção destas substâncias no interior das fronteiras europeias. Até à data, estes desenvolvimentos na produção de novas drogas parecem ser limitados. Contudo, as alterações na produção de novas drogas têm o potencial de influenciar rapidamente os problemas de drogas e, por conseguinte, é necessária vigilância para garantir que a Europa está preparada para responder melhor a potenciais futuras ameaças nesta área.

### ▮ **Vendas pela Internet: a Europa num mercado global**

A venda de drogas na Internet constitui outro exemplo ilustrativo de como as mudanças podem ser rápidas e representar desafios para os modelos de resposta e as políticas existentes, bem como para a monitorização das drogas. Um relatório conjunto recente do EMCDDA e da Europol analisou o papel desempenhado pelos fornecedores e consumidores europeus neste mercado global. Estima-se que os fornecedores da União Europeia tenham sido responsáveis por praticamente metade das vendas de droga através da Internet «obscura» (*Darknet*) entre 2011 e 2015. Atualmente, as vendas em linha são baixas em comparação com o mercado geral de drogas ilícitas, mas parecem estar a aumentar. Embora a atenção esteja frequentemente centrada nos mercados privados, também se constata que, para as novas substâncias psicoativas e os medicamentos usados indevidamente, as redes sociais e a Internet «de superfície» poderão ser igualmente importantes. Neste contexto, a emergência de novas substâncias derivadas da benzodiazepina é particularmente preocupante. Desde 2015, foram notificadas 14 novas benzodiazepinas através do mecanismo de alerta rápido da UE. Estas substâncias não são medicamentos autorizados na União Europeia e sabe-se muito pouco quanto à sua toxicologia; no entanto, é provável um aumento dos riscos quando usadas em conjunto com drogas ilícitas ou álcool. A disponibilidade das benzodiazepinas, tanto das já existentes como das novas, no mercado de drogas ilícitas

parece estar a aumentar em alguns países e essas substâncias são conhecidas por desempenhar um papel importante, ainda que frequentemente ignorado, nas mortes por *overdose* de opiáceos. Os indícios recentes de que o consumo destas substâncias pode estar a aumentar entre os jovens são particularmente preocupantes, sendo esta uma área que requer investigação, análise das políticas e esforços de prevenção acrescidos. O consumo de benzodiazepinas entre os consumidores de droga de alto risco é um tópico explorado num suplemento do presente relatório, disponível em linha.

### ▮ **As consequências do aumento da oferta de cocaína**

O aumento da produção de cocaína na América Latina está atualmente a fazer-se sentir no mercado europeu. Nalguns países, a análise de águas residuais permitiu lançar um alerta precoce do aumento da disponibilidade e do consumo desta droga, factos agora também referidos em outras fontes de dados. Embora o preço da cocaína permaneça estável, o seu grau de pureza está atualmente nos níveis mais elevados há mais de uma década na Europa. Em termos históricos, a maioria da cocaína entra na Europa através da Península Ibérica. Recentemente, grandes apreensões noutras regiões sugerem que a importância relativa desta rota poderá ter diminuído ligeiramente, com a cocaína a ser gradualmente traficada na Europa através de grandes portos de contentores. A este respeito, é de salientar que em 2016 a Bélgica ultrapassou a Espanha como o país com o maior volume de cocaína apreendida.

No geral, as consequências do consumo de cocaína na saúde pública são difíceis de avaliar, dado que o seu papel em problemas de saúde agudos e em danos para a saúde a longo prazo é difícil de monitorizar e pode, muitas vezes, não ser reconhecido. Contudo, é de esperar que os problemas aumentem se a prevalência do consumo e, especialmente, os padrões de alto risco de consumo, aumentarem. Um dos sinais de que esta situação poderá ser uma realidade é o aumento observado do número de consumidores de cocaína que iniciam o tratamento especializado pela primeira vez, embora este número não seja tão alto como o observado na década passada. Embora ainda seja uma situação rara, não deixa de ser preocupante o facto de se constatar também um aumento do consumo de cocaína-*crack*, e daí alguma preocupação de que comece a afetar mais países. De um modo geral, ainda persiste a necessidade de uma melhor compreensão quanto ao que constitui um tratamento eficaz para os consumidores de cocaína, incluindo a melhor forma de dar resposta aos problemas resultantes da cocaína que possam coexistir com a dependência de opiáceos.

## As novas substâncias psicoativas continuam a ser um desafio para a saúde pública

A importância de se estar preparado para os novos desafios é salientada pelo sucesso do mecanismo de alerta rápido da UE para novas substâncias psicoativas. O sistema alcançou reconhecimento internacional por dotar a Europa das capacidades de identificar e responder à emergência de drogas, capacidades inexistentes noutras regiões do mundo. Foram recentemente adotadas melhorias na legislação da UE neste domínio, aumentando a rapidez da transmissão de dados, à medida que novos prestadores de informações continuam a aderir ao sistema. As novas substâncias psicoativas representam um desafio em constante evolução às políticas em matéria de droga. Globalmente, o sistema monitoriza cerca de 670 substâncias, sendo que cerca de 400 são notificadas a cada ano. A lista de substâncias que surgem no mercado de drogas continua a aumentar, sendo notificada, por semana na Europa, aproximadamente uma nova substância psicoativa. Embora o número de novas substâncias que aparecem no mercado esteja a diminuir em relação ao pico observado em 2015, as consequências negativas do consumo destas drogas na saúde pública permanecem elevadas.

O surgimento na Europa de opiáceos sintéticos e canabinoides sintéticos relacionados com casos de intoxicação aguda e morte resultou na avaliação pelo EMCDDA de um número sem precedentes de substâncias relativamente aos seus riscos para a saúde pública. Este processo pode despoletar uma resposta rápida em termos legislativos em toda a União Europeia. Em 2017, foram igualmente comunicados dados à Organização Mundial da Saúde e algumas destas substâncias estão agora a ser consideradas para um controlo a nível internacional. Foram investigados em 2017 cinco derivados do fentanilo. Estas substâncias encontravam-se disponíveis numa série de novas formas, incluindo pulverizadores nasais. Por vezes, eram detetadas misturadas com outras drogas, como a heroína e a cocaína, ou com medicamentos contrafeitos, tendo como consequência o facto de frequentemente os consumidores não estarem cientes de estarem a consumir essa substância. A emergência destas drogas potentes, muitas vezes adquiridas através da Internet, coloca desafios significativos tanto para os serviços de saúde como para os serviços de aplicação da lei. As substâncias são fáceis de transportar e dissimular, e volumes pequenos muitas vezes representam centenas de milhares de potenciais doses individuais. Do ponto de vista da saúde, estas substâncias contribuem para o já considerável peso atribuído às mortes relacionadas com opiáceos. Nos Estados Unidos, os derivados do fentanilo são atualmente um dos maiores contribuidores para

a crise dos opiáceos atual e, em pouco tempo, tornaram-se as substâncias mais associadas à mortalidade causada por *overdose*. Na Europa, embora este problema ainda não se coloque a esta escala, as notificações ao EMCDDA de mortes e *overdoses* não fatais relacionadas com o fentanilo e derivados do fentanilo não controlados sublinham a necessidade de uma vigilância contínua.

## Os canabinoides sintéticos surgem cada vez mais associados a problemas de saúde

Em 2017, as notificações de danos para a saúde relacionados com novos canabinoides sintéticos deram lugar a quatro avaliações de riscos suplementares pelo EMCDDA. Os canabinoides sintéticos foram associados a casos de intoxicação aguda e morte. Um relatório recente do EMCDDA chamou à atenção para os crescentes problemas de saúde e segurança causados pelo consumo destas substâncias em algumas prisões europeias. Também se constatou que estes problemas podem, por vezes, passar despercebidos devido à facilidade com que estas substâncias podem ser introduzidas clandestinamente nas prisões e aos desafios colocados à deteção do seu consumo.

Os canabinoides sintéticos foram inicialmente comercializados como alternativas legais aos produtos de cânabis natural, mas estes diferem em diversos aspetos. De início maioritariamente associados a um uso recreativo, os canabinoides sintéticos estão a ser utilizados de forma problemática por grupos sociais marginalizados, como os sem-abrigo, embora o nosso conhecimento sobre os padrões de consumo destas drogas permaneça limitado. As informações disponíveis mostram que a prevalência do consumo de canabinoides sintéticos é, de um modo geral, reduzida, mas o potencial destas drogas para causarem danos é considerável. Um indicativo desta situação pode ser constatado nos dados recentes da Turquia, onde um aumento geral das mortes ligadas ao consumo de drogas parece ser parcialmente causado pelo consumo de canabinoides sintéticos.

**Opiáceos sintéticos  
e canabinoides sintéticos  
relacionados com casos  
de intoxicação aguda  
e mortes**

## A evolução do mercado da canábis acarreta novos desafios políticos

A canábis permanece a droga ilícita mais consumida na Europa. A predominância desta droga ressalta claramente do número de apreensões, de infrações à legislação em matéria de droga e das estimativas relativas à prevalência e às novas necessidades de tratamento. As evoluções observadas no continente americano, entre as quais a legalização da canábis em algumas jurisdições, resultaram no rápido desenvolvimento de um mercado comercial de canábis. Como consequência, estão a surgir inovações nas formas em que a droga está disponível e nos sistemas de ministração para o seu consumo, como, por exemplo, estirpes de canábis altamente potentes, como líquido para vapear e produtos comestíveis. Em algumas jurisdições, o mercado legal de drogas recreativas tem sido acompanhado por regulamentação que permite o acesso à canábis para fins médicos e terapêuticos. O EMCDDA está a monitorizar estes desenvolvimentos e a fornecer resumos explicativos das políticas para destacar certos problemas que os mesmos suscitam para o debate a nível europeu. Entre esses problemas figura a possibilidade de algumas novas formas desta droga poderem surgir no mercado de droga europeu.

As evoluções na América do Norte despertaram um interesse renovado no papel desempenhado pela canábis na condução sobre o efeito de drogas. Em 2017, o EMCDDA organizou o terceiro simpósio internacional sobre a condução sobre o efeito de drogas. O relatório dos especialistas internacionais que participaram neste simpósio salientou as dificuldades no desenvolvimento de respostas políticas eficazes neste domínio, um tópico que é relevante para todos os países, independentemente do estatuto legal da droga.

Outras questões políticas importantes neste domínio incluem as questões sobre o que constitui um tratamento apropriado para os distúrbios relacionadas com a canábis, sobre como garantir sinergias políticas com as estratégias de luta contra o tabaco, bem como sobre o que constitui uma abordagem de redução de danos eficaz neste domínio. A prevalência do consumo de canábis na Europa permanece elevada em termos históricos, e recentemente foram observados aumentos em certos Estados-Membros da UE. A potência da droga, que aumentou acentuadamente na última década, atinge também níveis elevados, quer se trate da resina de canábis quer da canábis herbácea. Para além das questões de saúde pública, existem preocupações sobre qual será o impacto deste grande mercado ilícito na segurança da comunidade e como poderá estar a financiar o crime organizado. Tendo em consideração as várias questões envolvidas, definir

o que constitui a resposta mais apropriada ao consumo de canábis é uma tarefa de complexidade e importância crescentes. O EMCDDA está empenhado em melhorar o nível de compreensão destas questões e em disponibilizar as informações exatas, científicas e imparciais necessárias para um debate informado sobre esta questão política complexa.

## Dar resposta às overdoses por opiáceos: o papel da naloxona

As *overdoses* mortais relacionadas com a droga mantêm-se elevadas na Europa e os opiáceos estão implicados na maioria dos casos. A emergência de derivados do fentanilo no mercado de droga europeu reforça os argumentos já consideráveis a favor do aumento do acesso à naloxona, um medicamento antagonista dos opiáceos. Há indícios crescentes de que uma maior disponibilidade desta substância, acompanhada de formação para reconhecimento de sinais e para a resposta a uma *overdose*, pode ajudar a evitar mortes por consumo de opiáceos. Por conseguinte, a disponibilização de naloxona tem sido crescentemente reconhecida em muitos países como um elemento importante nas suas estratégias de redução das *overdoses*. A disponibilidade dos derivados do fentanilo aumenta ainda mais os riscos neste domínio devido à sua potência e pelo facto de poderem ser consumidos por indivíduos que nunca usaram opiáceos ou colocar em risco as pessoas acidentalmente expostas devido à sua profissão, como é o caso dos agentes da autoridade. Estas evoluções apontam para uma necessidade urgente de rever as políticas atuais sobre a naloxona e de reforçar a formação e a sensibilização dos consumidores de drogas, bem como dos profissionais suscetíveis de estar em contacto com esta droga. Estas revisões devem igualmente ter em consideração o facto de novas formulações não injetáveis, tais como os pulverizadores nasais, serem suscetíveis de facilitar a administração de naloxona num maior leque de cenários.

## Prisões: um local importante para a implementação de respostas

A resposta ao consumo de droga em cenários de justiça penal é um dos tópicos abordados na publicação do EMCDDA «*Health and social responses to drug problems: a European guide*». O período após a saída da prisão é um

**A canábis permanece a droga ilícita mais consumida na Europa**

NUM RELANCE — ESTIMATIVAS DO CONSUMO DE DROGA NA UNIÃO EUROPEIA

## Canábis



Adultos (15-64)

Consumo no último ano **24,0 milhões**  
7,2 %



Consumo ao longo da vida **87,6 milhões**  
26,3 %



Jovens adultos (15-34)

Consumo no último ano **17,2 milhões**  
14,1 %



Estimativas nacionais de consumo no último ano

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

## Cocaína



Adultos (15-64)

Consumo no último ano **3,5 milhões**  
1,1 %



Consumo ao longo da vida **17,0 milhões**  
5,1 %



Jovens adultos (15-34)

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



Estimativas nacionais de consumo no último ano

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

## MDMA



Adultos (15-64)

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



Consumo ao longo da vida **13,5 milhões**  
4,1 %



Jovens adultos (15-34)

Consumo no último ano **2,2 milhões**  
1,8 %



Estimativas nacionais de consumo no último ano

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

## Anfetaminas



Adultos (15-64)

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



Consumo ao longo da vida **11,9 milhões**  
3,6 %



Jovens adultos (15-34)

Consumo no último ano **1,2 milhões**  
1,0 %



Estimativas nacionais de consumo no último ano

O mais baixo 0 % O mais elevado 3,6 %

## Opiáceos



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

Pedidos de tratamento da toxicod dependência

Droga principal em cerca de **36 %** do total de pedidos de tratamento da toxicod dependência na União Europeia



Overdoses fatais

Os opiáceos estão presentes em **84 %** das overdoses fatais



**628 000**

consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição, em 2016

## Novas substâncias psicoativas



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

Consumo no último ano **3,0 %**



Consumo ao longo da vida **4,0 %**



Fonte: Quadros adicionais do Relatório ESPAD 2015.

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

período de risco particularmente elevado para os indivíduos com um histórico de consumo de opiáceos. Para dar resposta a esta situação, alguns países desenvolveram programas inovadores que disponibilizam naloxona e dão formação a indivíduos que saíram da prisão. Em conjunto com a disponibilização de naloxona, o encaminhamento para um tratamento comunitário adequado e para serviços de assistência social são reconhecidos como respostas cruciais neste domínio. Tal salienta o papel do sistema penal, de modo geral, e das prisões, em particular, como locais críticos para resolver os problemas associados a consumidores de drogas de alto risco. Avaliar os consumidores de drogas e atender às necessidades sociais e de saúde antes da sua libertação da prisão podem ter repercussões significativas para a comunidade.

Um exemplo desta situação é o potencial valor que pode resultar do aumento dos rastreios e do tratamento de doença infecciosa entre a população prisional. Este aspeto ganhou especial importância como resultado do compromisso da União Europeia em eliminar o vírus da hepatite C. O consumo de drogas injetáveis é a forma predominante de transmissão desta infeção. Estão atualmente disponíveis novos tratamentos eficazes, mas garantir que os indivíduos infetados têm acesso aos mesmos permanece um desafio. As prisões e os serviços de tratamento da toxicod dependência são importantes para identificar os indivíduos infetados pelo VHC. Em 2018, o EMCDDA irá apoiar uma nova iniciativa para aumentar a sensibilização e encorajar o acesso aos rastreios ao vírus da hepatite C, bem como a tratamentos, de modo a dar resposta a este importante problema relacionado com a droga.

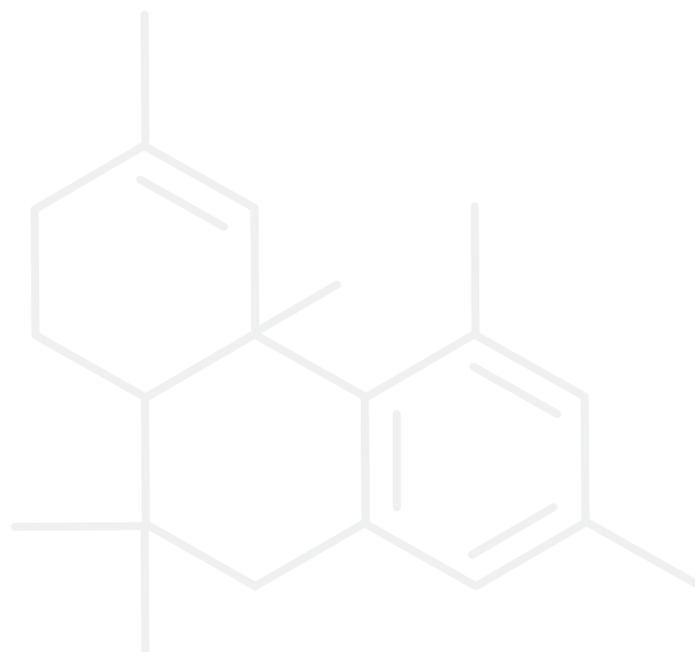
### Garantir que a monitorização permanece sensível aos problemas de droga em mutação

Embora os dados relativos à disponibilidade das novas substâncias psicoativas estejam a melhorar, continua a ser muito difícil estimar a procura dessas substâncias na Europa. Estas dificuldades são agravadas quando se tem em consideração o uso indevido de medicamentos desviados, contrafeitos ou não autorizados.

Uma observação importante a salientar é que as ferramentas de monitorização existentes podem não ser sensíveis a algumas mudanças relevantes nos padrões de consumo de droga. É necessário um investimento adicional nas novas abordagens de monitorização, bem como nas já estabelecidas, nomeadamente a análise das águas residuais, os inquéritos baseados na Internet e os estudos de análise de tendências, para acompanhar estas

mudanças. Recentemente, o EMCDDA publicou os resultados de uma avaliação anual dos resíduos de droga presentes em amostras das águas residuais de cidades de 19 países europeus, a qual demonstrou a utilidade destas fontes de informação complementares para fornecer uma perspetiva mais atempada das tendências do consumo de droga, relativamente à fornecida por fontes de dados mais tradicionais.

Além de apoiar a recolha de dados a nível europeu, a União Europeia está também a trabalhar no sentido de ajudar países terceiros a desenvolver as suas capacidades de monitorização. As iniciativas estabelecidas para este fim incluem projetos de assistência técnica financiados pela Comissão Europeia para países candidatos à UE, potenciais candidatos e países vizinhos. Estas atividades são importantes não só porque os problemas de droga estão a complicar os problemas de saúde e de segurança experienciados pelos países fronteiriços da UE, mas também devido ao facto de as evoluções constatadas nesses países interagirem com e terem impacto nos problemas de droga enfrentados pelos próprios Estados-Membros. Por conseguinte, a análise apresentada no Relatório Europeu sobre Drogas do presente ano reconhece explicitamente que, para compreender os desafios existentes e futuros que as drogas representam para a agenda política europeia em matéria de saúde e segurança, é também necessário compreender as dimensões globais deste problema.





# 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 as regiões importantes de produção das drogas ilícitas que entram na Europa, sendo a China o país de produção de novas substâncias psicoativas. Além disso, algumas drogas e substâncias precursoras transitam para outros continentes através da Europa. A Europa é igualmente uma região produtora de cânabis 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.

Desde as décadas de 1970 e 1980 que existem, em muitos países europeus, grandes mercados para a cânabis, 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 ao mercado de drogas ilícitas, largamente resultantes da globalização e das novas tecnologias, incluem inovações ao nível dos

métodos de produção de drogas e de tráfico, o aparecimento de novas rotas de tráfico e os mercados em linha.

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

A análise apresentada no presente capítulo baseia-se nos dados comunicados sobre as apreensões de droga, as apreensões e remessas intercetadas de precursores de drogas, o desmantelamento das instalações de produção de droga, a legislação em matéria de droga, as infrações a essa legislação, os preços de venda a retalho e a pureza e 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 consultadas séries de dados completas e extensas notas metodológicas.

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

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

Os mercados de drogas ilícitas são sistemas complexos de produção e distribuição que geram largas somas de dinheiro, a diferentes níveis. A natureza do mercado torna-o difícil de monitorizar. Contudo, uma estimativa prudente avalia o mercado retalhista de drogas ilícitas na União Europeia em 24 mil milhões de euros em 2013, sendo que a canábis é responsável pela maior percentagem (38 %), seguida da heroína (28 %) e da cocaína (24 %).

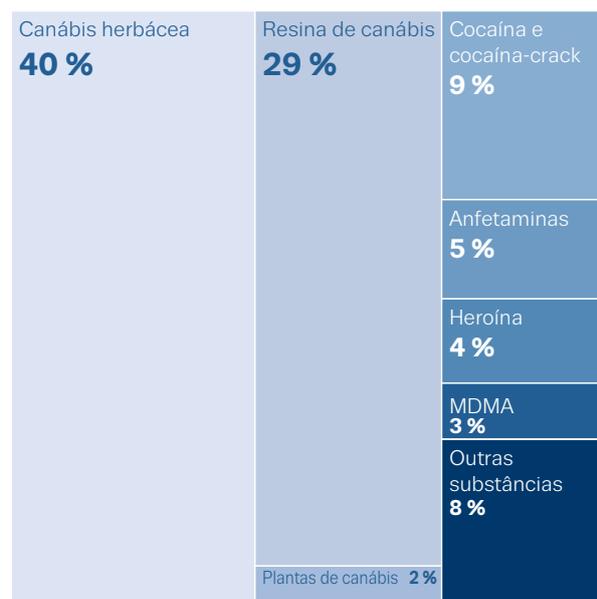
Embora as transações de droga efetuadas fora da Internet ainda sejam predominantes, nos últimos anos verificou-se um aumento da relevância dos mercados em linha como plataformas para a comercialização e distribuição de drogas ilícitas. Isto proporcionou novas oportunidades para monitorizar um setor da atividade do mercado. Uma análise recente conjunta do EMCDDA e da Europol identificou mais de 100 mercados privados mundiais onde os vendedores e compradores utilizam várias tecnologias para ocultar as suas identidades. Estima-se que dois terços de todas as aquisições realizadas nesses mercados estão relacionados com drogas. Os fornecedores com base na UE foram responsáveis por cerca de 46 % do volume de negócios nestes mercados entre 2011 e 2015, na sua maioria efetuados por vendedores localizados na Alemanha, nos Países Baixos e no Reino Unido. As drogas estimulantes constituem a maioria das vendas de droga, no seu conjunto, em mercados privados europeus. Os mercados privados facilitam essencialmente as vendas de volumes pequenos ou as vendas diretas ao consumidor. Contudo, uma análise a um dos mercados, o Alphabay, permitiu concluir que, em comparação com outras drogas, uma forte percentagem da MDMA que é comprada destina-se a ser revendida.

## 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 a notificação de mais de um milhão de apreensões de drogas ilícitas em 2016 na Europa. A maioria das apreensões notificadas corresponde a pequenas quantidades de droga confiscadas aos consumidores. Contudo, as remessas de drogas de vários quilogramas confiscadas a traficantes e produtores representam a maioria da quantidade de droga apreendida. A canábis é a droga com maior número de apreensões, correspondendo a mais de 70 % das apreensões efetuadas na Europa (Figura 1.1). Os três países que notificaram os números mais elevados de apreensões que, em conjunto, representam mais de 60 %

### FIGURA 1.1

Número de apreensões de droga notificadas, discriminação por droga, 2016



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 na Polónia, pelo que os dados mais recentes disponíveis para a Alemanha, Irlanda e Eslovénia são os de 2015, o que contribui para um certo nível de incerteza desta análise.

## Canábis: as apreensões de resina de canábis predominam, mas a quantidade de canábis herbácea está a aumentar

A canábis herbácea («marijuana») e a resina de canábis («haxixe») são os dois principais produtos de canábis comercializados no mercado europeu de drogas, enquanto o óleo de canábis é comparativamente raro. Os produtos de canábis representam a maior percentagem (38 %) do mercado retalhista de drogas ilícitas na União Europeia, com um valor mínimo estimado de 9,3 mil milhões de euros (margem provável de 8,4 mil milhões de euros a 12,9 mil milhões de euros). A canábis herbácea consumida na Europa é cultivada internamente ou traficada a partir de países terceiros. A que é produzida na Europa é sobretudo cultivada dentro de portas. A resina de canábis, embora seja cada vez mais produzida na Europa, é, na sua maioria, importada de Marrocos, sendo que os relatórios indicam que a Líbia se tornou uma importante plataforma para o tráfico de resinas. Além disso, os Balcãs ocidentais são uma fonte de produção de canábis herbácea e de óleo de canábis.

Em 2016, foram notificadas 763 000 apreensões de produtos de cânabís na União Europeia, das quais 420 000 de cânabís herbácea, 317 000 de resina de cânabís e 22 000 de plantas de cânabís. Desde 2009, o número de apreensões de cânabís herbácea tem ultrapassado o da resina de cânabís, com tendências relativamente estáveis nas apreensões das duas drogas desde 2011 (Figura 1.2). No entanto, a quantidade da resina de cânabís apreendida é três vezes superior à da cânabís herbácea (424 toneladas contra 124 toneladas). Esta diferença é, em parte, uma consequência do facto de a maioria da resina de cânabís ser traficada em grandes quantidades através de longas distâncias e ter de atravessar fronteiras, o que a torna mais vulnerável às medidas de combate ao tráfico de droga. No que se refere à análise da quantidade de cânabís apreendida, um pequeno número de países assume uma posição particularmente importante devido ao facto de estarem situados em importantes rotas de tráfico desta droga. A Espanha, por exemplo, enquanto principal ponto

de entrada da resina de cânabís produzida em Marrocos, notificou cerca de três quartos (76 %) da quantidade total de cânabís apreendida na União Europeia em 2016 (Figura 1.3).

Um aumento nas quantidades apreendidas de cânabís herbácea em 2016 está associado em parte aos aumentos notificados em Espanha, na Grécia e na Itália. Em 2016, a Turquia também notificou uma maior quantidade apreendida de cânabís herbácea (111 toneladas) em comparação com 2015.

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 práticas de notificação, como dos recursos e das prioridades de aplicação da lei, justificam prudência na interpretação das apreensões de plantas de cânabís. Em 2015, o número de plantas de cânabís apreendidas na

## CANÁBIS



### RESINA

#### Apreensões

Número

**317 000** UE **332 000** UE + 2

Quantidade

**424** UE **463** UE + 2

Preço

(EUR/g)



### HERBÁCEA

#### Apreensões

Número

**420 000** UE **454 000** UE + 2

Quantidade

**124** UE **235** UE + 2

Preço

(EUR/g)

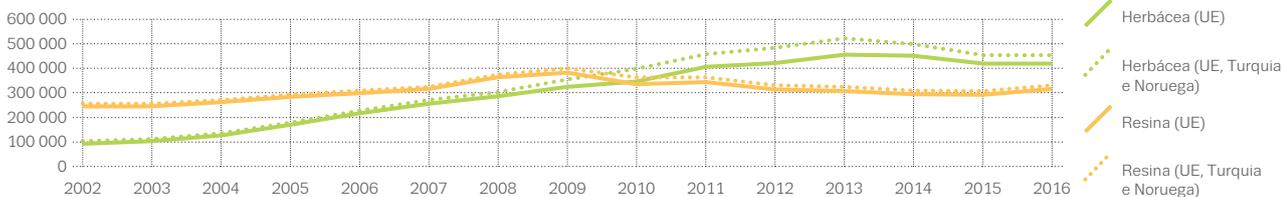


Nota: UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e potência dos produtos de cânabís: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

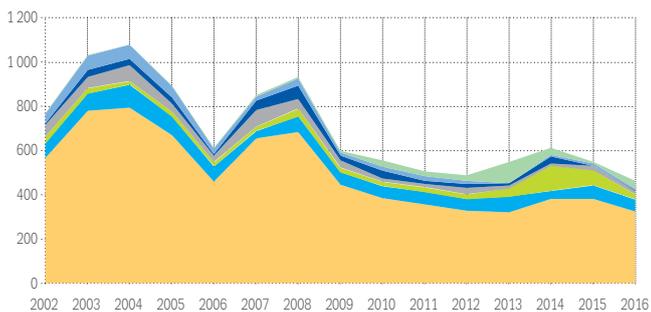
FIGURA 1.2

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

Número de apreensões

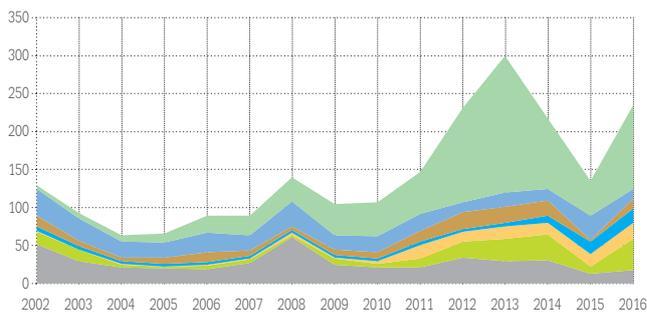


Resina (toneladas)



Turquia Reino Unido Portugal Outros países  
Itália França Espanha

Herbácea (toneladas)

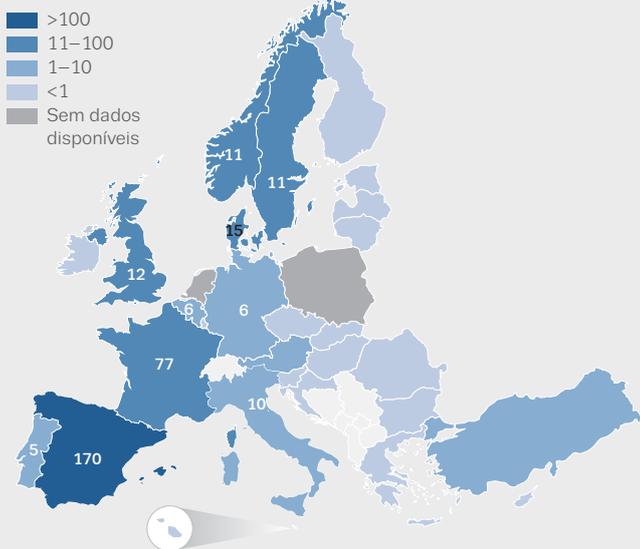


Turquia Reino Unido Grécia França  
Espanha Itália Outros países

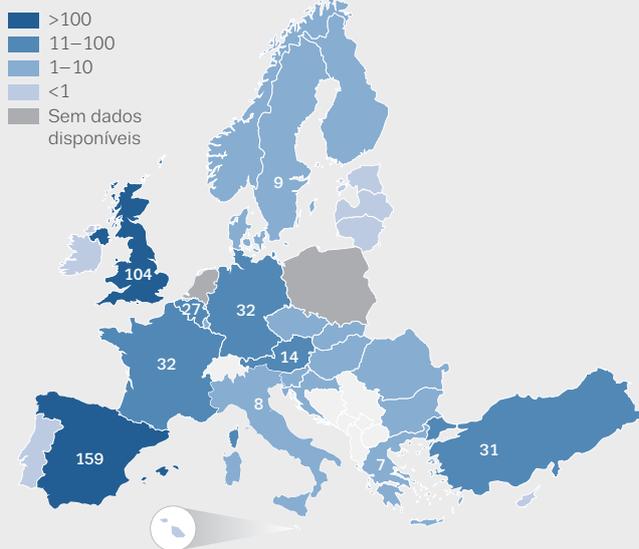
FIGURA 1.3

Apreensões de resina de canábis e canábis herbácea, 2016 ou ano mais recente

Número de apreensões de resina de canábis (milhares)

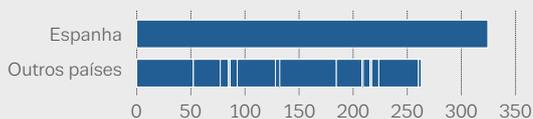


Número de apreensões de canábis herbácea (milhares)

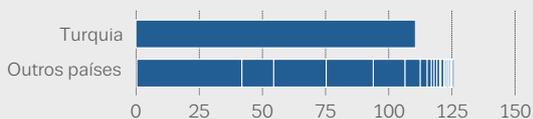


Nota: Número de apreensões (milhares) nos dez países com valores mais elevados.

Quantidade de resina de canábis apreendida (toneladas)



Quantidade de canábis herbácea apreendida (toneladas)



Europa ascendeu aos 11,5 milhões, devido à implementação de medidas intensivas de combate ao tráfico de droga nos Países Baixos nesse ano, sendo que em 2016 esse valor reduziu para os 3,3 milhões de plantas, um nível similar ao apresentado em anos anteriores. Em 2016, foram notificadas 1 200 apreensões de óleo de cânabís, um valor quase quatro vezes superior ao de 2015, com as maiores quantidades apreendidas a serem registadas na Turquia (53 litros) e na Dinamarca (14 litros).

A análise das tendências entre os países que comunicam dados sistematicamente mostra grandes aumentos na potência (conteúdo de THC - tetrahidrocanabinol) da cânabís herbácea e da resina de cânabís desde 2006. Até 2013, a potência destas duas formas de cânabís aumentou, sendo que desse ano em diante a potência da cânabís herbácea estabilizou, enquanto a potência da resina continuou a aumentar. Os factores que explicam este aumento da potência da resina podem incluir a introdução de técnicas de produção intensivas na Europa, a introdução de plantas altamente potentes e de novas técnicas em Marrocos e a introdução de novos produtos de resina derivados de plantas híbridas ou de multiestirpes. Embora a resina de cânabís tenha, em média, uma potência mais elevada do que a cânabís herbácea, os dados sugerem que têm preços similares.

### Apreensões de heroína: diminuição da quantidade

A heroína é o opiáceo mais comum no mercado da droga da UE, com um valor mínimo retalhista estimado de 6,8 mil milhões de euros (margem provável de

6,0 mil milhões de euros a 7,8 mil milhões de euros) em 2013. Tradicionalmente, estão disponíveis na Europa duas formas de heroína importada, a mais comum das quais é a heroína castanha (a forma química de base), proveniente essencialmente do Afeganistão. Muito menos comum é a heroína branca (a forma salina), 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 incluem o ópio e medicamentos como a morfina, a metadona, a buprenorfina, o tramadol e vários derivados do fentanilo. Alguns 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 vários laboratórios de transformação de morfina em heroína, nos Países Baixos, em Espanha e na República Checa, sugere que algumas quantidades de heroína são fabricadas 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 obtidos a preços mais reduzidos 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.

## HEROÍNA

### Apreensões

Número

**38 000** UE  **47 000** UE + 2

Quantidade

**4,3** UE  **9,9** UE + 2

### Preço

(EUR/g)

**140** €  
**35–65** €  
**22** €

### Pureza

(%)

**41** %  
**15–29** %  
**11** %

### Tendências indexadas

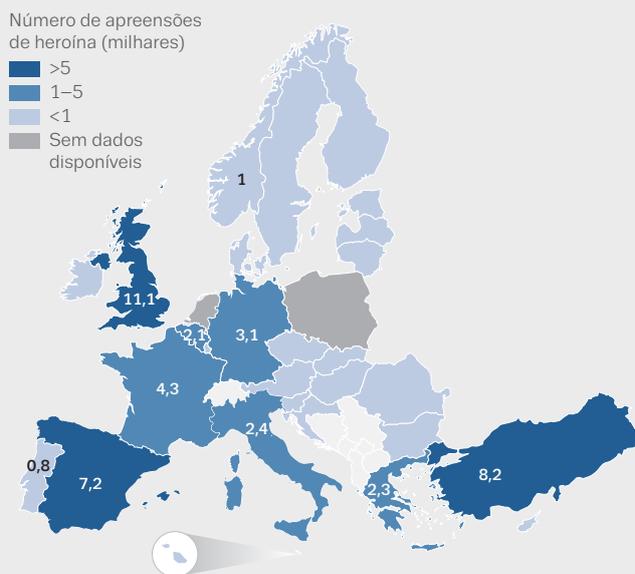
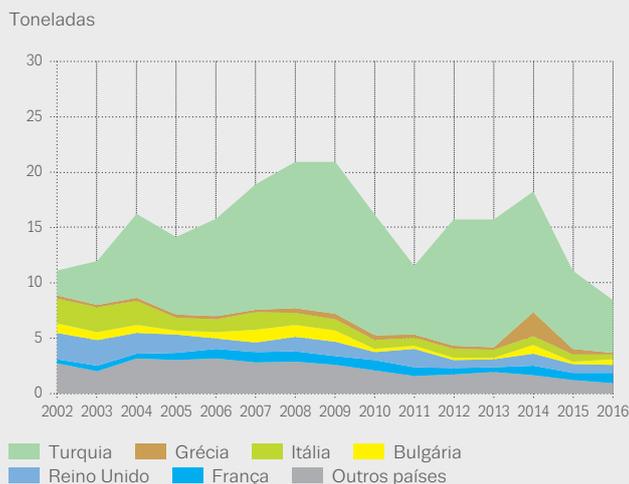
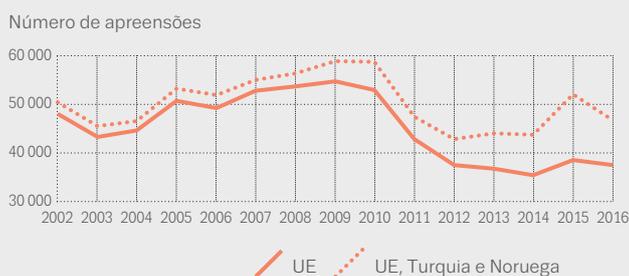
Preço e pureza



Nota: 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 2016 ou ano mais recente



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



A heroína é introduzida na Europa através de quatro rotas de tráfico principais. As duas mais importantes são a «rota dos Balcãs» e a «rota meridional». Uma destas rotas atravessa a Turquia até aos países balcânicos (Bulgária, Roménia ou Grécia) e prossegue para a Europa Central, Meridional e Ocidental. Também foi descoberta uma ramificação da rota dos Balcãs envolvendo a Síria e o Iraque. A rota meridional, onde as remessas provenientes do Irão e do Paquistão entram na Europa por via aérea ou marítima, quer diretamente, quer depois de transitarem

por países africanos, adquiriu importância nos últimos anos. Outras rotas incluem a «rota do norte» e uma rota a partir do Cáucaso Meridional e através do Mar Negro.

Os mercados de droga em vários países europeus registaram uma redução da disponibilidade de heroína no período de 2010/11, sendo esse facto evidenciado por uma redução geral das apreensões de 2009 a 2014, antes de estabilizar em 2015 e 2016. Entre 2002 e 2014, a quantidade de heroína apreendida na União Europeia

QUADRO 1.1

Apreensões de outros opiáceos que não a heroína em 2016

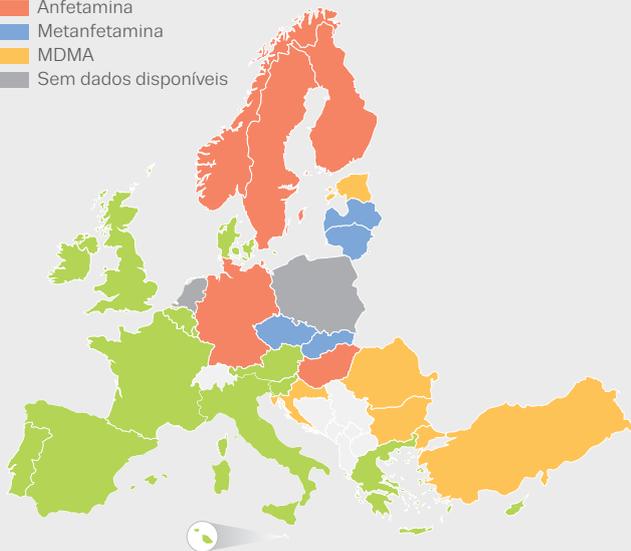
Opiáceo	Número	Quantidade			Número de países
		Quilogramas	Litros	Comprimidos	
Metadona	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfina	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Derivados do fentanilo	738	1,55	1,2	11 792 (†)	12
Morfina	225	11,08		4 201	13
Ópio	335	327,5			10
Codeína	339	20,65		9 506	9
Oxicodona	12	0,005		107	6

(†) Pensos.

FIGURA 1.5

Droga estimulante mais apreendida na Europa, 2016 ou dados mais recentes

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



caiu para metade, de 10 para 5 toneladas, tendo esse valor estabilizado nos últimos anos, com 4,3 toneladas registadas em 2016. A Turquia continua a registar mais apreensões de heroína do que o conjunto de todos os outros países europeus (Figura 1.4), embora a quantidade de heroína apreendida neste país tenha reduzido de 8,3 toneladas em 2015 para 5,6 toneladas em 2016. Entre os países que fornecem dados sistematicamente, as tendências indexadas sugerem que, após um período de rápido aumento a partir do valor mais baixo registado em 2012, a pureza da heroína na Europa diminuiu em 2016 face a 2015, enquanto o preço tem vindo a diminuir na última década.

Além da heroína, outros produtos opiáceos são apreendidos nos países europeus, mas estes representam uma pequena parcela das apreensões totais. Os outros opiáceos apreendidos com mais frequência são os opiáceos para fins medicinais, nomeadamente o tramadol,

a buprenorfina e a metadona (ver Quadro 1.1). Em 2016, verificou-se um aumento acentuado no número de comprimidos de tramadol apreendidos, tendo também sido apreendidas maiores quantidades de derivados do fentanilo.

### 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. Em 2013, o valor retalhista do mercado de estimulantes na União Europeia foi estimado entre 6,3 mil milhões de euros e 10,2 mil milhões de euros. Existem diferenças regionais significativas quanto ao estimulante que é mais apreendido (Figura 1.5), que são influenciadas pela localização dos portos de entrada, pelas rotas de tráfico, pelos principais centros de produção e pelos 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 leste da Europa.

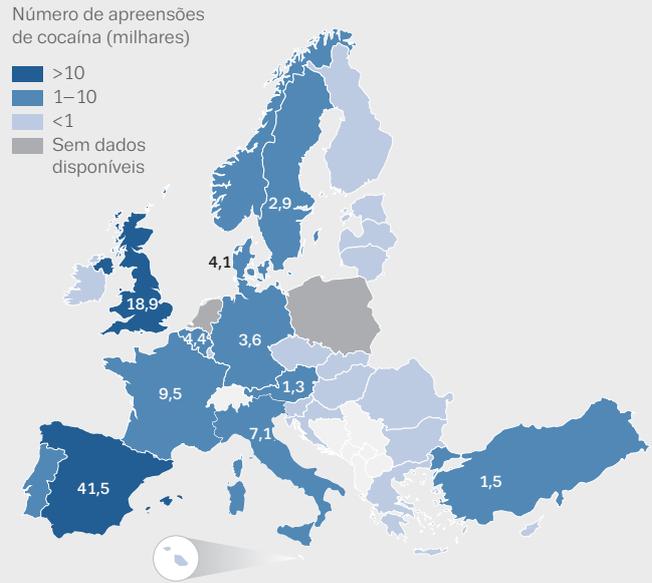
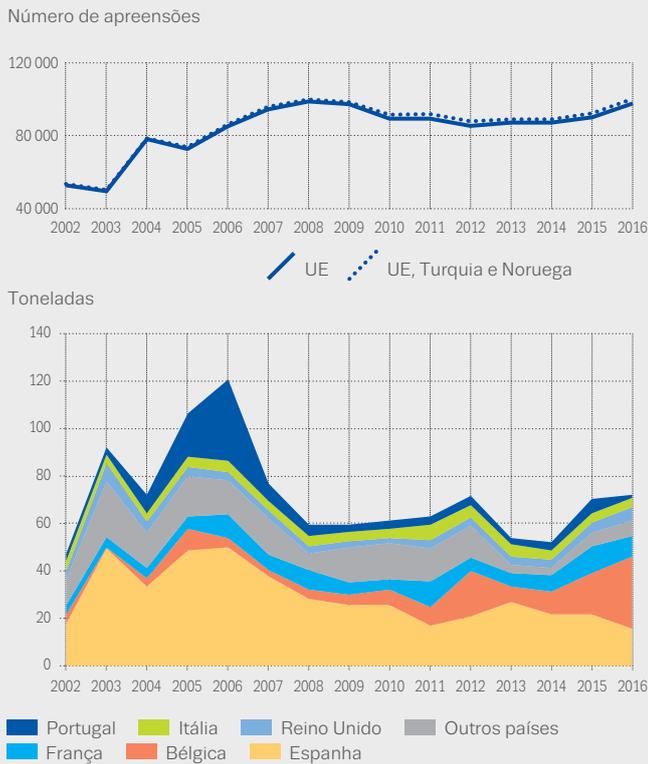
### Mercado da cocaína: um ressurgimento continuado

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 Bolívia, na Colômbia e no Peru. A cocaína é transportada para a Europa por diferentes meios, incluindo voos de passageiros, carga aérea, serviços postais, aeronaves privadas, iates e contentores de transporte marítimo. Em 2013, o mercado de retalho da cocaína na União Europeia foi estimado num valor mínimo de 5,7 mil milhões de euros.

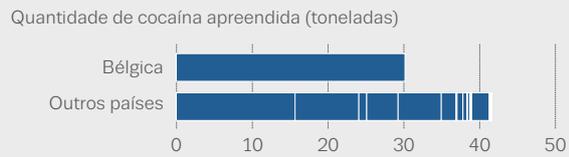
**A heroína é o opiáceo  
mais comum no mercado  
da droga da UE**

FIGURA 1.6

Número de apreensões de cocaína e quantidades apreendidas: tendências e 2016 ou ano mais recente



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



Em 2016, foram comunicadas cerca de 98 000 apreensões de cocaína na União Europeia, perfazendo um total de 70,9 toneladas. Em comparação com o ano precedente, verificou-se um pequeno aumento na quantidade de cocaína apreendida em 2016, e um aumento mais acentuado no número de apreensões (ver

Figura 1.6). Em 2016, a Bélgica registou um volume apreendido de cerca de 30 toneladas de cocaína, ou seja, 43 % do volume total estimado da UE, ultrapassando a Espanha (15,6 toneladas) como o país com o número anual mais elevado de apreensões desta droga. Foram também comunicadas apreensões totais de droga

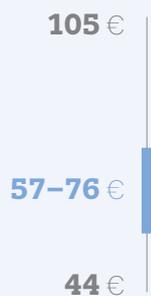
COCAÍNA

Apreensões



Preço

(EUR/g)



Pureza

(%)

Tendências indexadas

Preço e pureza



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

superiores a 5 toneladas na França (8,5 toneladas) e no Reino Unido (5,7 toneladas). Em termos globais, as tendências indexadas sugerem que a trajetória crescente da pureza da cocaína, evidente desde 2010, continuou em 2016, sendo o nível de pureza o mais elevado da última década.

Outros produtos de coca foram apreendidos na Europa em 2016, incluindo 569 kg de líquidos contendo cocaína e 3 kg de folhas de coca. Além disso, a apreensão de 79 kg de pasta de coca em Espanha e de 7 kg em Itália sugere a existência de laboratórios ilícitos que produzem cloridrato de cocaína na Europa. Este desenvolvimento indica uma alteração 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 era recuperada de materiais nos quais tinha sido incorporada (tais como vinhos, roupas, plásticos).

### Produção de droga: evolução química dos precursores

Os precursores são químicos essenciais ao fabrico de drogas ilícitas. Uma vez que muitos deles 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 (isto é, estes são adicionados à lista de substâncias controladas). A disponibilidade dos precursores tem um grande impacto no mercado de drogas sintéticas e nos métodos de produção utilizados em laboratórios ilícitos. As técnicas de produção estão constantemente a evoluir a fim de contornar os mecanismos de controlo e essas alterações e, normalmente, incluem a utilização de químicos não inventariados para produzir drogas sintéticas ou os seus precursores, como o químico detetado recentemente N-t-BOC-MDMA (N-*terc*-butiloxi-carbonilo-MDMA). O processamento ulterior requer mais químicos e gera mais resíduos, o que poderá resultar em danos ambientais.

Os dados fornecidos pelos Estados-Membros da UE 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 48 000 kg, em 2013, para cerca de 600 kg, em 2016. As apreensões de químicos alternativos, como a APAA (alfa-feniloacetato de acetamida) e derivados glicídicos de BMK, os quais podem ser convertidos em

## 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 sintéticas na União Europeia, 2016

Controlado/não controlado	Apreensões		Remessas intercetadas		TOTAIS	
	Número	Quantidade	Número	Quantidade	Número	Quantidade
<b>MDMA ou substâncias conexas</b>						
PMK (litros)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrole (litros)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Derivados glicídicos de PMK (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
<b>Anfetamina e metanfetamina</b>						
Efedrina, granel (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (litros)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrina, granel (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, ácido fenilacético (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Derivados glicídicos de BMK (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

BMK, que foram comunicadas pela primeira vez em 2015, aumentaram drasticamente em 2016.

As apreensões de PMK (piperonilo metil acetona) e de químicos não inventariados para o fabrico de MDMA aumentaram em 2016. As apreensões de PMK em França, de derivados glicídicos de PMK na Bulgária e remessas interceptadas de precursores de drogas em Espanha indicam que as rotas de tráfico se estão a diversificar.

### Anfetamina e metanfetamina: as apreensões permanecem estáveis

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

metanfetamina aumentou, mas ainda é muito inferior à de anfetamina.

Ambas as drogas são fabricadas na Europa para o mercado interno. Existem indicações de 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. Alguns destes países registaram o desmantelamento de laboratórios nos quais era realizada a fase final da produção, a conversão de óleo de base de anfetamina em sulfato de anfetamina. Isto indica uma mudança na localização desta fase do processo de fabrico, calculando-se que a mesma esteja associada a uma preferência de alguns grupos de traficar líquidos em vez do produto acabado para evitar as medidas de combate ao tráfico de droga.

Algumas anfetaminas são também fabricadas para exportação, sobretudo para o Médio Oriente, o Extremo Oriente e a Oceânia. As apreensões de comprimidos de anfetamina com o logótipo «Captagon» também

## ANFETAMINAS



### ANFETAMINA

#### Apreensões

Número

**34 000** UE **39 000** UE + 2

Quantidade

**5,7** UE **9,5** UE + 2

#### Preço

(EUR/g)



#### Pureza

(%)

**61 %**  
**20-31 %**  
**14 %**

### METANFETAMINA

#### Apreensões

Número

**9 000** UE **14 000** UE + 2

Quantidade

**0,5** UE **0,8** UE + 2

#### Preço

(EUR/g)

**170 €**  
**19-71 €**  
**15 €**

#### Pureza

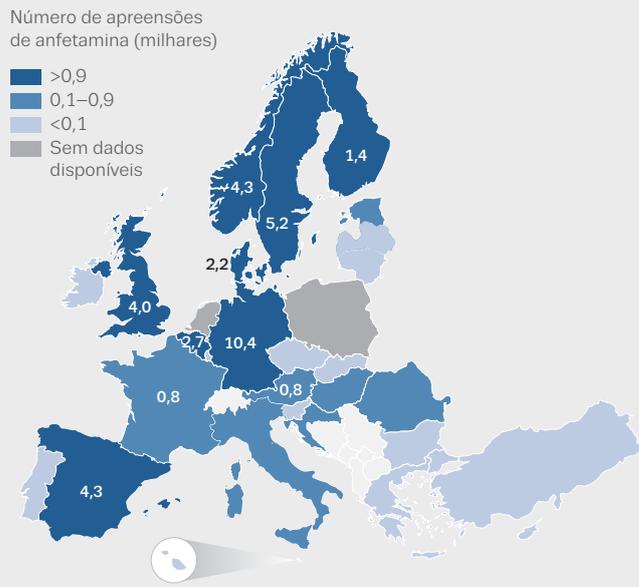
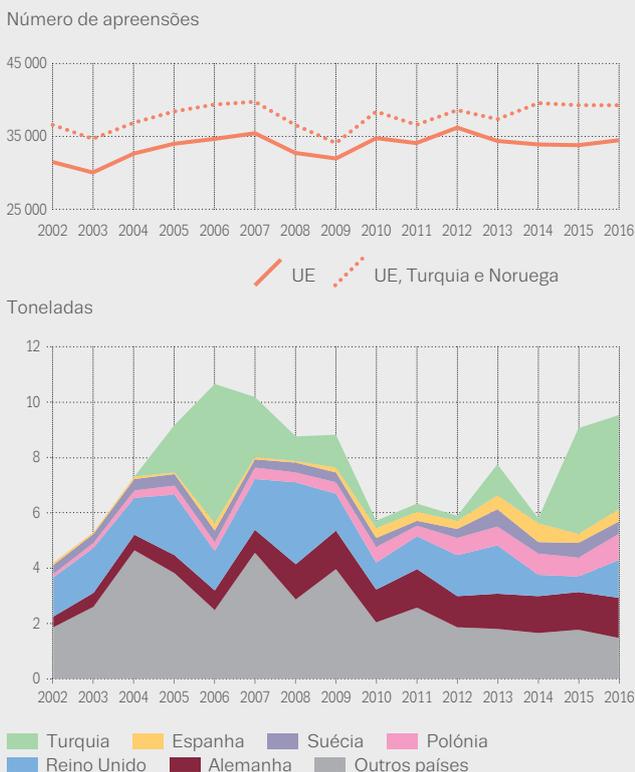
(%)

**73 %**  
**25-58 %**  
**22 %**

Nota: 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 2016 ou ano mais recente



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



aumentaram recentemente, em especial na Turquia, onde foram apreendidos mais de 13 milhões de comprimidos em 2016.

A República Checa e, mais recentemente, as zonas fronteiriças dos países vizinhos, são, desde há anos, a origem de muita da metanfetamina consumida na Europa. Na República Checa, a metanfetamina é produzida essencialmente a partir do precursor pseudoefedrina, o qual é extraído de medicamentos importados sobretudo da Polónia ou, cada vez mais, de outros países através da Polónia. A droga também pode ser produzida com BMK. Em 2016, dos 291 laboratórios ilegais de metanfetamina notificados na União Europeia, 261 estavam situados na República Checa. São predominantes os laboratórios de pequena escala que fornecem o mercado interno, mas também foram notificadas instalações de produção em grande escala envolvendo grupos de criminalidade organizada que produzem metanfetaminas para outros países europeus.

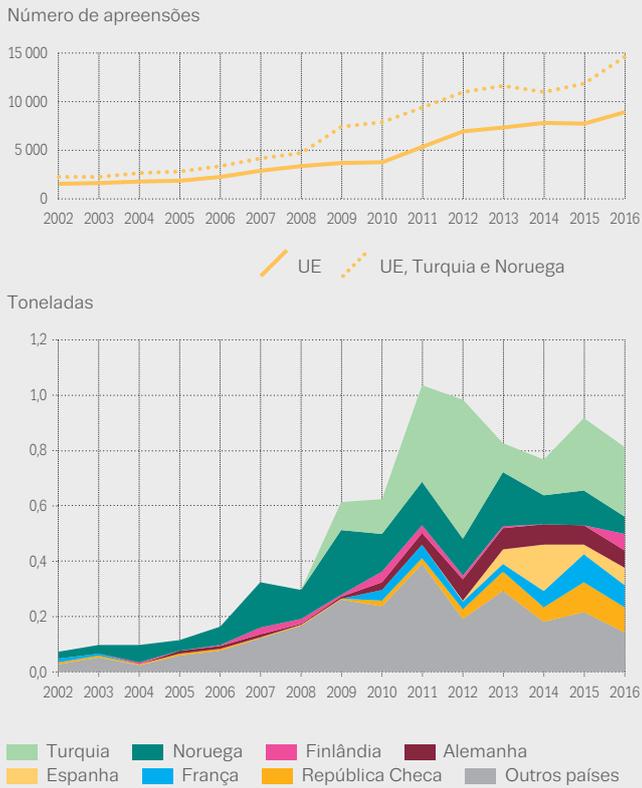
Em 2016, os Estados-Membros notificaram 34 000 apreensões de anfetamina, num total de 5,7 toneladas. Em termos gerais, a quantidade de anfetamina apreendida na União Europeia estabilizou, oscilando entre 5 e 6 toneladas por ano desde 2010 (Figura 1.7). As

apreensões de metanfetamina são em número muito inferior, com 9 000 apreensões notificadas na União Europeia, em 2016, num total de 0,5 toneladas, com a República Checa a apreender a maior quantidade (Figura 1.8). O número de apreensões de metanfetaminas apresenta uma tendência crescente desde 2002, enquanto a quantidade apreendida se mantém relativamente estável desde 2009. Em 2016, também foram apreendidas na Turquia grandes quantidades de anfetaminas, principalmente como «Captagon» (1,3 milhões de comprimidos ou um valor estimado de 3,4 toneladas de anfetamina), bem como 0,25 toneladas de metanfetamina.

Normalmente, as amostras de metanfetamina apresentam uma pureza média superior à das amostras de anfetamina.

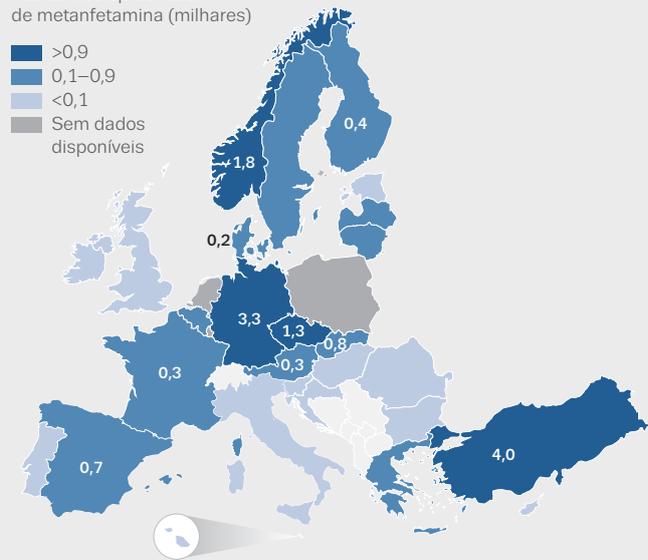
## FIGURA 1.8

Número de apreensões de metanfetamina e quantidades apreendidas: tendências e 2016 ou ano mais recente



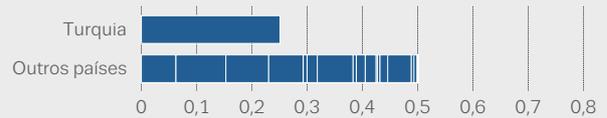
Número de apreensões de metanfetamina (milhares)

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



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

Quantidade de metanfetamina apreendida (toneladas)



### MDMA: aumento da produção e das apreensões

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) é uma droga sintética quimicamente relacionada com as anfetaminas, mas com efeitos diferentes. A MDMA é consumida sob

a forma de comprimidos (frequentemente denominados *ecstasy*), estando também disponível sob a forma de pó ou cristais. Estão constantemente a ser introduzidos no mercado novos desenhos de comprimidos de MDMA, em várias cores, formas e logótipos de marcas. Em 2013,

## MDMA

### Apreensões

Número

24 000 UE 31 000 UE + 2

Quantidade

5,3 UE 9,1 UE + 2

295 UE 306 UE + 2

### Preço

(EUR/comprimido)

16 €

6–11 €

4 €

### Pureza

(MDMA mg/comprimido)

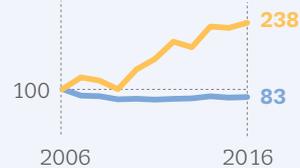
168

86–152

41

### Tendências indexadas

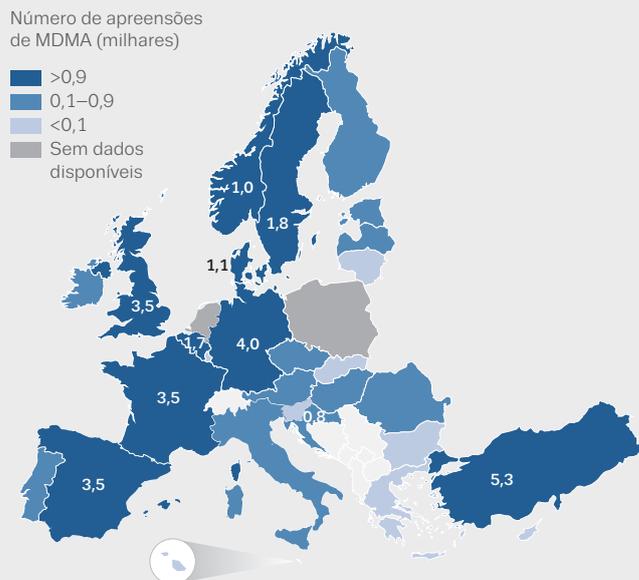
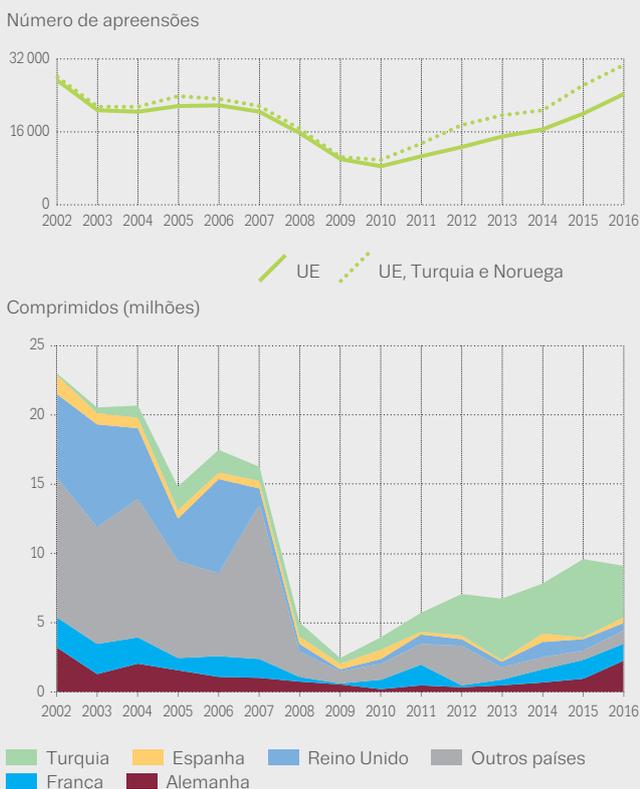
Preço e pureza



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

FIGURA 1.9

Número de apreensões de MDMA e quantidades apreendidas: tendências e 2016 ou ano mais recente



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



o mercado de retalho da MDMA na União Europeia foi estimado num valor de aproximadamente 0,7 mil milhões de euros. Após um período de pouca disponibilidade associada à falta de químicos precursores necessários para o seu fabrico, o mercado de MDMA conheceu um relançamento nos últimos anos. O teor médio de MDMA dos comprimidos tem aumentado desde 2009 e as quantidades elevadas de MDMA presentes em alguns lotes têm sido associadas a danos e mortes.

A produção de MDMA na Europa está principalmente concentrada nos Países Baixos e na Bélgica, com 11 laboratórios de MDMA desmantelados na União Europeia em 2016 (dez nos Países Baixos e um na Bélgica), mais do dobro do número verificado em 2015. A MDMA produzida na Europa também é exportada para outras partes do mundo; a polícia australiana, por exemplo, comunicou que a maior quantidade de MDMA apreendida de uma só vez na Austrália em 2016 (1,2 toneladas) era proveniente da Europa.

É difícil avaliar as tendências mais recentes das apreensões de MDMA devido à ausência de dados referentes a alguns países suscetíveis de contribuir largamente para o número total. Relativamente ao ano de 2016, não há dados disponíveis dos Países Baixos, e a Alemanha e a Polónia não comunicaram o número de

apreensões. Na ausência destas contribuições importantes, a quantidade de MDMA apreendida na União Europeia em 2016 aumentou e é estimada em 5,3 milhões de comprimidos e 295 quilogramas de pó de MDMA.

O número geral de apreensões de MDMA notificadas na União Europeia continua a aumentar desde 2010, enquanto a quantidade apreendida também aumentou ligeiramente durante o mesmo período, embora com oscilações de ano para ano. Em 2016, a Turquia também registou apreensões de grandes quantidades de MDMA, totalizando os 3,8 milhões de comprimidos (Figura 1.9). As tendências indexadas revelam que o teor de MDMA dos comprimidos apreendidos aumentou significativamente nos últimos anos.

**Apreensões de LSD, GHB e cetamina**

Na União Europeia, verificaram-se apreensões de outras drogas ilícitas, entre as quais cerca de 1 700 apreensões de LSD (dietilamida do ácido lisérgico) em 2016, num total de 97 000 unidades. O número total de apreensões de LSD praticamente duplicou desde 2010, embora a quantidade apreendida tenha oscilado. Catorze países da UE notificaram cerca de 1 800 apreensões de cetamina, totalizando uma

estimativa de 83 kg da droga, na sua maioria efetuadas pela Dinamarca, pela Itália e pelo Reino Unido. A Noruega também notificou um menor número de apreensões de cetamina, 50 apreensões num total de 0,2 kg. Em 2016, treze países da UE, bem como a Noruega e a Turquia, comunicaram apreensões de GHB (gama-hidroxibutirato) ou GBL (gama-butirolactona). Em conjunto, estima-se um total de 1 700 apreensões, totalizando quase 360 kg e 1 400 litros da droga, sendo a Noruega responsável por mais de um quarto do número total de apreensões.

### Novas substâncias psicoativas: um mercado complexo

No final de 2017, o EMCDDA monitorizava mais de 670 novas substâncias psicoativas que foram identificadas na Europa. Estas substâncias não estão abrangidas pelos controlos internacionais em matéria de droga e constituem um vasto conjunto de drogas, como os canabinoides sintéticos, os estimulantes, os opiáceos e as benzodiazepinas (Figura 1.10). Na maioria dos casos, são comercializadas como substitutos «legais» de drogas ilícitas; noutros, são destinadas a pequenos grupos que querem experimentá-las em busca de novos efeitos.

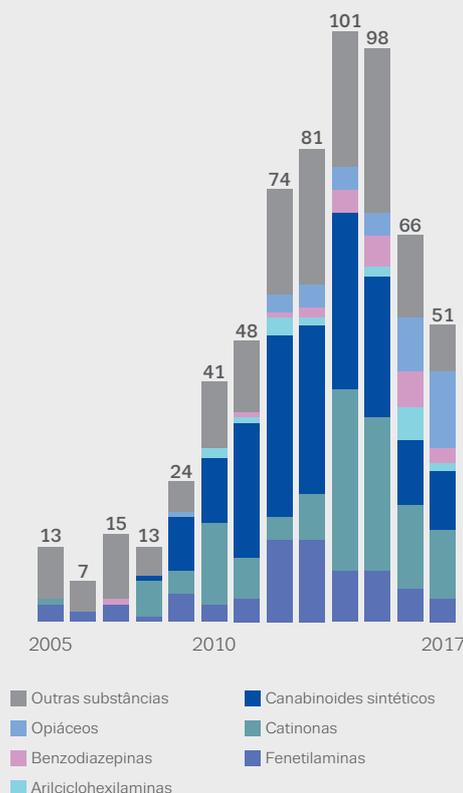
Em muitos casos, as novas substâncias são produzidas a granel por empresas químicas e farmacêuticas da China. Daí, são expedidas para a Europa, onde são transformadas em produtos acabados, embaladas e vendidas. Por outro lado, algumas novas substâncias podem ter origem em medicamentos, que são desviados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

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

Quase 70 % das novas substâncias identificadas através do mecanismo de alerta rápido da União Europeia foram detetadas nos últimos cinco anos. Em 2017, foram detetadas pela primeira vez 51 novas substâncias na Europa. Este valor é inferior ao dos 5 anos anteriores

FIGURA 1.10

Número e principais grupos de novas substâncias psicoativas notificadas pela primeira vez ao mecanismo de alerta rápido da UE, 2005–2017



e representa um declínio face ao valor máximo de 100 novas identificações por ano atingido em 2014 e 2015. As causas desta redução não são claras, mas podem dever-se, em parte, às medidas adotadas pelos governos nacionais europeus para proibir novas substâncias, em especial a sua venda livre. As medidas de controlo e as operações de aplicação da lei na China, que visam os laboratórios que produzem novas substâncias, podem constituir um fator importante.

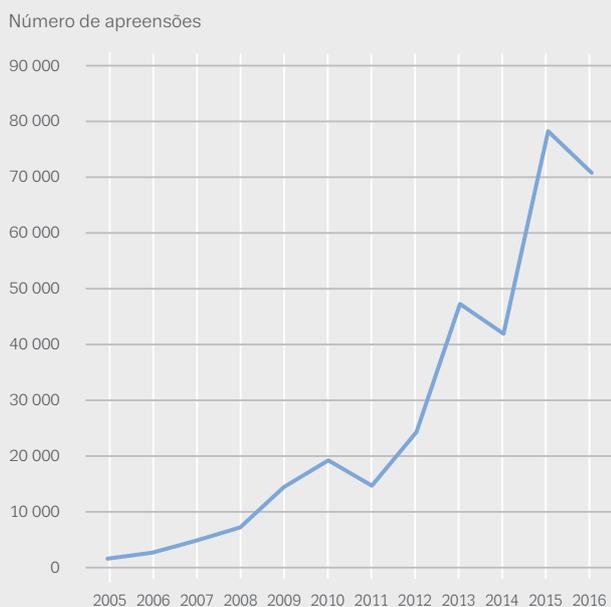
O número anual de novas substâncias detetadas pela primeira vez é apenas uma das várias métricas que o EMCDDA utiliza para compreender o mercado global. Por exemplo, mais de 50 % (369) das novas substâncias que estão a ser monitorizadas continuaram a ser detetadas no mercado de droga da Europa durante o ano de 2016, o que ilustra o grau de complexidade que este mercado atingiu.

### Apreensões de novas substâncias psicoativas: as catinonas sintéticas e os canabinoides continuam a predominar

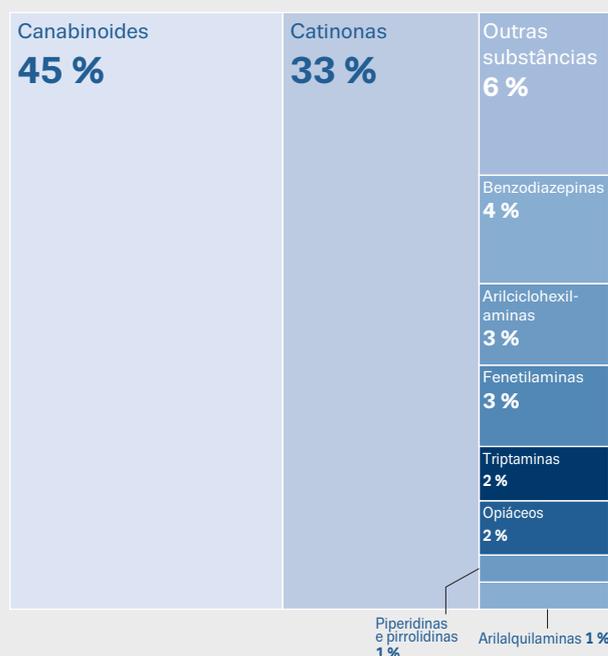
Em 2016, foram notificadas quase 71 000 apreensões de novas substâncias psicoativas através do mecanismo de alerta rápido da UE (Figura 1.11). Em conjunto, as

FIGURA 1.11

Número de apreensões de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE: tendências e distribuição por categoria em 2016



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



catinonas sintéticas e os canabinoides sintéticos representaram, em 2016, quase 80 % de todas as apreensões e 80 % de todas as quantidades apreendidas de novas substâncias. Observou-se uma diminuição geral das quantidades apreendidas em 2016 face ao ano anterior. Contudo, verificou-se um aumento das quantidades apreendidas de catinonas sintéticas, benzodiazepinas e opiáceos sintéticos. Os totais de apreensões de novas substâncias na Europa devem ser considerados como valores mínimos, uma vez que os dados são obtidos de relatórios de casos e não de sistemas de monitorização. As apreensões notificadas são influenciadas por um conjunto de fatores como o conhecimento de novas substâncias, a alteração do seu estatuto legal, as capacidades e prioridades de aplicação da lei e as práticas de notificação das autoridades de aplicação da lei.

### Novos opiáceos sintéticos

No total, foram detetados 38 novos opiáceos no mercado de droga da Europa desde 2009, incluindo 13 notificados pela primeira vez em 2017. Este total inclui 28 derivados do fentanilo, dos quais 10 foram notificados pela primeira vez em 2017. Embora representem atualmente uma pequena parcela do mercado de droga europeu, os novos derivados do fentanilo são substâncias muito potentes que constituem uma séria ameaça para a saúde individual e pública.

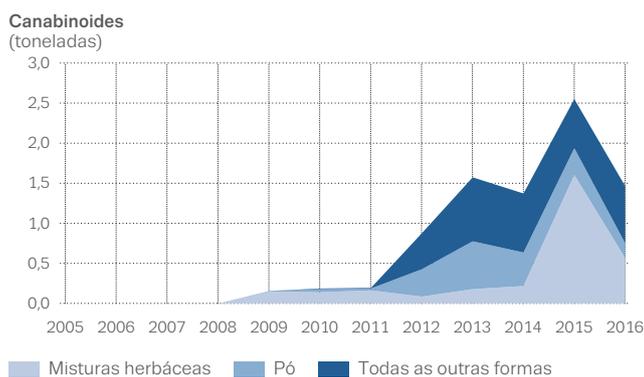
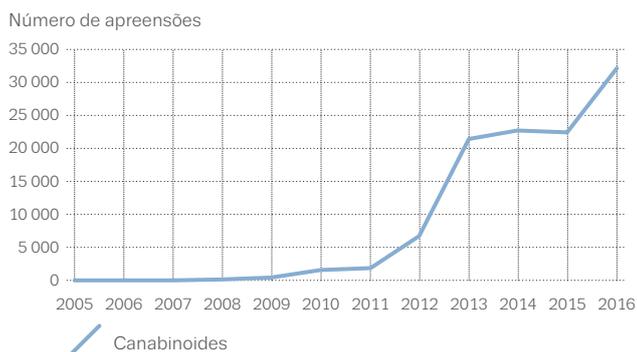
Os novos opiáceos têm sido apreendidos em várias formas: pós (forma predominante), comprimidos e líquidos. Em 2016, foram apreendidos cerca de 4,6 litros de opiáceos sintéticos, um aumento em relação aos 1,8 litros notificados no ano anterior. Mais de 70 % das cerca de 1 600 apreensões de novos opiáceos sintéticos notificadas em 2016 eram derivados do fentanilo. Foram encontrados derivados do fentanilo em 96 % dos líquidos apreendidos. Uma das preocupações a este respeito é o aparecimento no mercado de vaporizadores nasais que contêm derivados do fentanilo, como o acrilioilfentanilo, o furanilfentanilo, o 4-fluoro-isobutirilfentanilo, o tetrahydro-furanilfentanilo e o carfentanilo. Em 2016, os novos opiáceos representaram 2,3 % do número total de apreensões de novas substâncias, um aumento face ao valor de 0,8 % notificado em 2015.

### Canabinoides sintéticos

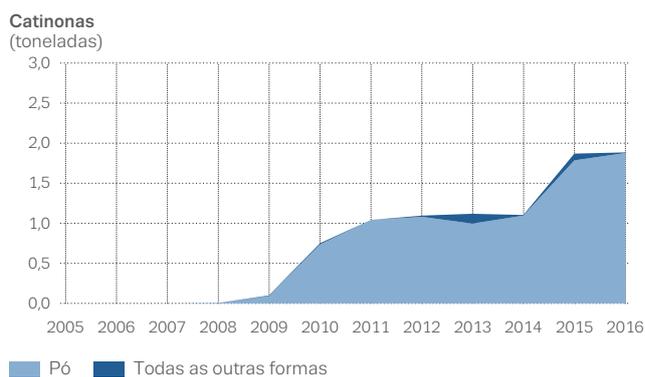
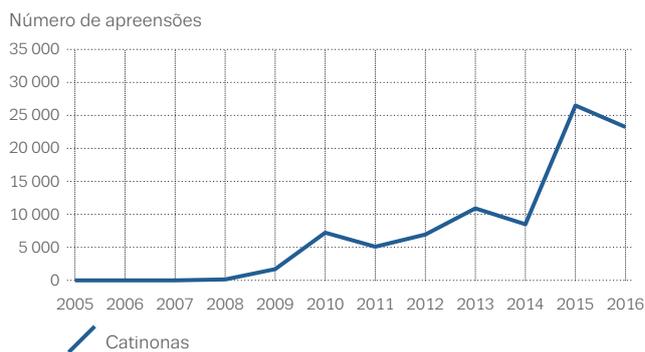
Os canabinoides sintéticos são substâncias que imitam os efeitos do delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), a substância que é a principal responsável pela maioria dos efeitos psicoativos da canábida. Os produtores europeus importam remessas a granel de pós de canabinoides e misturam-nos com a matéria vegetal seca. Estes produtos são comercializados como substitutos legais da canábida e vendidos como «misturas herbáceas para fumar». Os canabinoides sintéticos continuam a ser o maior grupo de novas substâncias monitorizadas pelo EMCDDA e estão a aumentar a sua diversidade química, com 179 deteções desde 2008 (incluindo 10 notificações em 2017).

FIGURA 1.12

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



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



Em 2016, os canabinoides sintéticos tornaram a ser as substâncias psicoativas mais apreendidas, com pouco mais de 32 000 apreensões notificadas (Figura 1.12). Tal corresponde a um aumento de quase 10 000 apreensões face ao ano anterior e a quase metade do número total de apreensões de novas substâncias psicoativas notificadas em 2016. Em 2016, os cinco canabinoides sintéticos mais apreendidos foram o MDMB-CHMICA, o AB-CHMINACA, o UR-144, o 5F-AKB48 e o AMB-FUBINACA.

As apreensões de canabinoides sintéticos corresponderam a quase 1,5 toneladas das substâncias. Isto representa uma descida significativa face às 2,5 toneladas apreendidas em 2015. As misturas herbáceas corresponderam a 40 % das quantidades apreendidas em 2016, com os pós a representarem quase 13 %.

A apreensão de canabinoides sintéticos em pó, em conjunto com a deteção de instalações de transformação na Europa, indica que os produtos são embalados na Europa. Os pós apreendidos, se transformados em «misturas herbáceas para fumar», seriam suscetíveis de produzir muitos milhões de doses. Em 2016, os canabinoides mais apreendidas na forma de pó foram o AM-6527 derivado 5-fluoropentil (54 kg), o CUMYL-4CN-

BINACA (50 kg), o AMB-FUBINACA (27 kg), o 5F-MDMB-PINACA (15 kg) e o AB-FUBINACA (7 kg).

### Catinonas sintéticas

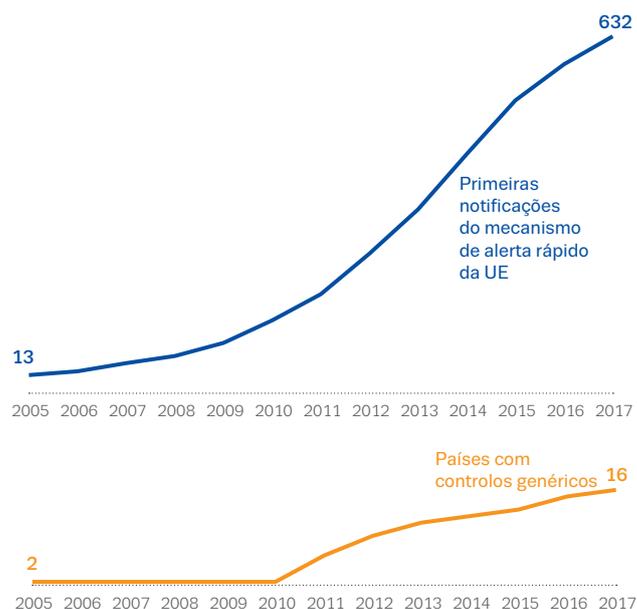
As catinonas sintéticas são quimicamente relacionadas com a catinona, um estimulante que ocorre naturalmente na planta *khat* (*Catha edulis*). Estas substâncias têm efeitos semelhantes às drogas estimulantes ilícitas comuns, como a anfetamina, a cocaína e a MDMA. As catinonas sintéticas são o segundo maior grupo de novas substâncias monitorizadas pelo EMCDDA, com 130 detetadas no total, incluindo 12 detetadas pela primeira vez em 2017.

As catinonas sintéticas foram o segundo grupo de substâncias psicoativas mais apreendido em 2016, com mais de 23 000 apreensões, representando quase um terço do número total de apreensões, o que equivale a uma ligeira diminuição em relação ao valor do ano anterior. Em 2016, as cinco catinonas mais apreendidas foram a alpha-PVP, a 3-CMC, a 4-CMC, a N,N-4-metildimetcatinona e a 3-MMC.

As apreensões destas substâncias representaram um total de quase 1,9 toneladas, tornando as catinonas sintéticas

FIGURA 1.13

Apresentação de novas substâncias psicoativas e introdução de controlos de grupo genéricos na Europa, desde 2005



o grupo de novas substâncias psicoativas mais apreendido em termos de quantidade em 2016 (Figura 1.12). As catinonas sintéticas encontram-se normalmente na forma de pó. As catinonas mais apreendidas na forma de pó foram a 4-CMC (890 kg), a 4-CEC (247 kg), a NEH (186 kg), a 3-MMC (126 kg) e a mexedrone (50 kg).

### Novas benzodiazepinas

O EMCDDA está atualmente a monitorizar 23 novas benzodiazepinas, três das quais foram detetadas pela primeira vez na Europa em 2017. Algumas novas benzodiazepinas são vendidas em comprimidos, cápsulas ou pós com os seus próprios nomes. Noutros casos, os falsificadores utilizam estas substâncias para produzir falsos ansiolíticos comumente prescritos, tais como diazepam e alprazolam, que eram vendidos diretamente no mercado de drogas ilícitas. Embora o número de apreensões de benzodiazepinas tenha diminuído em 2016 face a 2015, a quantidade apreendida aumentou significativamente. Durante o ano de 2016, foram apreendidos mais de 500 000 comprimidos contendo benzodiazepinas, tais como diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam e fonazepam, um aumento de cerca de dois terços em comparação com o número registado em 2015.

### Novas substâncias psicoativas: novas respostas a nível jurídico

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

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

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

Durante vários anos, a maioria dos países europeus 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 (Figura 1.13). 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 adotou uma abordagem genérica adicionou 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.

Ao nível da UE, o quadro jurídico implementado para dar resposta às ameaças a nível social e para a saúde pública causadas pelas novas substâncias psicoativas, que remonta a 2005, está a ser revisto com o objetivo de estabelecer um sistema mais rápido e mais eficaz. 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

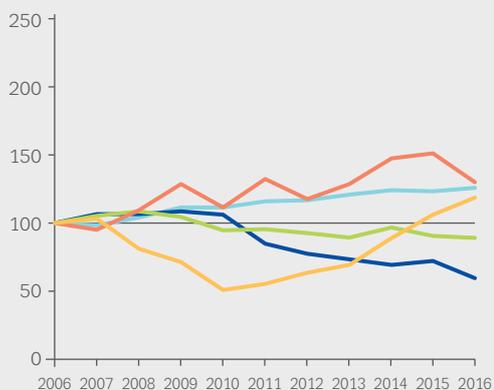
**O EMCDDA está atualmente a monitorizar 23 novas benzodiazepinas**

## FIGURA 1.14

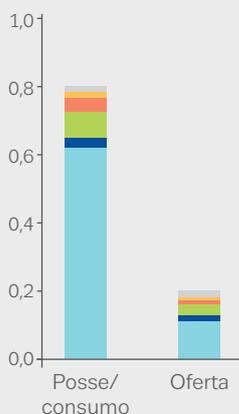
## Infrações à legislação europeia relativa ao consumo ou à posse para consumo ou oferta de droga: tendências indexadas e infrações notificadas em 2016

## 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.

risco, 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.

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

A aplicação da legislação é monitorizada através dos dados relativos às infrações notificadas. Em 2016, a União Europeia comunicou cerca de 1,5 milhões de infrações à legislação em matéria de droga, o que representa um aumento de um terço (33 %) desde 2006. A maioria destas infrações (74 %) está relacionada com o consumo ou posse de droga, num total de cerca de um milhão de infrações em 2016, o que representa um aumento de 28 % em comparação com o ano de 2006. Mais de três quartos das infrações por consumo ou posse de droga estavam relacionados com a canábis (77 %). Em 2016, 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 14 % desde 2006, com uma estimativa de mais de 200 000

casos em 2016. A canábis representou a maioria das infrações por oferta de droga (57 %). Registou-se um aumento acentuado de notificações de infrações por oferta de MDMA desde 2013 (Figura 1.14).

## SAIBA MAIS

**Publicações do EMCDDA****2018**

Country Drug Reports 2018.

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

**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 Papers.

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

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**

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.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

**2016**

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

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

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

**2015**

EMCDDA–Europol Joint Report on  $\alpha$ -PVP.

**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](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 2

**O consumo de drogas  
na Europa engloba atualmente  
um maior leque de substâncias  
do que no passado**

# 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 prevalência do consumo de canábis é cerca de cinco vezes superior à do consumo de outras substâncias. Apesar de o consumo de heroína e de outros opiáceos continuar a ser relativamente raro, estas substâncias continuam a ser as mais comumente associadas às formas mais nocivas de consumo, incluindo o consumo de drogas injetáveis. 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.

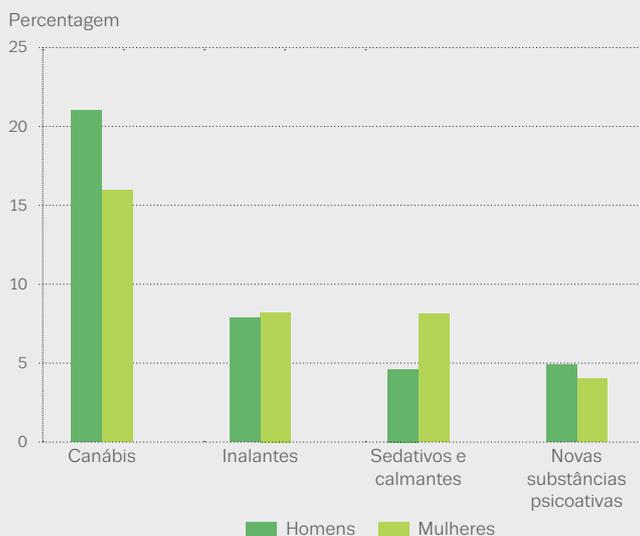
Os inquéritos realizados junto de estudantes e da população em geral fornecem uma perspetiva da prevalência do consumo experimental e recreativo de drogas. Os resultados destes inquéritos podem ser complementados pela análise dos resíduos de droga presentes nas águas residuais das cidades europeias.

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

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

FIGURA 2.1

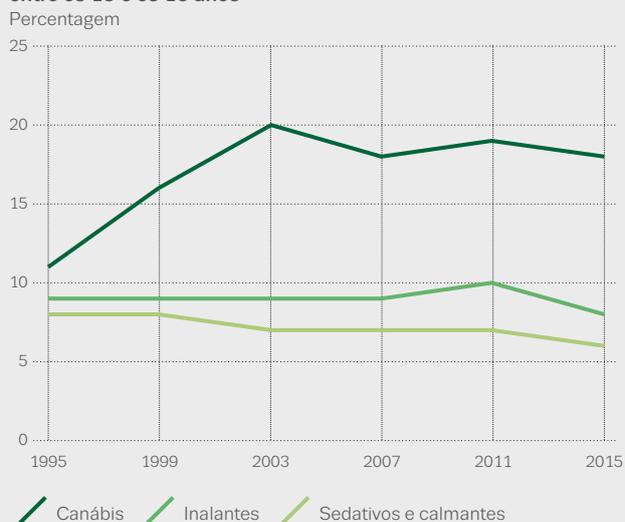
Consumo de substâncias ao longo da vida entre estudantes europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos, por género



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

FIGURA 2.2

Tendências na prevalência ao longo da vida do consumo de canábis, inalantes e medicamentos (sedativos e calmantes sem prescrição médica) entre os estudantes europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos



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

### Consumo de substâncias entre os estudantes: tendências estáveis ou de redução

A monitorização do consumo de substâncias entre os estudantes fornece indicações importantes sobre os atuais comportamentos de risco dos jovens e as possíveis tendências no futuro. Em 2015, o Projeto Europeu de Inquérito Escolar sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD) realizou a sexta ronda de recolha de dados desde a sua origem, em 1995. Este último inquérito recolheu dados comparáveis sobre o consumo de substâncias entre estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos em 35 países europeus, incluindo 23 Estados-Membros da UE e a Noruega. Nesses 24 países, uma média de 18 % dos estudantes afirmou ter consumido canábis pelo menos uma vez (prevalência ao longo da vida), com os maiores níveis indicados pela República Checa (37 %) e pela França (31 %), em que 8 % afirmaram ter consumido nos últimos 30 dias. O consumo de drogas ilícitas, que não a canábis (MDMA/ecstasy, anfetamina, cocaína, metanfetamina e alucinogénios), era muito inferior, com uma prevalência global de 5 % ao longo da vida.

O inquérito também englobou o consumo de outras substâncias tais como inalantes, medicamentos e novas substâncias psicoativas. Entre os participantes da União Europeia e da Noruega, a prevalência ao longo da vida do consumo de inalantes é de 8 % (com a prevalência a variar entre os 3 % na Bélgica (Flandres) e os 25 % na Croácia). O consumo ao longo da vida de sedativos e calmantes

sem prescrição médica foi registado, em média, por 6 % dos estudantes (a variar entre 2 % na Roménia e os 17 % na Polónia). Por sua vez, o consumo ao longo da vida de novas substâncias psicoativas foi registado, em média, por 4 % dos estudantes (a variar entre 1 % na Bélgica (Flandres) e 10 % na Estónia e Polónia) (Figura 2.1). Entre os consumidores de novas substâncias psicoativas nos últimos 12 meses (3,2 % dos participantes), as «misturas herbáceas para fumar» foram as substâncias mais consumidas deste grupo (comunicado por 2,6 % de todos os participantes), sendo menos comum o consumo de pós, cristais ou comprimidos, líquidos ou outras formas de novas substâncias psicoativas.

Entre os 22 países com dados suficientes para análise, os valores correspondentes ao consumo de canábis ao longo da vida atingiram um pico em 2003, seguidos por uma diminuição ligeira no inquérito de 2007 (Figura 2.2). Desde então, a prevalência tem-se mantido relativamente estável. Verificou-se uma diminuição do consumo ao longo da vida de inalantes entre 2011 (10 %) e 2015 (8 %), no entanto, entre 1995 e 2015, a tendência a longo prazo manteve-se relativamente estável (Figura 2.2). No caso dos sedativos e calmantes, o consumo ao longo da vida diminuiu ligeiramente entre 1995 e 2015, com uma prevalência de consumo entre raparigas consistentemente superior à dos rapazes para o mesmo período. Os dados sobre as tendências relativas às novas substâncias psicoativas do ESPAD não estão disponíveis, uma vez que as perguntas quanto ao consumo destas drogas foram incluídas pela primeira vez em 2015.

### Mais de 92 milhões de adultos já experimentaram drogas ilícitas

Estima-se que mais de 92 milhões de pessoas, ou seja, um pouco mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos de idade da União Europeia, já tenham experimentado drogas ilícitas durante as suas vidas. A experiência de consumo de drogas verifica-se com mais frequência no sexo masculino (56,0 milhões) do que no feminino (36,3 milhões). A canábis é a droga mais experimentada (53,5 milhões de homens e 34,3 milhões de mulheres), seguida da cocaína, que apresenta estimativas de consumo ao longo da vida muito inferiores (11,8 milhões de homens e 5,2 milhões de mulheres), da MDMA (9,0 milhões de homens e 4,5 milhões de mulheres) e das anfetaminas (8,0 milhões de homens e 4,0 milhões de mulheres). Os níveis de consumo ao longo da vida de canábis variam consideravelmente entre países, de cerca de 41 % dos adultos em França para menos de 5 % em Malta.

Os valores do último ano referentes ao consumo de drogas permitem avaliar o consumo recente de drogas e revelam que o consumo atinge principalmente a população adulta jovem. Estima-se que 18,9 milhões de jovens adultos (15-34 anos) tenham consumido drogas no último ano, com uma proporção de dois para um entre os consumidores do sexo masculino e do sexo feminino.

### Consumo de canábis: em geral, estável, mas com grandes variações nacionais

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

Estima-se que 87,6 milhões de adultos na União Europeia (15-64 anos), ou 26,3 % deste grupo etário, tenham experimentado canábis durante as suas vidas. Destes, estima-se que 17,2 milhões de jovens adultos (15-34 anos), ou seja, 14,1 % deste grupo etário, 9,8 milhões dos quais com idades compreendidas entre 15 e 24 anos (17,4 % desta faixa etária), tenham consumido canábis no último ano. As taxas de prevalência no último ano na faixa etária dos 15 aos 34 anos variam entre 3,5 % na Hungria e 21,5 % 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.

Os resultados do inquérito mais recente revelam que, no último ano, a maioria dos países continuou a apresentar tendências estáveis ou crescentes em termos do consumo de canábis entre jovens adultos. Dos países que realizaram inquéritos desde 2015 e indicaram intervalos de confiança, oito comunicaram estimativas mais elevadas, nove tinham estabilizado e dois comunicaram

## CONSUMIDORES DE CANÁBIS QUE INICIAM TRATAMENTO



#### Características

16% 84%



16 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  
57 000 Utentes anteriormente tratados

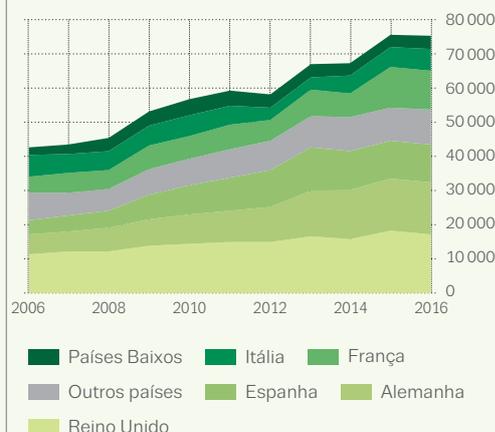
59% 41%

#### Frequência do consumo no último mês

consumo médio de 5,5 dias por semana



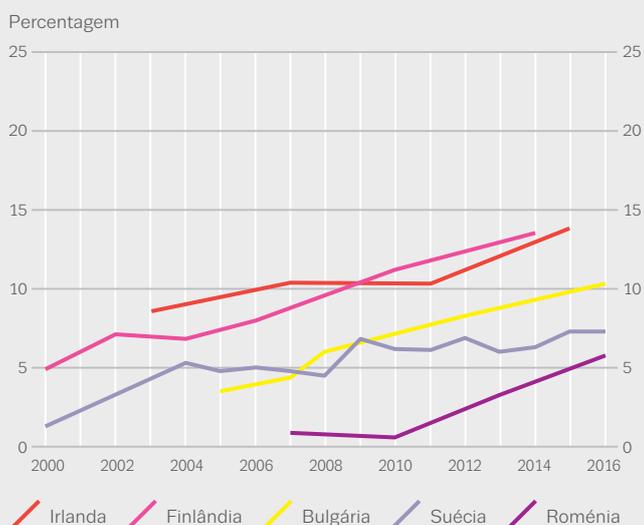
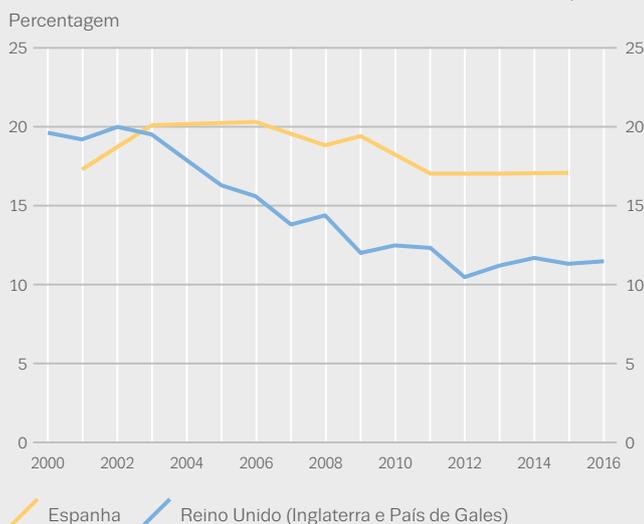
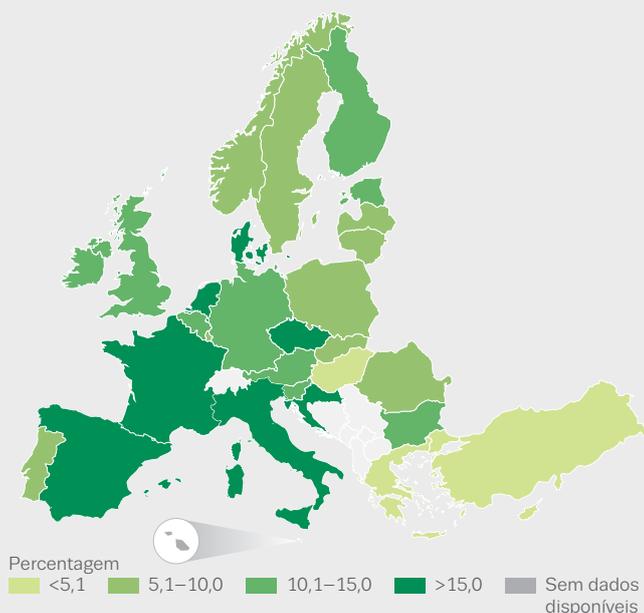
#### Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



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 25 países. Apenas os países com dados disponíveis para, pelo menos, 9 dos 11 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.

FIGURA 2.3

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



estimativas mais baixas do que no inquérito comparável anterior.

Poucos países possuem dados suficientes provenientes de inquéritos para proceder a uma análise estatística das tendências do consumo de canábis entre jovens adultos (15-34 anos) no último ano. Entre estes, as tendências de redução a longo prazo, observadas durante a última década em Espanha e no Reino Unido, estão agora estabilizadas, de acordo com os dados mais recentes (Figura 2.3).

Na última década, 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 14,1 % e, embora com níveis recentes mais reduzidos, a Bulgária, a Roménia e a Suécia. Em 2016, entre os países a notificar os dados dos inquéritos mais recentes, os Países Baixos confirmaram uma prevalência pouco abaixo de 16 % através da realização de um terceiro inquérito anual semelhante. Na Dinamarca, um inquérito realizado em 2017 registou uma das raras quebras: 15,4 % por oposição à estimativa de 17,6 % prevista em 2013.

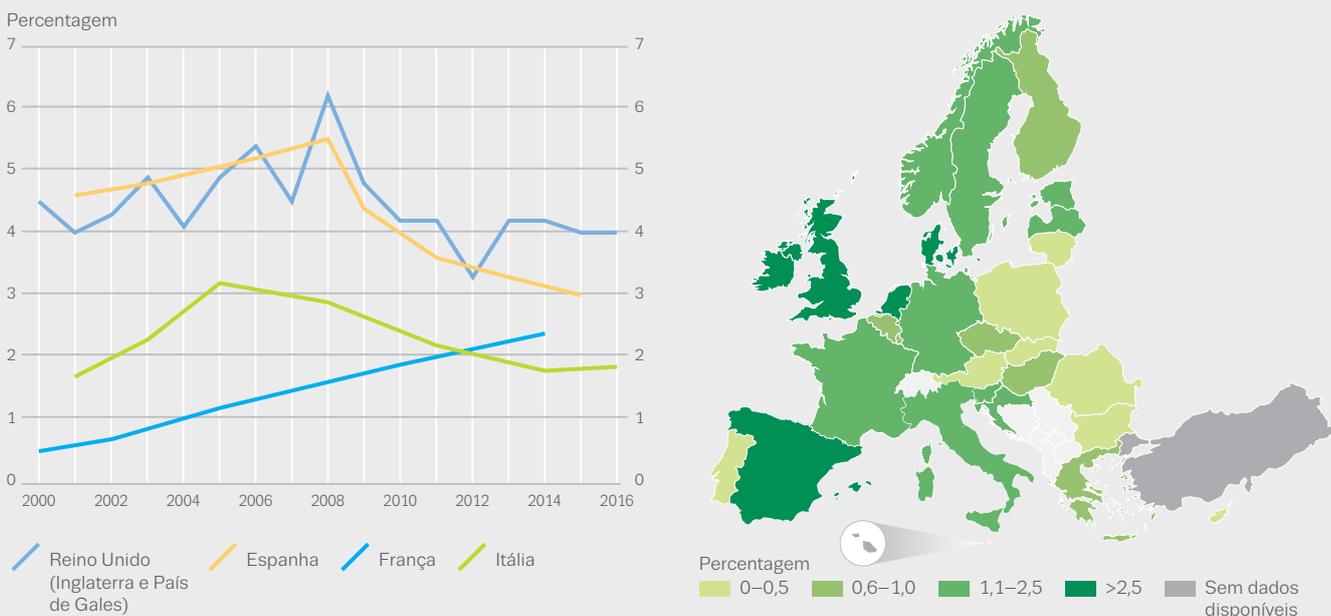
### Consumo de canábis de alto risco: uma tendência crescente

Com base nos inquéritos realizados à população em geral, estima-se que cerca de 1 % dos adultos europeus é consumidor diário ou quase diário de canábis, ou seja, tenha consumido esta droga em 20 dias ou mais do último mês. Cerca de 37 % dessas pessoas são consumidores com mais idade, entre os 35 e os 64 anos, em que 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 2016, mais de 150 000 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. Em termos gerais, nos 25 países com dados disponíveis, o número de utentes que iniciaram tratamento pela primeira vez devido a problemas com a canábis aumentou em 76 % entre 2006 e 2016, com a maioria (18) dos países a registar um aumento neste período de tempo. Vários fatores poderão estar subjacentes a esta subida, incluindo uma maior prevalência do consumo de canábis entre a população em geral, aumentos no número de

FIGURA 2.4

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



consumidores intensivos, a oferta de produtos mais potentes, alterações na percepção dos riscos e aumentos nos níveis de prestação de cuidados e nas práticas de referência para tratamento, especialmente no sistema penal. Em 2016, de um modo geral, 50 % dos consumidores de canábis como droga principal que iniciaram o tratamento pela primeira vez comunicaram um consumo diário desta droga no último mês. Contudo, a percentagem de consumidores diários varia muito entre os países, desde os 10 % ou menos registados na Letónia, Hungria e Roménia aos 60 % ou mais registados em Espanha, na França, nos Países Baixos e na Turquia.

**Consumo de cocaína: estável, de modo geral, mas com 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. Em traços gerais, podem distinguir-se duas categorias de consumidores regulares: os mais bem integrados socialmente, que frequentemente inalam cocaína em pó (cloridrato de cocaína), e os marginalizados, que consomem cocaína injetável ou fumam crack (cocaína base), 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 17,0 milhões de adultos europeus (15-64 anos), ou 5,1 % deste grupo etário, tenham experimentado cocaína durante as suas vidas. Destes,

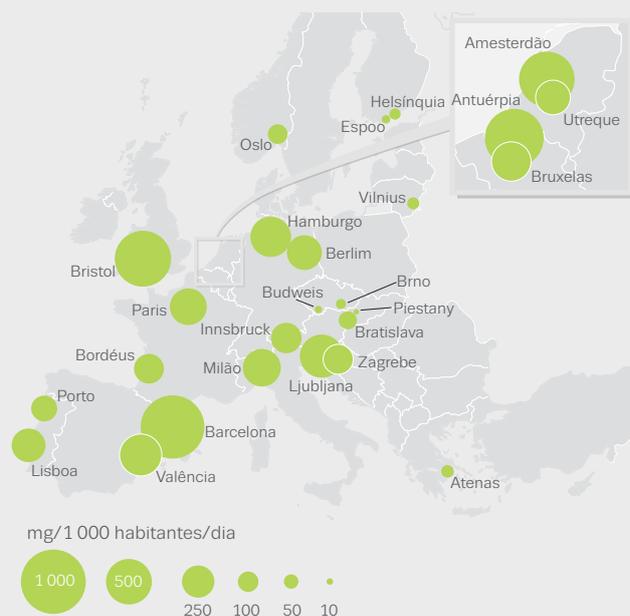
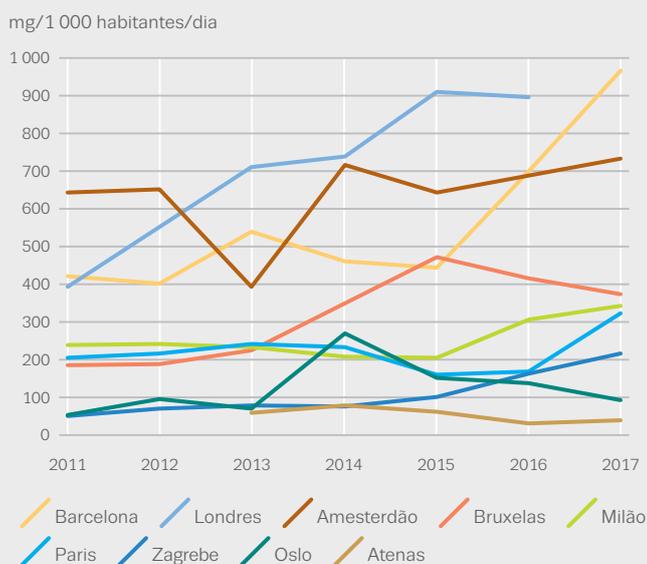
cerca de 2,3 milhões de jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (1,9 % deste grupo etário) terão consumido esta droga no último ano.

Apenas a Dinamarca, a Espanha, a Irlanda, os Países Baixos e o Reino Unido comunicaram uma prevalência de 2,5 % ou mais do consumo de cocaína entre jovens adultos, no último ano. Na Europa, as reduções do consumo de cocaína notificadas em anos anteriores não foram observadas nos inquéritos mais recentes. Dos países que realizaram inquéritos desde 2015 e indicaram intervalos de confiança, três comunicaram estimativas mais elevadas, 14 comunicaram uma tendência estável e um comunicou uma estimativa mais baixa do que no inquérito comparável anterior.

Apenas um número restrito de países possui dados suficientes extraídos de inquéritos para proceder a uma análise estatística das tendências a longo prazo do consumo de cocaína entre jovens, e os novos dados confirmam as tendências existentes. A Espanha e o Reino Unido comunicaram tendências de um aumento da prevalência até 2008, seguido de um período de estabilidade ou declínio (Figura 2.4). Embora a Itália tenha registado um declínio face ao pico de 2005, o inquérito mais recente sugere que o nível poderá ter estabilizado. Em 2014, observou-se em França uma tendência de subida, com a prevalência a situar-se pela primeira vez acima de 2 %.

## FIGURA 2.5

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



Nota: Quantidades médias diárias de benzoilecgonina 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 2017.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

As análises à presença de cocaína nas águas residuais de várias cidades que foram objeto de um estudo complementam os resultados extraídos dos inquéritos à população. A análise das águas residuais fornece indicações sobre o consumo coletivo de substâncias puras numa comunidade e os resultados não são diretamente comparáveis com as estimativas da prevalência provenientes de inquéritos à população a nível nacional. Os resultados da análise das águas residuais são apresentados em quantidades padronizadas (peso) de resíduos de droga por cada 1 000 habitantes, por dia.

Uma análise realizada em 2017 detetou os pesos mais elevados de benzoilecgonina, o principal metabolito da cocaína, em cidades da Bélgica, da Espanha, dos Países Baixos e do Reino Unido, e níveis muito baixos da substância na maioria das cidades estudadas do leste da Europa (ver Figura 2.5). Das 31 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2016 e 2017, 19 comunicaram um aumento, 6 uma redução e 6 uma situação estável. A maioria das 13 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2011 e 2017 comunicou tendências de crescimento a mais longo prazo.

### Consumo de cocaína de alto risco: uma maior procura de tratamento

A prevalência do consumo de cocaína de alto risco entre adultos na Europa é difícil de aferir, uma vez que apenas quatro países dispõem de estimativas recentes e foram utilizadas definições e metodologias diferentes. Em Espanha, um novo inquérito utilizou a frequência de consumo elevada para estimar o consumo de cocaína de alto risco em 0,43 % entre a população dos 14 aos 18 anos no período de 2016/2017. Em 2015, com base nas perguntas relativas à gravidade do grau de dependência, a Alemanha estimou em 0,20 % o consumo de cocaína de alto risco entre a população adulta. Em 2015, a Itália estimou que 0,65 % da população adulta necessitava de tratamento devido ao consumo de cocaína. Para Portugal, um estudo que utilizou métodos estatísticos indiretos estimou o consumo de cocaína de alto risco em 0,98 % entre a população adulta em 2015.

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 mais de 67 000 utentes que iniciaram um tratamento especializado em 2016 e por cerca de 30 000 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 mais de um quinto entre 2014 e 2016. Embora a Itália e o Reino Unido sejam responsáveis pela maioria deste aumento, quase todos os países notificaram aumentos durante o mesmo período de tempo.

A maioria das pessoas que iniciou um tratamento especializado para problemas relacionados com o consumo de droga é principalmente consumidora de cocaína em pó (51 000 ou 10 % de todos os consumidores de drogas em tratamento em 2016). A maioria dos consumidores de cocaína como droga principal está a procurar tratamento pelo consumo exclusivo desta droga (31 % de todos os consumidores de cocaína em pó) ou em combinação com canábis (26 %), álcool (31 %) ou outras substâncias (12 %). Este grupo é normalmente caracterizado por indivíduos bem integrados socialmente, com condições de vida estáveis e empregos regulares. Outro grupo, constituído por consumidores mais marginalizados, inicia tratamento devido a consumo de cocaína *crack* como droga principal (8 300 consumidores ou 2 % de todos os consumidores de drogas em 2016), muitos dos quais consomem heroína como droga secundária. Recentemente, foram registados aumentos no número de consumidores de cocaína *crack* em Itália e no Reino Unido.

Em 2016, o consumo de cocaína em combinação com heroína ou outros opiáceos foi notificado por mais 53 000 consumidores a iniciarem tratamento especializado na Europa. Este número representa 15 % de todos os consumidores que iniciaram tratamento e para os quais existem informações quanto à sua droga principal e secundária.



## CONSUMIDORES DE COCAÍNA QUE INICIAM TRATAMENTO

### Características

14%  86% 

23 Idade média no início do consumo

34 Idade média em que iniciam o tratamento pela primeira vez

30 300 Os que iniciam pela primeira vez

47%

34 400 Utentes anteriormente tratados

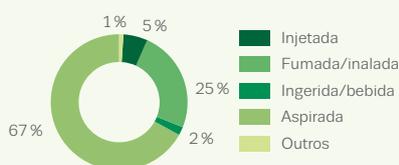
53%

### Frequência do consumo no último mês

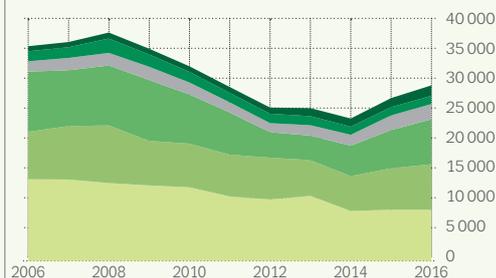
Consumo médio de 4,1 dias por semana



### Via de administração



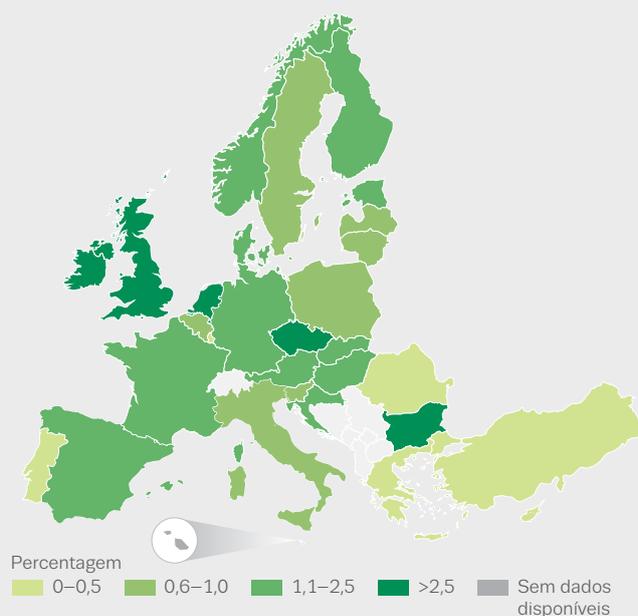
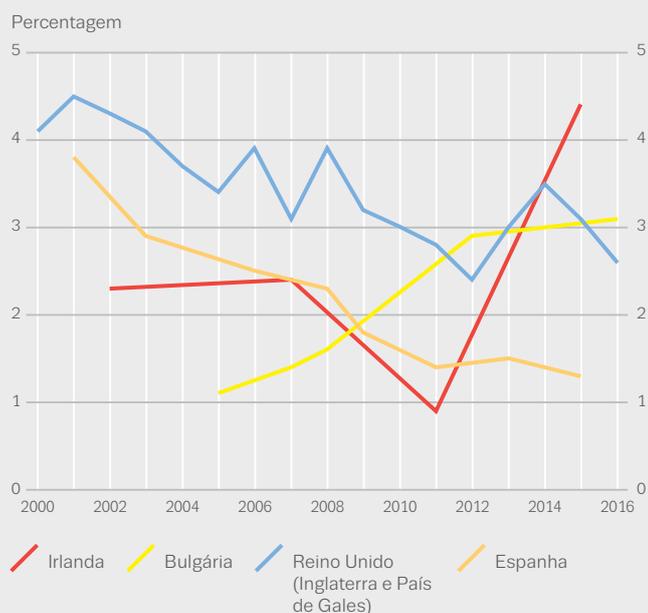
### Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



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 25 países. Apenas os países com dados disponíveis para, pelo menos, 9 dos 11 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.

## FIGURA 2.6

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



### MDMA: o consumo parece estar a estabilizar

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) é consumida sob a forma de comprimidos (frequentemente denominados *ecstasy*), bem como sob a forma de cristais e de pó. Os comprimidos são normalmente engolidos, mas os cristais e o pó podem ser ingeridos oralmente ou inalados.

Estima-se que 13,5 milhões de adultos europeus (15-64 anos), ou 4,1 % deste grupo etário, tenham experimentado MDMA/*ecstasy* durante as suas vidas. Os números relativos ao consumo mais recente, no grupo etário em que o consumo da droga é mais elevado, sugerem que 2,2 milhões de jovens adultos (15-34 anos) consumiram MDMA no último ano (1,8 % deste grupo etário), com as estimativas nacionais a variarem de 0,2 % em Portugal e na Roménia, a 7,4 % nos Países Baixos.

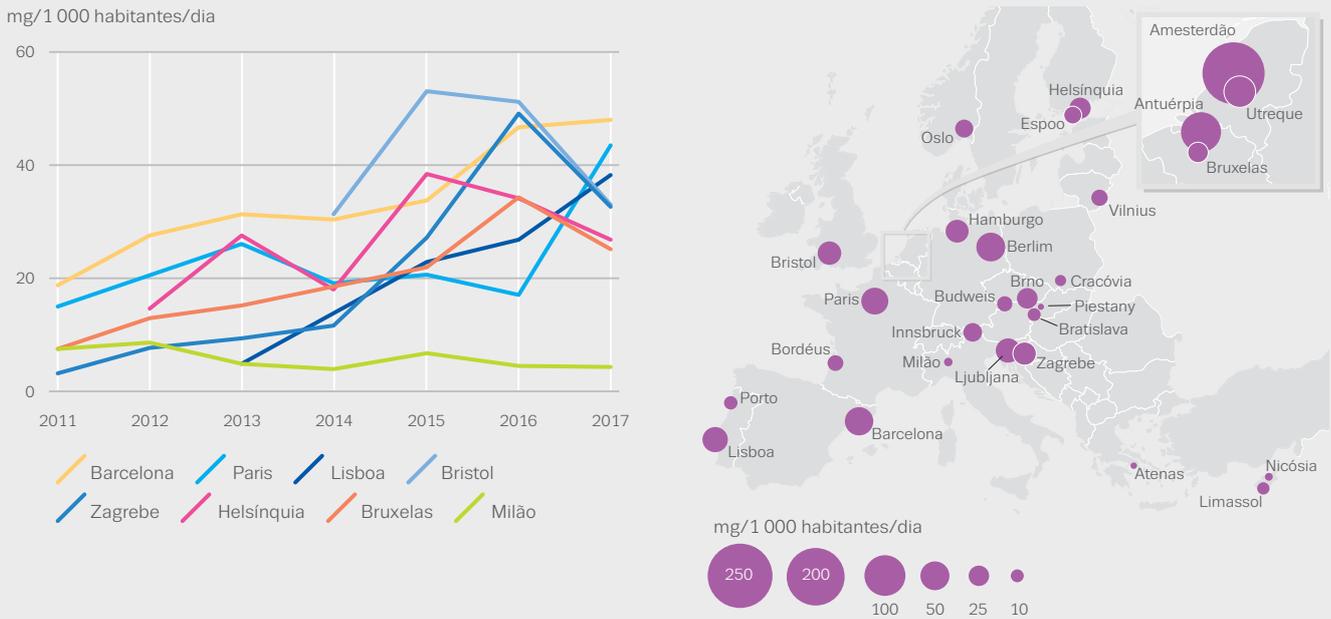
Até há pouco tempo, em muitos países, a prevalência da MDMA estava a decair dos picos atingidos entre o início e meados da década de 2000. Contudo, nos últimos anos, as fontes de monitorização sugerem uma estabilização ou um aumento do consumo de MDMA em alguns países. Entre os países que realizaram novos inquéritos desde 2015 e indicaram intervalos de confiança, 5 comunicaram estimativas mais elevadas do que as apresentadas no inquérito comparável anterior, 12 comunicaram uma tendência estável e 1 comunicou estimativas mais baixas.

Nos casos em que existem dados que permitem uma análise estatística das tendências do consumo de MDMA



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 2017.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

no último ano entre jovens adultos, os dados mais recentes sugerem mudanças (Figura 2.6). No Reino Unido, após uma tendência de queda e do subsequente aumento observável entre 2012 e 2014, os dados mais recentes apontam para uma inversão dessa tendência. Em Espanha, a tendência a longo prazo continua a ser de descida, embora os valores recentes sejam estáveis. Os dados mais recentes revelam um aumento acentuado na prevalência na Irlanda desde 2011 e uma tendência crescente continuada na Bulgária. Os dados provenientes de um inquérito de 2016 nos Países Baixos confirmam os níveis elevados registados nos dois inquéritos anuais anteriores.

Uma análise feita em 2017 às águas residuais de várias cidades revelou um pico da presença de MDMA em cidades da Bélgica, dos Países Baixos e da Alemanha (Figura 2.7). Das 33 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2016 e 2017, 11 comunicaram um aumento, 7 uma situação estável e 15 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 2017 (12 cidades), a presença de MDMA nas águas residuais era mais elevada em 2017 do que em 2011. Contudo, os aumentos acentuados observados entre o período de 2011 e 2016 parecem ter estabilizado em 2017 para a maioria das cidades.

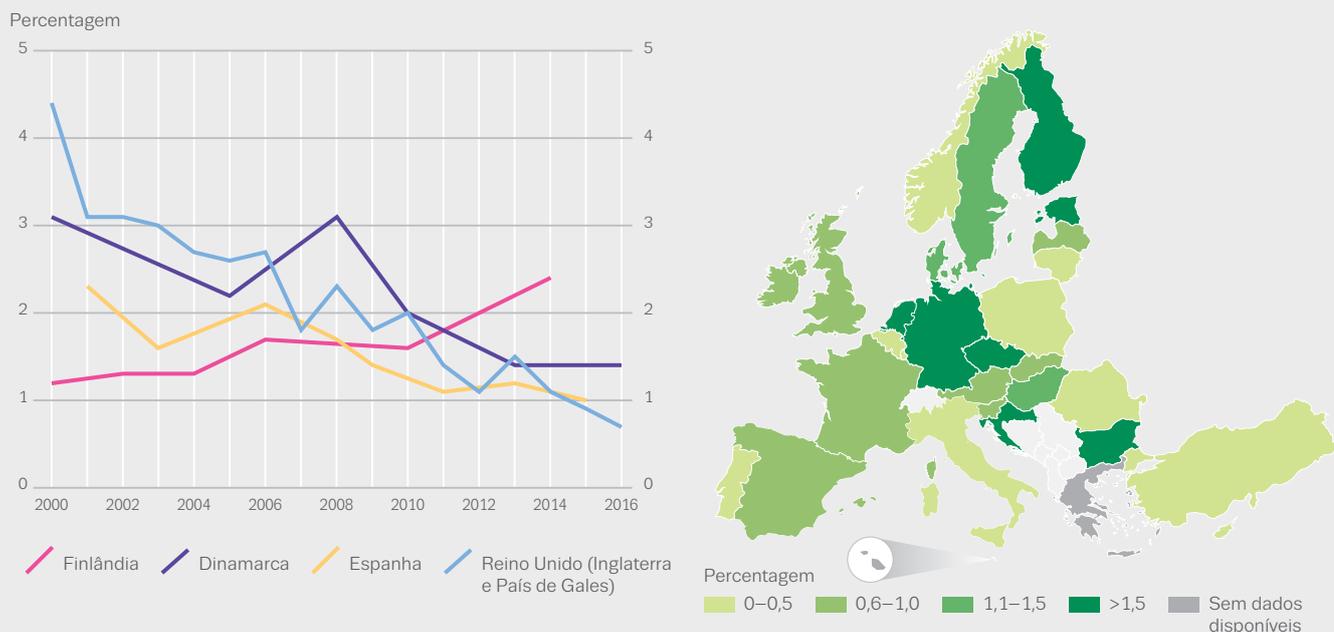
A MDMA é frequentemente consumida com outras substâncias, incluindo álcool. Os dados atuais sugerem que, nos países que registam níveis de prevalência elevados, a MDMA já não é uma droga restrita ou subcultural limitada a discotecas e festas, sendo consumida por um conjunto mais alargado de jovens em cenários de diversão noturna, incluindo bares e festas privadas.

O consumo de MDMA raramente é comunicado como motivo para a procura de tratamento especializado. Em 2016, o consumo de MDMA na Europa foi comunicado por menos de 1 % (cerca de 1 000 casos) dos utentes a iniciar tratamento pela primeira vez, sendo estes principalmente de Espanha, França, Reino Unido e Turquia.

**As fontes de monitorização sugerem a estabilização ou um aumento do consumo de MDMA**

## FIGURA 2.8

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



### 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. 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 11,9 milhões de adultos europeus (15-64 anos), ou 3,6 % deste grupo etário, tenham experimentado anfetaminas durante as suas vidas. Os números relativos ao consumo mais recente, no grupo etário em que o consumo da droga é mais elevado, sugerem que 1,2 milhões (1,0 %) de jovens adultos (15-34 anos) consumiram anfetaminas no último ano, com as estimativas nacionais mais recentes relativas à prevalência a variarem de 0,1 % em Portugal a 3,6 % nos Países Baixos. Os dados disponíveis sugerem que, a partir do ano 2000, aproximadamente, as tendências de consumo de anfetaminas se mantiveram relativamente estáveis na

maioria dos países europeus. Dos países que realizaram novos inquéritos desde 2015 e indicaram intervalos de confiança, 2 comunicaram estimativas mais elevadas, 13 comunicaram uma tendência estável e 2 comunicaram estimativas mais baixas do que no inquérito comparável anterior.

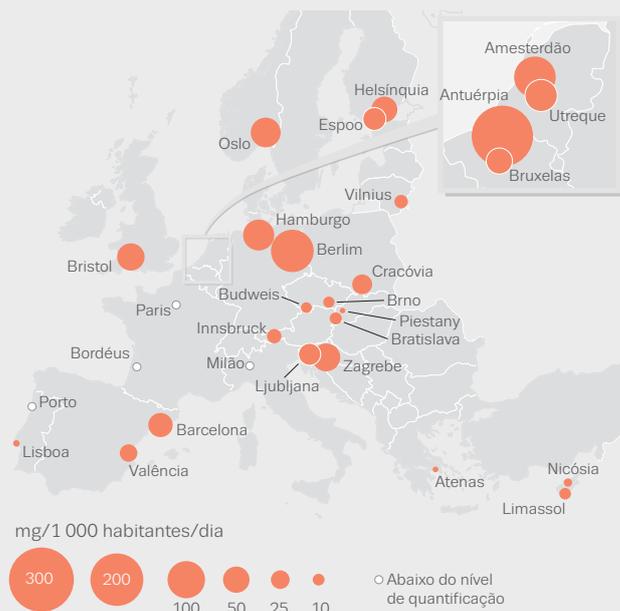
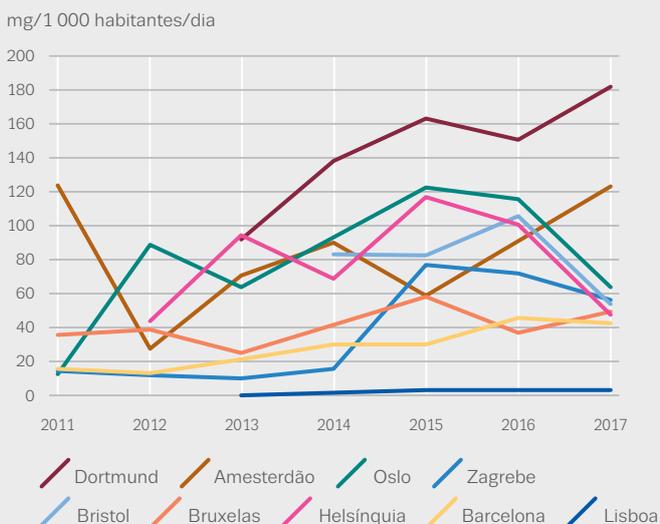
Apenas num número restrito de países é possível proceder a uma análise estatística das tendências da prevalência do consumo de anfetaminas entre jovens adultos no último ano. Na Dinamarca, em Espanha e no Reino Unido, são observáveis tendências decrescentes a longo prazo (Figura 2.8). Em contrapartida, na Finlândia, a prevalência do consumo de anfetaminas entre jovens adultos aumentou entre 2000 e 2014.

A análise das águas residuais realizada em 2017 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 (ver Figura 2.9). Nas cidades do sul da Europa, foram detetados níveis de anfetamina muito inferiores.

Das 33 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos a 2016 e 2017, 9 comunicaram um aumento, 11 uma situação estável e 13 uma redução. Em termos gerais, os dados obtidos entre 2011 e 2017 revelaram um panorama heterogéneo, mas com tendências relativamente estáveis relativamente à anfetamina na maioria das cidades.

FIGURA 2.9

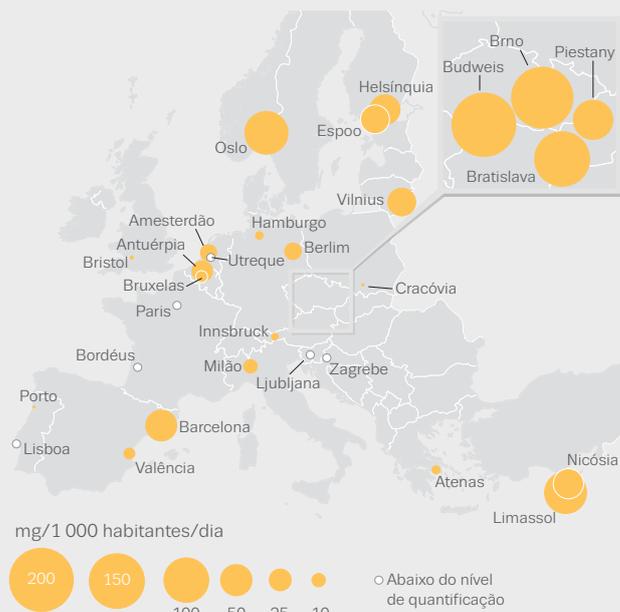
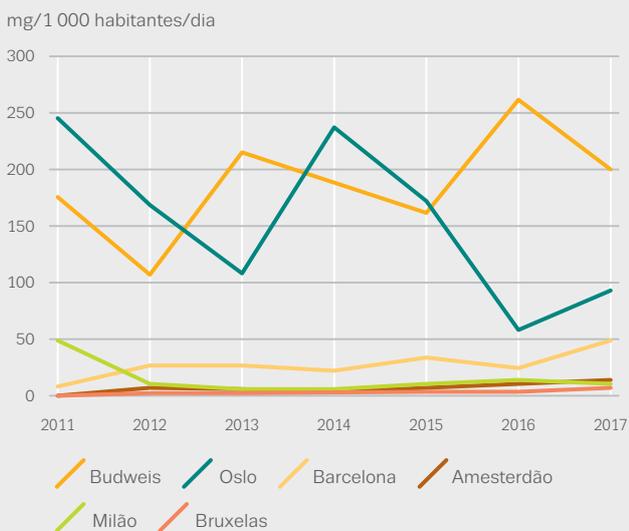
Resíduos de anfetaminas nas águas residuais de determinadas cidades europeias: tendências e dados mais recentes



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 2017.  
 Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGURA 2.10

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



Nota: Quantidades médias diárias de metanfetamina em miligramas por 1 000 habitantes. A recolha de amostras realizou-se em determinadas cidades europeias durante uma semana, todos os anos de 2011 a 2017.  
 Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

O consumo de metanfetamina, normalmente baixo e tradicionalmente concentrado na Eslováquia e na República Checa, parece agora estar também presente no Chipre, no leste da Alemanha, em Espanha e no norte da Europa (ver Figura 2.10). Em 2016 e 2017, das 34 cidades para as quais estão disponíveis dados relativos à presença de metanfetamina em águas residuais, 12 comunicaram um aumento, 10 uma situação estável e 12 uma redução.

### Consumo de anfetaminas de alto risco: a procura de tratamento mantém-se elevada

Os problemas relacionados com o consumo de longo prazo ou crónico de anfetamina injetável têm afetado particularmente os países do norte da Europa. Em contrapartida, os problemas de consumo de longo prazo de metanfetamina têm sido mais visíveis na República Checa e na Eslováquia. As estimativas recentes disponíveis sobre o consumo de anfetaminas de alto risco apontam para 0,33 %, ou 11 200 adultos, na Noruega (em 2013) e para 0,19 %, ou 102 000 adultos, na Alemanha em 2015. Os consumidores de anfetaminas constituem provavelmente a maioria dos 2 230 (0,18 %) consumidores de estimulantes de alto risco estimados comunicados pela Letónia em 2016, uma redução face aos 6 540 (0,46 %) consumidores registados em 2010. Encontram-se disponíveis estimativas recentes sobre o consumo de metanfetamina de alto risco para o Chipre e a República

Checa. O consumo de metanfetamina de alto risco entre adultos (15-64 anos) na República Checa, em 2016, foi estimado em cerca de 0,50 % (o que corresponde a 34 300 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 ao Chipre foram de 0,02 %, ou seja, 105 consumidores, em 2016.

Aproximadamente 35 000 utentes que iniciaram em 2016 um tratamento especializado da toxicodependência na Europa, 15 000 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. Os utentes que iniciam tratamento e referem as metanfetaminas como droga principal concentram-se na República Checa e na Eslováquia, países que, em conjunto, representam quase 90 % dos 9 200 consumidores de metanfetamina a iniciarem um tratamento especializado na Europa.

## CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAM TRATAMENTO



### Características

27% 73%



20 Idade média no início do consumo

29 Idade média em que iniciam o tratamento pela primeira vez

15 500 Os que iniciam pela primeira vez

19 900 Utentes anteriormente tratados

43%

57%

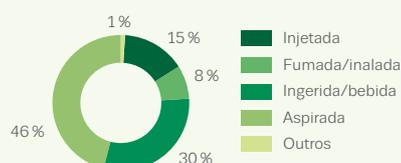


### Frequência do consumo no último mês

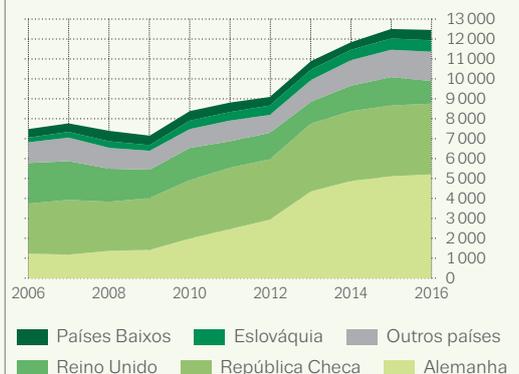
Consumo médio de 4,4 dias por semana



### 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 anfetaminas como droga principal. As tendências entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez são baseadas em dados de 25 países. Apenas os países com dados disponíveis para, pelo menos, 9 dos 11 anos estão incluídos nas tendências. Os valores em falta foram interpolados a partir dos anos adjacentes.

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

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

Nas duas últimas décadas, tem sido referido o consumo recreativo de cetamina e de GHB (incluindo o seu precursor GBL, gama-butirolactona), entre alguns subgrupos de consumidores de droga na Europa. Quando existem, as estimativas nacionais da prevalência do consumo de GHB e de cetamina, tanto entre a população adulta como entre a população escolar, permanecem baixas. No seu inquérito de 2016, a Noruega comunicou a prevalência do consumo de GHB no último ano em 0,1 % dos adultos (16-64 anos). Em 2016, a prevalência no último ano do consumo de cetamina entre jovens adultos (15-34 anos) foi estimada em 0,1 % na República Checa e na Roménia e em 0,8 % no Reino Unido.

Os níveis de prevalência globais do consumo de LSD e cogumelos alucinogénicos na Europa têm-se mantido, de um modo geral, baixos e estáveis desde há alguns anos. No que diz respeito aos jovens adultos (15-34 anos), os inquéritos nacionais permitem estimar uma prevalência no último ano inferior a 1 % para as duas substâncias em 2016 ou no inquérito anual mais recente, à exceção dos Países Baixos (1,9 %), da Finlândia (1,9 %) e da República Checa (3,1 %) no que respeita aos cogumelos alucinogénicos, e da Finlândia (1,3 %) e da República Checa (1,4 %) no que respeita ao LSD.

### Consumo de novas substâncias psicoativas: consumo de alto risco nas populações marginalizadas

Vários países incluíram novas substâncias psicoativas nos seus inquéritos à população em geral, embora as diferenças nos métodos e nas perguntas dos inquéritos limitem a comparação entre países. Desde 2011, treze países europeus comunicam estimativas nacionais relativas ao consumo de novas substâncias psicoativas (à exceção da cetamina e do GHB). No caso dos jovens adultos (15-34 anos), a prevalência do consumo destas substâncias no último ano varia entre 0,2 % na Itália e Noruega e 1,7 % na Roménia. Estão disponíveis dados de inquéritos sobre o consumo de mefedrona para o Reino Unido (Inglaterra e País de Gales). No inquérito mais recente (2016/2017), o consumo desta droga no último ano entre os jovens com idades compreendidas entre os

16 e 34 anos foi estimado em 0,3 %, uma redução face a 1,1 % em 2014/2015. Nos inquéritos mais recentes, o consumo de canabinoides sintéticos no último ano entre a população dos 15 aos 34 anos variou entre os 0,2 % em Espanha e os 1,5 % na Letónia.

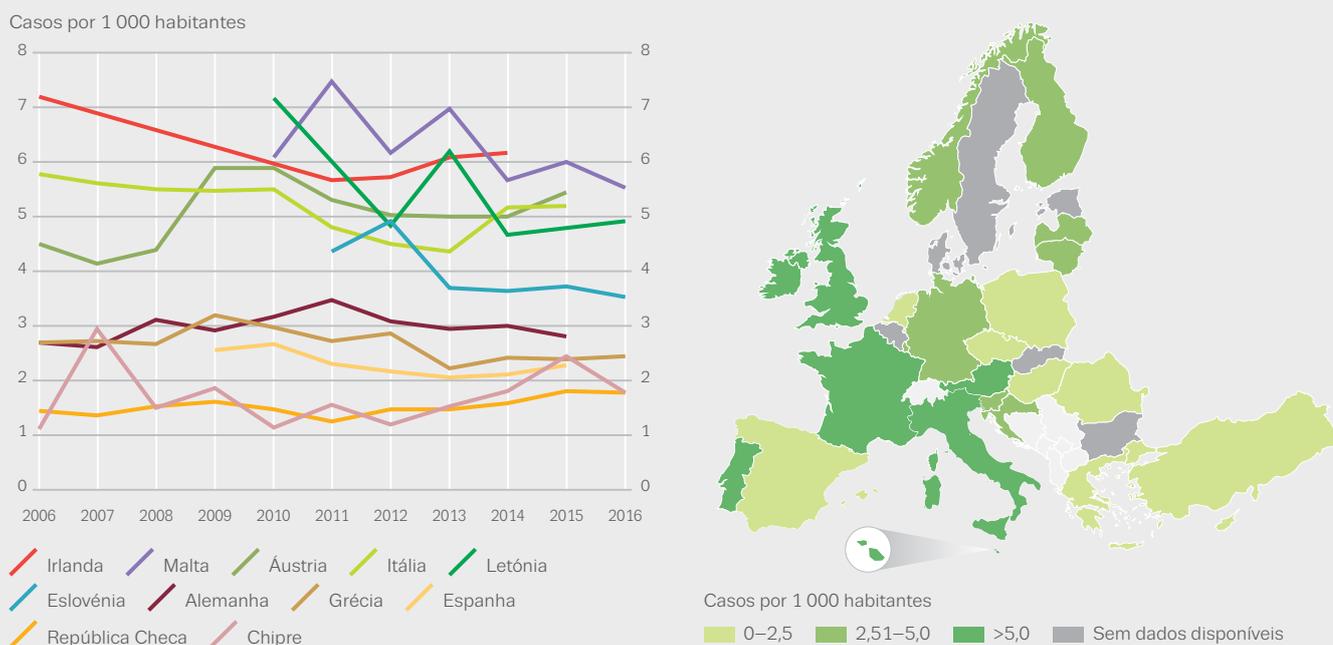
Embora, a nível geral, os níveis de consumo de novas substâncias psicoativas sejam baixos na Europa, num estudo realizado pelo EMCDDA em 2016 verificou-se que mais de dois terços dos países comunicaram o consumo dessas substâncias por consumidores de droga de alto risco. Em particular, o consumo de catinonas 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 muitos países europeus.

De um modo geral, atualmente na Europa, poucas pessoas iniciam tratamento 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 17 % e 7 % dos utentes na Turquia e na Hungria, respetivamente. No Reino Unido, 0,3 % dos utentes em tratamento comunicaram problemas relacionados com o consumo de catinonas sintéticas como droga principal.

No Reino Unido, o consumo de canabinoides sintéticos entre reclusos é particularmente preocupante. Um inquérito realizado em 2016 nos estabelecimentos prisionais do Reino Unido concluiu que 33% dos 625 reclusos comunicaram o consumo de «Spice» no mês anterior, em comparação com 14% do consumo de canábise no mês anterior.

FIGURA 2.11

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: a heroína ainda predomina

O opiáceo ilícito mais consumido na Europa é a heroína, a qual pode ser fumada, inalada ou injetada. Vários outros opiáceos sintéticos, como a metadona, a buprenorfina e o 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 com serviços de tratamento de substituição.

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 2016. 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 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Os cinco países mais populosos da União Europeia, representando 62 % da população, contêm três quartos (76 %) da estimativa de consumidores de opiáceos de alto risco (Alemanha, Espanha, França, Itália e Reino Unido). Dos 11 países com estimativas regulares de consumo de opiáceos de alto risco entre 2006 e 2016,

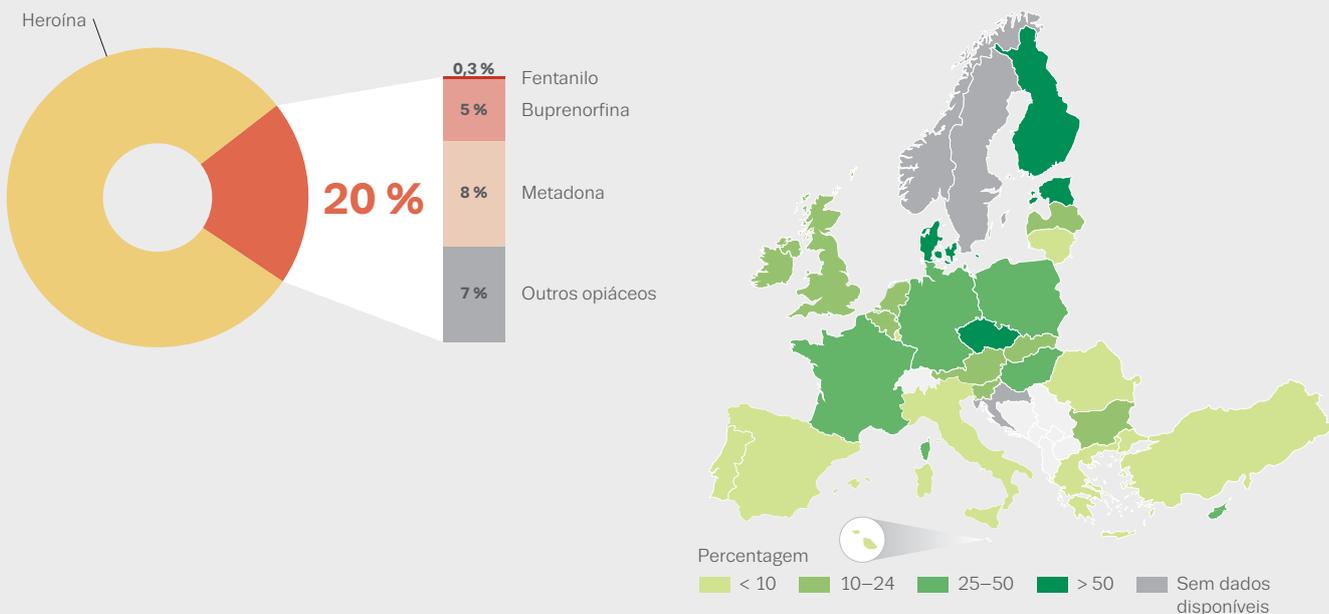
a Espanha e a Itália revelam um decréscimo estatisticamente significativo das mesmas, enquanto a República Checa revela um aumento significativo (Figura 2.11).

Em 2016, o consumo de opiáceos foi notificado como o principal motivo para iniciar tratamento especializado para a toxicod dependência por 177 000 utentes ou 37 % de todos os consumidores que iniciam tratamento da toxicod dependência na Europa, sendo que, destes, 35 000 iniciaram o tratamento pela primeira vez. Os consumidores de heroína como droga principal representaram 82 % dos consumidores de opiáceos como droga principal que iniciaram tratamento pela primeira vez.

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.

FIGURA 2.12

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



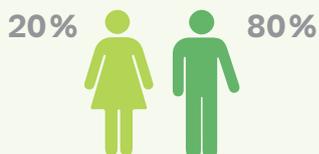
**Opiáceos sintéticos: várias substâncias detetadas na Europa**

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 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. Em alguns países, os opiáceos, que não a heroína, constituem a forma mais

**CONSUMIDORES DE HEROÍNA EM TRATAMENTO**

**Características**



23 Idade média no início do consumo  
34 Idade média em que iniciam o tratamento pela primeira vez

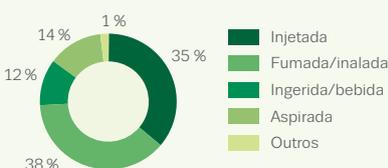


**Frequência do consumo no último mês**

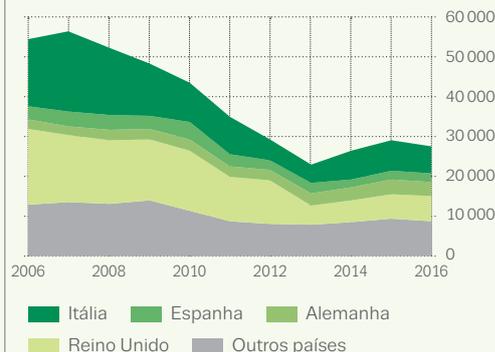
Consumo médio de 6 dias por semana



**Via de administração**



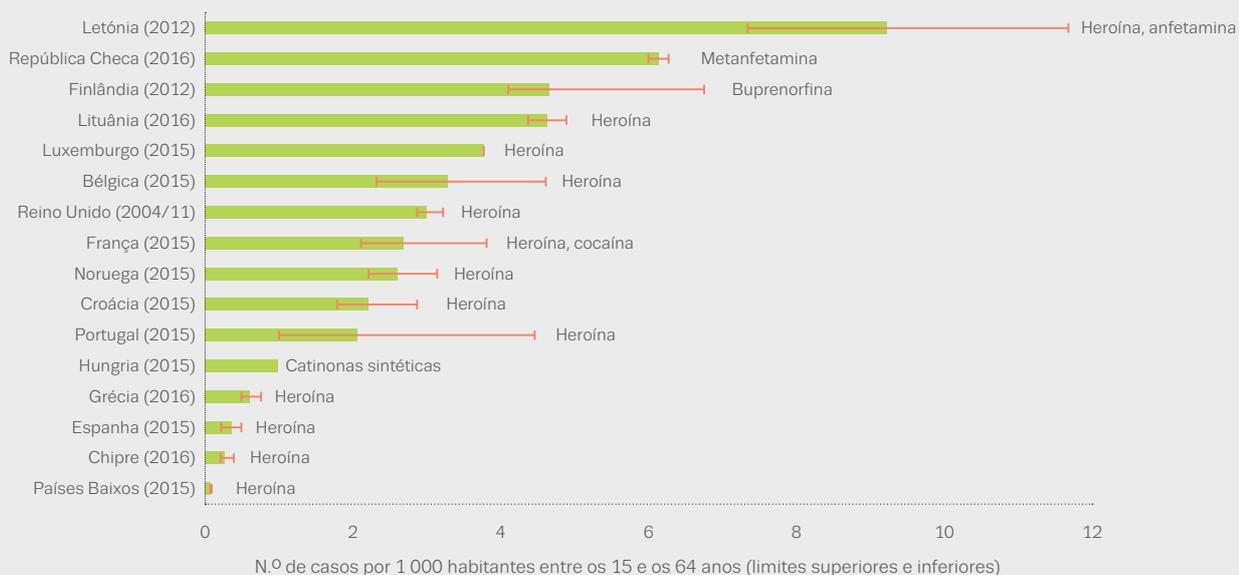
**Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez**



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 25 países. Apenas os países com dados disponíveis para, pelo menos, 9 dos 11 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.

FIGURA 2.13

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



comum de consumo de opiáceos entre utentes que iniciam tratamento especializado. Em 2016, 18 países europeus comunicaram que mais de 10 % dos consumidores de opiáceos que iniciaram tratamento especializado apresentavam problemas relacionados essencialmente com outros opiáceos que não a heroína (Figura 2.12). 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 30 % dos consumidores de opiáceos e o consumo indevido de metadona por 22 % dos consumidores de opiáceos na Dinamarca. No Chipre e na Polónia, entre 20 % e 30 % dos consumidores de opiáceos que iniciam tratamento por problemas relacionados com o consumo de outros opiáceos, tais como a oxycodona (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.

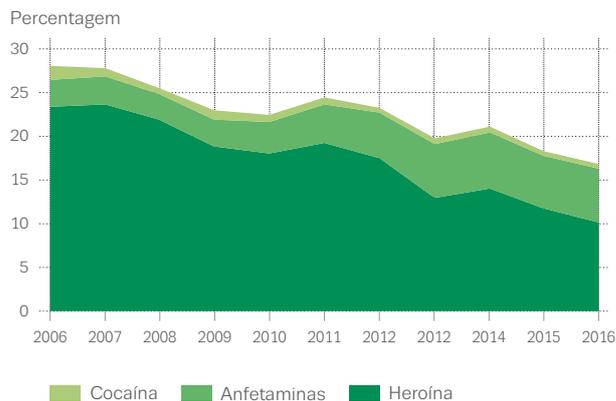
### Consumo de drogas injetáveis: os níveis continuam a descer entre novos utentes que iniciam tratamento

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

Apenas 16 países possuem estimativas da prevalência do consumo de drogas injetáveis desde 2011, que variam entre menos de 1 caso e 9 casos por 1 000 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 2.13). A heroína é mencionada em 13 desses países, enquanto a buprenorfina é mencionada na Finlândia. 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).

**FIGURA 2.14**

**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.

Em 2016, dos utentes que iniciaram o tratamento especializado pela primeira vez por consumo de heroína como droga principal, 27 % 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 mais de 90 % na Letónia, na Lituânia e na Roménia. A injeção é referida como a principal via de administração por 1 % dos utentes que iniciam tratamento pela primeira vez devido ao consumo de cocaína e 47 % dos utentes que o fazem devido ao consumo de anfetaminas. Contudo, o panorama geral para as anfetaminas é fortemente influenciado pela República Checa, que contabiliza 87 % 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 toxicodependência na Europa, a injeção como principal via de administração diminuiu de 28 %, em 2006, para 17 %, em 2016 (Figura 2.14).

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 toxicodependência 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, no contexto de festas de sexo entre pequenos grupos de homens que mantêm relações sexuais com outros homens.



**A injeção de catinonas sintéticas continua a ser assinalada entre algumas populações específicas**

**SAIBA MAIS**

**Publicações do EMCDDA**

**2018**

Country Drug Reports 2018.

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

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

**2012**

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

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

**Publicações conjuntas do EMCDDA e do ESPAD**

**2016**

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

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



# 3

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

# Danos causados pela droga e respostas

Sabe-se que o consumo de drogas ilícitas contribui para o peso global da doença. Os problemas de saúde crónicos e agudos estão associados ao consumo de drogas ilícitas, agravados por vários fatores como as propriedades das substâncias, a via de administração, a vulnerabilidade individual e o contexto social em que as drogas são consumidas. Nos problemas crónicos, incluem-se a dependência e as doenças infecciosas relacionadas com as drogas. Por outro lado, as *overdoses* são o problema mais visível dos casos agudos. Apesar de relativamente raro, o consumo de opiáceos continua a ser responsável pela maioria dos casos de morbilidade e mortalidade associados ao consumo de drogas. O consumo de drogas injetáveis aumenta os riscos. Em comparação, apesar de os problemas de saúde associados ao consumo de cannabis serem claramente menores, a prevalência elevada do consumo desta droga pode ter 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 problemático para as respostas aos problemas da droga.

A conceção e a execução de respostas efetivas aos problemas da droga com base na evidência 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, enquanto 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*.

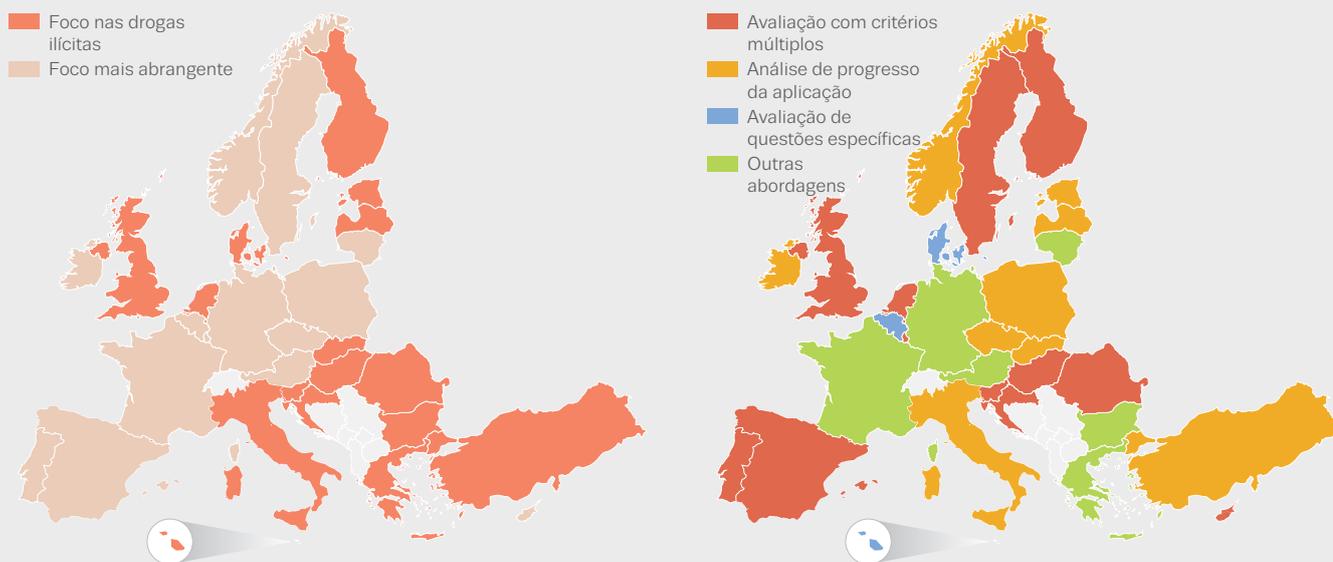
## Monitorização dos danos causados pela droga e respostas

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 morbilidade 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](#).

FIGURA 3.1

Foco dos documentos de estratégia nacional de combate à droga (à esquerda) e do método de avaliação (à direita) em 2017



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, o País de Gales e a Irlanda do Norte dispõem de documentos estratégicos conjuntos que incluem o álcool.

### Estratégias em matéria de droga: um foco mais abrangente

Atualmente, quase metade dos 30 países monitorizados pelo EMCDDA inclui nas suas estratégias nacionais em matéria de droga 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 16 países, a estratégia está centrada essencialmente nas drogas ilícitas. Nos restantes 14 países, a atenção das políticas é mais abrangente, atribuindo maior atenção a outras substâncias psicotrópicas e a outros comportamentos aditivos (ver Figura 3.1). Contudo, no Reino Unido, as administrações descentralizadas do País de Gales e da Irlanda do Norte dispõem de documentos de estratégia abrangentes. Se contabilizarmos estes dois documentos, o número total de estratégias abrangentes em matéria de drogas ilícitas aumenta para 16. Estes documentos abrangentes centram-se sobretudo nas drogas ilícitas e há variações na forma como as outras substâncias e dependências são abordadas. Todos os documentos contemplam as bebidas alcoólicas, 10 consideram o tabaco,

9 abrangem medicamentos, 3 incluem a dopagem no desporto (p. ex., drogas que aumentam o desempenho) e 8 incidem sobre comportamentos aditivos (p. ex., jogo). Independentemente de qual seja o ponto central, todas as estratégias nacionais em matéria de droga sustentam 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 redução tanto da procura como da oferta de droga.

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 2017, foi comunicada a realização recente de 12 avaliações com critérios múltiplos, 9 análises de progresso da aplicação e 3 avaliações de questões específicas. Seis 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 mais abrangente. Atualmente, a França, o Luxemburgo, a Suécia e a Noruega publicaram avaliações de estratégias com um foco mais abrangente. 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.

### Prevenção com base na evidência: apoiar a implementação

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 indicada visa pessoas em risco.

Na Europa, o interesse na implementação de programas de prevenção com base na evidência tem aumentado nos últimos anos, nomeadamente com a introdução de registos, de iniciativas de formação e de normas de qualidade. Em 2018, foram ou estão a ser criados registos em mais de um terço dos 30 países do EMCDDA. Estes registos incluem critérios de entrada e de classificação em termos da eficácia dos programas. O registo europeu Xchanges estabelece a ligação a registos nacionais e contém cerca de 20 programas de prevenção de droga baseados em manuais que foram sujeitos a avaliação rigorosa e a uma classificação dos respetivos resultados. Disponibiliza igualmente informações sobre as experiências dos profissionais no que respeita a problemas na implementação dos programas, como obstáculos culturais e organizacionais (problemas de recrutamento, calendarização e adaptação) e como estes foram ultrapassados.

A formação profissional é crucial para uma introdução bem-sucedida das abordagens de prevenção. Contudo, as oportunidades para uma formação formal em ciência da prevenção são limitadas. Uma nova iniciativa, designada «Universal Prevention Curriculum» (Programa Universal de Prevenção), baseada em normas de evidência internacional, foi recentemente adaptada à realidade europeia na forma de uma unidade curricular universitária com a duração de 9 semanas e de uma formação condensada de 3 a 5 dias (UPC-Adapt) para líderes de opinião e decisão a nível local ou regional. Durante o ano de 2018, a versão abreviada está a ser implementada num terço dos Estados-Membros da UE.

**A formação profissional é crucial para uma introdução bem-sucedida das abordagens de prevenção**

### Prevenção ambiental: programas com várias vertentes relativos à vida noturna

O aumento na utilização de abordagens de prevenção a nível ambiental em ambientes de vida noturna foi notificado por vários países, maioritariamente do norte da Europa. A maioria das abordagens centradas no ambiente tem como alvo principal o álcool, mas os fatores de risco (contextuais) partilhados, referentes aos problemas relacionados com o consumo de álcool e de outras drogas, podem tornar tais abordagens igualmente úteis para a prevenção de outras substâncias. Contudo, a sua implementação é ainda limitada. Uma abordagem interessante são as coligações de multicomponentes em contextos de vida noturna, que combinam a formação do pessoal que trabalha nesses estabelecimentos, controlos de entrada, supervisão e mobilização da comunidade. Alguns dados sugerem que esta abordagem pode ser eficaz na redução de danos relacionados com a droga e o álcool. O projeto STAD, desenvolvido na Suécia, está a ser implementado em seis outros países da UE. Todavia, em 2016, apenas dois países (Finlândia e Reino Unido) registaram uma larga oferta de intervenções multicomponente.

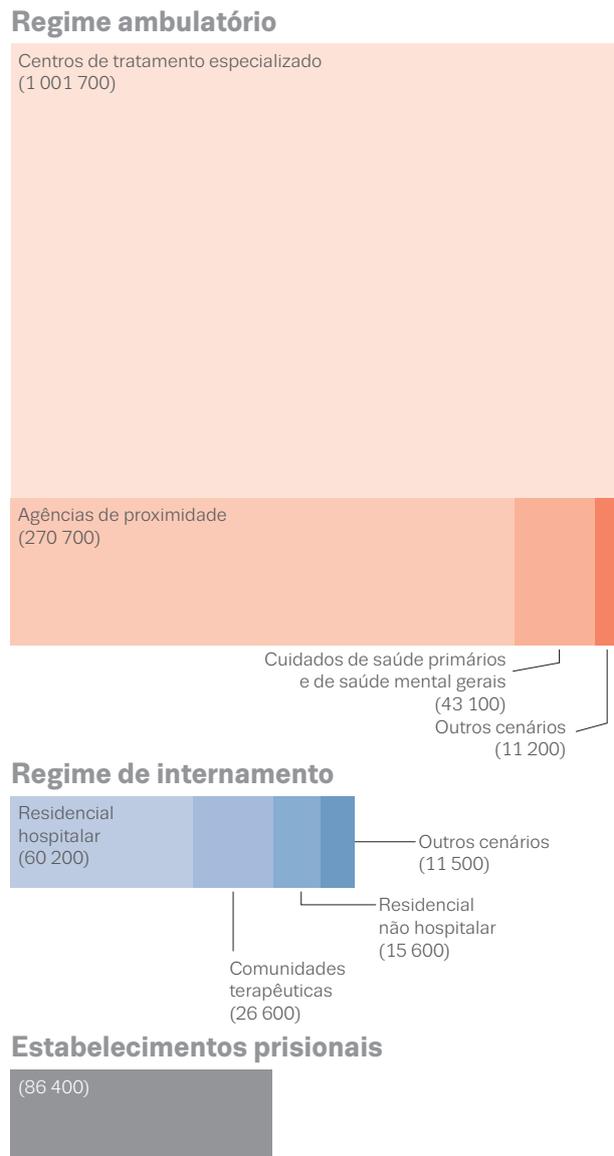
### Saúde móvel: alargar o acesso a intervenções

Cada vez mais, é disponibilizada em linha uma grande diversidade de intervenções relacionadas com a droga, incluindo através de aplicações de saúde móveis em *smartphones* (saúde móvel). As intervenções de saúde móvel e via Internet têm o potencial de alargar o alcance e a cobertura geográfica dos programas de tratamento e de prevenção a pessoas que, de outra forma, não poderiam ter acesso a serviços especializados. As intervenções de acesso por telemóvel inteligente (*smartphone*) podem incluir desde ferramentas de aprendizagem móvel (*e-learning*) para profissionais, prevenção e redução de danos relacionados com a droga, sensibilização digital entre plataformas de redes sociais e monitorização, supervisão e tratamento de doentes.

Um estudo recente do EMCDDA identificou mais de 60 aplicações de saúde móvel relacionadas com drogas disponíveis nas lojas de aplicações em linha, sendo que quase metade é proveniente da Europa. A maioria das aplicações facultam informações relacionadas com drogas, aliadas a alguma forma de intervenção. As intervenções de saúde móvel a nível europeu têm como principal objetivo promover a redução de danos entre os jovens e as pessoas em cenários de diversão noturna. Entre as técnicas utilizadas nas aplicações, foram estabelecidos métodos de intervenção de tratamento baseado na Internet, tais como

FIGURA 3.2

Número de utentes consumidores de drogas que receberam tratamento na Europa, em 2016, por tipo de cenário de intervenção



diários de consumo, comentários personalizados em objetivos estabelecidos pelos próprios para reduzir o consumo de droga, bem como contacto com profissionais de saúde, por exemplo, através de mensagens encriptadas. Algumas aplicações utilizam igualmente técnicas de prevenção eficazes, tais como métodos de normas sociais e a redução das ideias falsas acerca do consumo de droga pelos pares. A falta de normas de qualidade para as aplicações de saúde móvel na área das drogas, bem como as preocupações quanto à proteção de dados e a escassez de provas representam desafios para os desenvolvimentos futuros nesta área. Todavia, é provável que as aplicações de saúde móvel se tornem importantes instrumentos de intervenção relacionada com a droga para os consumidores e profissionais em toda a Europa.

### Tratamento da toxicodependência: serviços baseados na comunidade

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

Na Europa, o tratamento da toxicodependência é predominantemente realizado em regime ambulatório, sendo os centros de dia de tratamento especializados os maiores prestadores de cuidados aos consumidores de drogas (Figura 3.2). 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 Eslovénia, os centros de cuidados de saúde mental em regime ambulatório 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 ambulatório nos sistemas de tratamento nacionais varia muito de país para país.

**Na Europa, o tratamento da toxicodependência é predominantemente realizado em regime ambulatório**

FIGURA 3.3

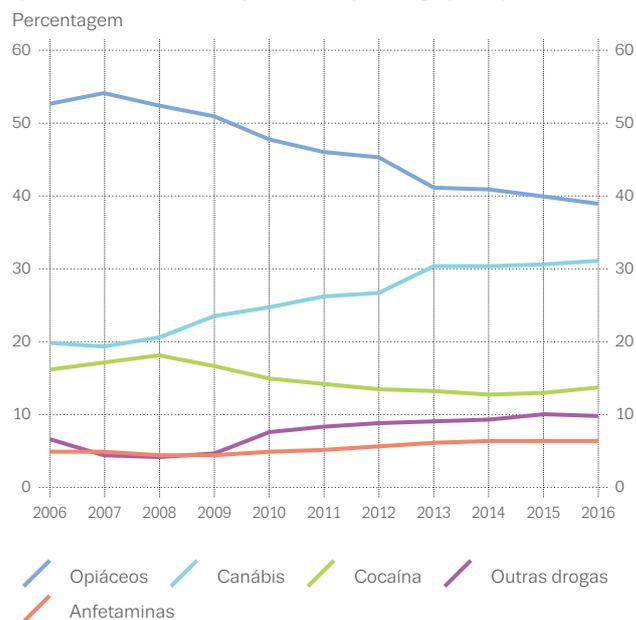
### Tratamento da toxicodependência: vias de entrada e percursos dos utentes

Estima-se que 1,3 milhões de pessoas tenham recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na União Europeia, em 2016 (1,5 milhões, incluindo a Noruega e a Turquia). A autorreferenciação continua a ser a via mais comum para o tratamento especializado. Esta forma de referenciação para tratamento, que inclui igualmente a referenciação por familiares ou amigos, abrange quase metade (48 %) dos utentes que iniciaram tratamento especializado da toxicodependência na Europa, em 2016. Cerca de um quarto (26 %) dos utentes foi referenciado por serviços de saúde e de educação e serviços sociais, incluindo outros centros de tratamento da toxicodependência, enquanto 16 % foram referenciados pelo sistema de justiça penal. Alguns países dispõem de mecanismos que têm por objetivo afastar os toxicodependentes do sistema de justiça penal e integrá-los em programas de tratamento. Tais mecanismos podem envolver uma ordem judicial de tratamento ou uma pena suspensa condicionada ao tratamento. Em alguns países também é possível uma intervenção ainda na fase inicial do processo penal.

As práticas de referenciação para tratamento variam muito, tanto por país como por droga principal. O sistema de justiça penal desempenha um papel importante na referenciação para tratamento de consumidores de canábis. De um modo geral, na Europa, 26 % dos utentes de canábis são referenciados para tratamento pelo sistema de justiça penal. Contudo, a percentagem varia acentuadamente entre países. Em 2016, entre os países com mais de 100 novos utentes a iniciarem tratamento por consumo de canábis, a percentagem de consumidores referenciados pelos tribunais, por agentes de vigilância ou pela polícia variou entre os 2 % nos Países Baixos e os 80 % na Hungria e Roménia.

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 em tratamento especializado na Europa e beneficiam da maior parte dos recursos de tratamento disponíveis, sobretudo sob a forma de tratamentos de substituição. Os resultados de uma análise de dados de 2016 relativos aos tratamentos realizados em nove países europeus fornecem uma perspetiva dos percursos de tratamento. Dos 370 000 utentes em tratamento nesses países durante esse ano, menos de 20 % iniciaram tratamento pela primeira vez; 27 % repetiram tratamento, tendo recebido tratamento num ano anterior; e mais de metade tinha estado em tratamento contínuo durante

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



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

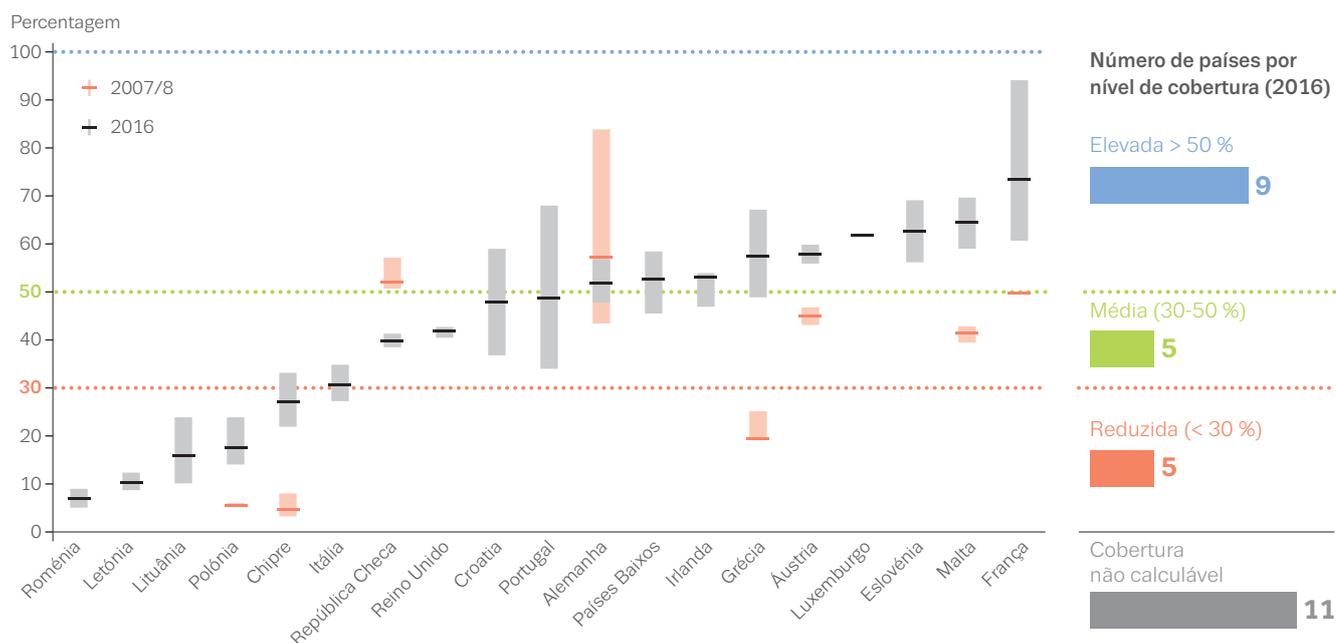
### Tratamento de substituição de opiáceos: variação da oferta a nível nacional

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. Os consumidores de canábis e cocaína correspondem ao segundo e ao terceiro maior grupo de consumidores a iniciar tratamento (Figura 3.3). A principal modalidade de tratamento destes utentes consiste em intervenções psicossociais.

Estima-se que 628 000 consumidores de opiáceos tenham recebido tratamento de substituição na União Europeia (636 000, se incluirmos a Noruega), em 2016. A tendência mostra um aumento geral dos utentes até atingir um pico em 2010, a que se seguiu um decréscimo de 10 % até 2016. Entre 2010 e 2016, foram observados decréscimos em 12 países, com os mais elevados (decréscimos de mais de 25 %) a serem comunicados por

FIGURA 3.4

**Cobertura do tratamento de substituição de opiáceos (percentagem estimada de consumidores de opiáceos de alto risco que recebem a intervenção) em 2016 ou ano mais recente e em 2007/2008**



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

Espanha, Países Baixos e Portugal. Este decréscimo pode ser explicado por fatores relacionados com a procura ou a oferta, incluindo a redução do número de consumidores crónicos de opiáceos mais velhos ou mudanças nos objetivos dos tratamentos em alguns países. Outros países continuaram a aumentar a oferta, uma vez que pretendem melhorar a cobertura do tratamento, com 16 países a comunicarem aumentos entre 2010 e 2016, nomeadamente a Letónia (173 %), a Finlândia (167 %) e a Grécia (57 %).

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 de país para país (Figura 3.4). Nos países em que os dados de 2007 ou 2008 estão disponíveis para comparação, verificou-se, de um modo geral, um aumento na cobertura. Contudo, em alguns países os níveis de oferta continuam reduzidos.

A metadona é o medicamento de substituição dos opiáceos mais receitado, sendo administrado a quase dois terços (63 %) dos utentes em tratamentos de substituição na Europa. Outros 35 % dos utentes são tratados com medicamentos à base de buprenorfina que é a principal substância de substituição utilizada em oito países (Figura 3.5). Outras substâncias, tais como a morfina ou a diacetilmorfina (heroína) de libertação lenta, são mais raramente receitadas e a sua administração limita-se a cerca de 2 % dos utentes em tratamentos de

substituição na Europa. A maioria dos utentes em tratamentos de substituição na Europa tem mais de 35 anos e está a receber tratamento há mais de dois anos. Em toda a Europa estão disponíveis opções de tratamento alternativo para os consumidores de opiáceos. Nos treze países para os quais existem dados disponíveis, entre 3 % e 28 % de todos os consumidores de opiáceos em tratamento foram objeto de intervenções que não envolveram a substituição dos opiáceos.

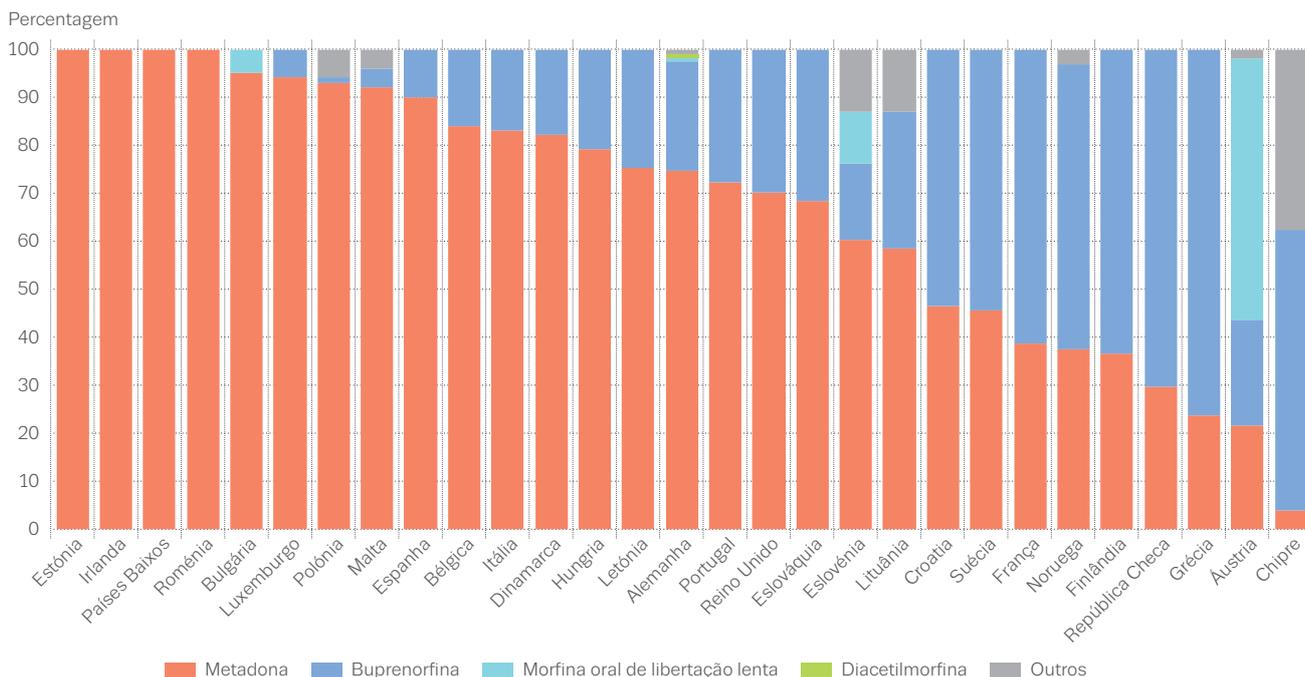
### Resultados do tratamento: o papel das normas de qualidade

A monitorização dos resultados do tratamento é importante para melhorar os percursos de tratamento dos utentes e ajustar os serviços para uma melhor resposta às necessidades observadas. Contudo, a sua implementação é dificultada pela falta entendimento acerca dos objetivos de tratamento e das medidas apropriadas para a sua aplicação. Uma análise recente do EMCDDA destacou a ampla variabilidade nos resultados medidos, identificando oito domínios de resultados diferentes: «consumo de droga», «crime», «saúde», «resultados relacionados com o tratamento», «integração social», «danos», «mortalidade» e «estimativas económicas».

A utilização de normas de qualidade é outra forma de assegurar a implementação apropriada de intervenções

FIGURA 3.5

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



Nota: O Reino Unido abrange a Inglaterra, o País de Gales e a Irlanda do Norte.

UTENTES EM TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO DE OPIÁCEOS

População

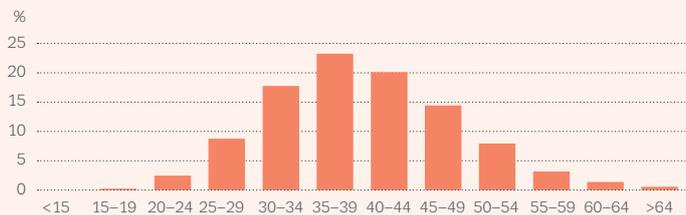
628 000 UE

636 000 UE + Noruega

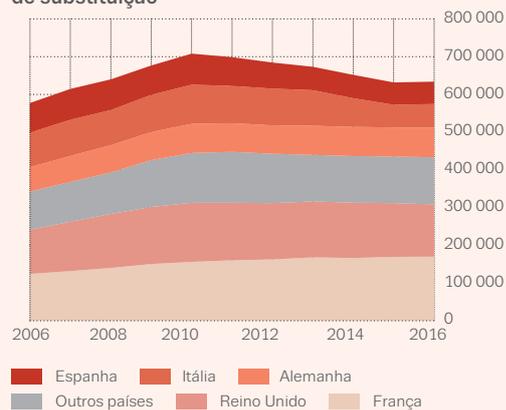
26% 74%



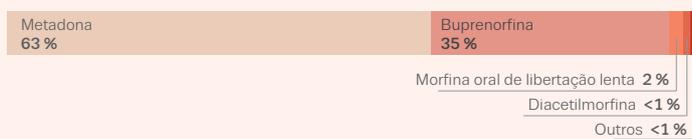
Distribuição etária



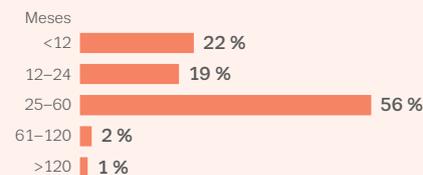
Tendências no número de tratamentos de substituição



Tipo de medicação



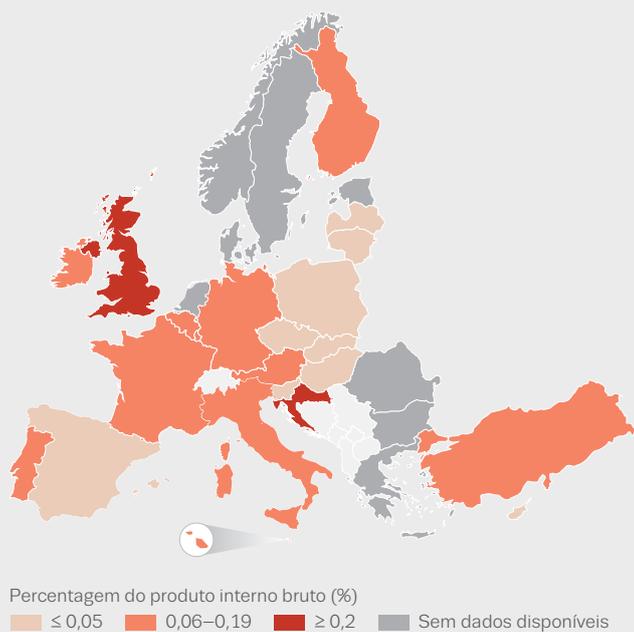
Duração do tratamento



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 3.6

Estimativas mais recentes da despesa pública relacionada com a droga (% do PIB)



e recomendações contidas nestas diretrizes. Embora, em geral, a implementação baseada em normas ocorra a nível local, existem igualmente normas internacionais, sendo que as mesmas são utilizadas para reunir consenso quanto aos princípios gerais das intervenções. Por exemplo, as normas mínimas de qualidade europeias em termos de redução da procura de droga adotadas pelo Conselho da UE estabeleceram princípios gerais que foram implementados a nível nacional de diferentes formas.

### Responder aos problemas da droga: despesas e custos

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 heterogéneas. Na última década, 22 países produziram estimativas completas quanto à despesa pública relacionada com a droga (Figura 3.6). As estimativas 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.

A despesa com as iniciativas de redução da procura, expressa em percentagem do orçamento global para o combate à droga, varia substancialmente entre os países, representando entre 21 % e 75 % da despesa

pública relacionada com a droga, de acordo com as estimativas notificadas ao EMCDDA na última década. Os custos dos tratamentos da toxicod dependência, bem como outros custos relacionados com a saúde, representam uma grande parcela da despesa estimada relacionada com as intervenções de redução da procura. Embora as diferenças nacionais se devam, em parte, a várias escolhas em termos de oferta e políticas, aliadas a diferenças nos problemas da droga e à organização dos serviços públicos, as diferentes metodologias de estimativa têm também um grande impacto nos resultados.

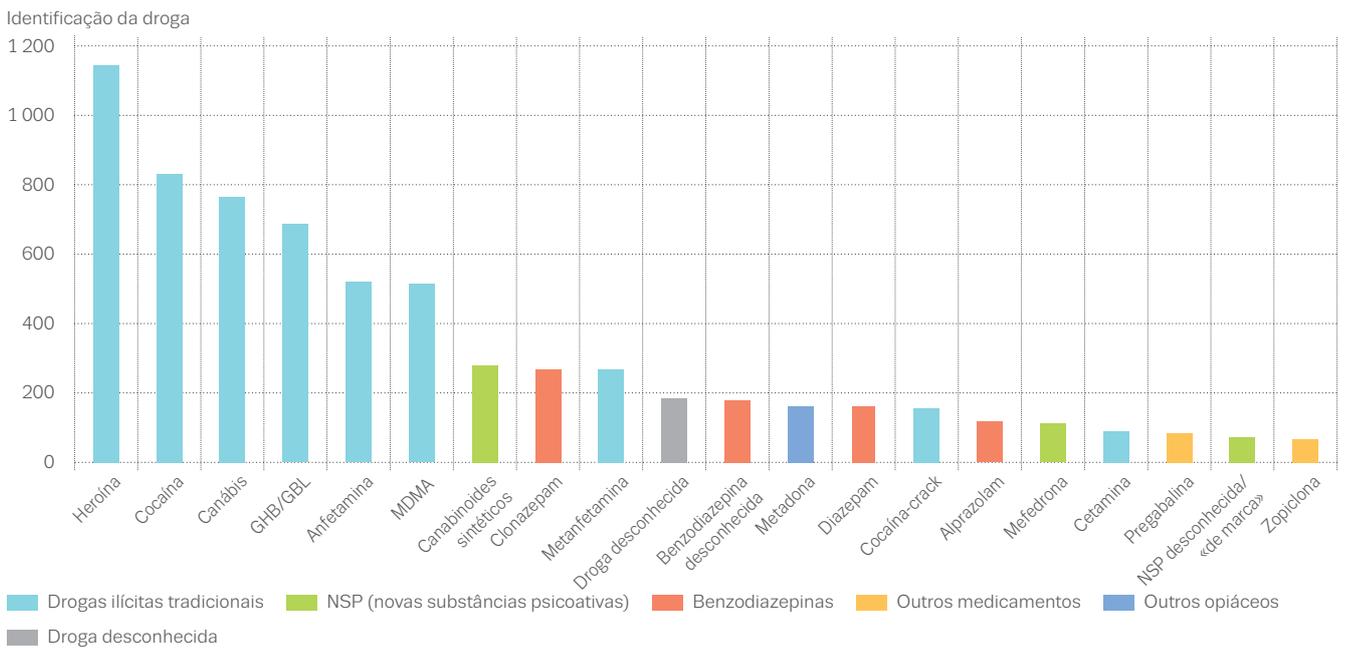
### Danos graves relacionados com drogas: a heroína e a cocaína predominam

Os dados relativos às emergências hospitalares podem fornecer informações sobre danos graves relacionados com drogas e aumentar o nosso conhecimento em termos do impacto do consumo de drogas na saúde pública na Europa. Apenas um número reduzido de países monitoriza as emergências hospitalares relacionadas com drogas a nível nacional. Entre esses países, a Lituânia e o Reino Unido notificaram que as emergências hospitalares relacionadas com o consumo de heroína aumentaram. Por outro lado, a República Checa e a Dinamarca notificaram uma tendência decrescente nas emergências hospitalares relacionadas com a heroína. Em Espanha, a cocaína esteve envolvida em quase metade das emergências relacionadas com droga em 2015, sendo que esta quantidade está a estabilizar após um período de declínio. Em simultâneo, o número de emergências relacionadas com a canábica continua a aumentar. Em 2016, a Eslovénia também notificou uma tendência crescente no número de emergências relacionadas com a cocaína, anfetaminas e GHB. Também em 2016, as regiões «sentinela» nos Países Baixos notificaram 272 emergências relacionadas com a 4-fluoroanfetamina (4-FA), um novo estimulante do sistema nervoso central. A maioria destes casos foi observada em postos de primeiros socorros em ambientes de vida noturna, com quase um terço das chamadas de emergência relacionadas com drogas associadas ao consumo de GHB.

Os casos de intoxicações agudas relacionadas com drogas em 19 hospitais («sentinela») em 13 países europeus são monitorizados pela Euro-DEN Plus, a rede europeia de emergências relacionadas com a droga. Em 2016, o projeto registou 4 874 casos, em que os utentes tinham uma idade média de 32 anos e a maioria era do sexo masculino (77 %). Quase três quartos dos casos chegaram ao hospital por ambulância. A maioria (78 %) teve alta hospitalar num prazo de 12 horas. Uma pequena minoria

FIGURA 3.7

## Vinte principais drogas notificadas nas urgências de hospitais «sentinela» em 2016



Nota: Resultados de 4 874 casos de urgência atendidos em 19 hospitais «sentinela» de 13 Estados-Membros.  
 Fonte: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

(6 %) foi internada nos cuidados intensivos ou na unidade de psiquiatria (4 %). Foi registado um total de 22 mortes, 13 das quais relacionadas com o consumo de opiáceos.

Em média, foram notificadas 1,5 drogas por caso (7 423 no total). As drogas mais frequentemente envolvidas são a heroína, a cocaína, a canábis, GHB/GBL, a anfetamina e a MDMA (Figura 3.7). Um quinto (21 %) dos casos envolveu a utilização indevida de prescrições ou a venda ao balcão de drogas (normalmente opiáceos e benzodiazepinas); 7 % envolveram novas substâncias psicoativas (face a 9 % em 2015 e a 6 % em 2014). O número de casos relacionados com catinonas sintéticas diminuiu significativamente, de 400 casos registados em 2014 para 160 em 2016, enquanto o número de casos relacionados com canabinoides sintéticos aumentou de 28 para 282. O aumento no número de casos relacionados com canabinoides sintéticos foi impulsionado principalmente pelos centros polacos e londrinos.

As diferenças nas drogas envolvidas nos casos de emergência entre locais pode refletir variações entre a área de influência do hospital e os padrões locais de consumo. Por exemplo, a heroína foi a principal responsável pelos casos de emergência ocorridos em Dublin (Irlanda) e em Oslo (Noruega), enquanto em Londres (Reino Unido) prevaleceram os casos associados ao consumo de GHB/GBL, cocaína e MDMA.

## Novas drogas: elevada potência e danos

As novas substâncias psicoativas, incluindo os opiáceos sintéticos, os canabinoides sintéticos e as catinonas sintéticas, estão a provocar uma série de danos graves na Europa e constituem um desafio às políticas em matéria de droga. Os opiáceos sintéticos e os canabinoides sintéticos são dois grupos de substâncias particularmente preocupantes.

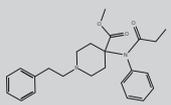
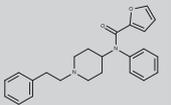
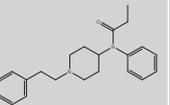
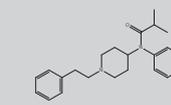
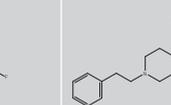
Embora representem apenas uma pequena parcela do mercado de droga europeu, os novos opiáceos constituem uma séria ameaça para a saúde individual e pública. Os derivados do fentanilo são particularmente preocupantes e correspondem à maioria dos novos opiáceos monitorizados pelo EMCDDA. Estas substâncias podem ser particularmente potentes, em que quantidades mínimas são capazes de provocar intoxicações potencialmente fatais, manifestando-se desde uma

depressão respiratória rápida a grave. Isso torna estas substâncias particularmente perigosas, especialmente no caso de consumidores desprevenidos que pensam estar a comprar heroína, outras drogas ou medicamentos para a dor ilícitos. Nessas circunstâncias, poderá ser necessário avaliar a disponibilidade de naloxona como antídoto de opiáceos. Além dos riscos agudos de *overdose*, os derivados do fentanilo parecem também apresentar elevados riscos de consumo excessivo e potencial para causar dependência, o que pode agravar os problemas sociais e de saúde pública normalmente associados ao consumo de opiáceos de alto risco.

### Avaliação de riscos e investigações conjuntas

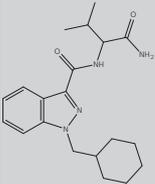
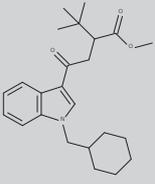
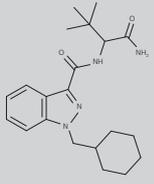
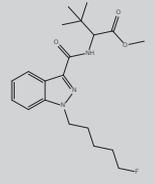
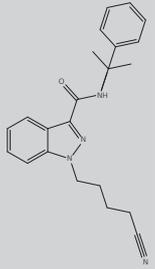
No seguimento das duas investigações conjuntas realizadas pelo EMCDDA e pela Europol em 2016 sobre o acrilioilfentanilo e o furanilfentanilo, foram investigados em 2017 outros cinco derivados do fentanilo após terem sido comunicados óbitos relacionados com estas substâncias através do mecanismo de alerta rápido da UE. As substâncias em questão (4-fluoroisobutirfentanilo, tetra-hidrofuranofentanilo, carfentanilo, metoxiacetilfentanilo, ciclopropilfentanilo) estiveram envolvidas em mais de 160 mortes, muitas das quais atribuídas diretamente a estas substâncias. No geral, cinco destas sete substâncias foram objeto de uma avaliação de riscos formal pelo EMCDDA durante o ano de 2017 (Quadro 1); as duas substâncias remanescentes serão avaliadas em 2018. Até à data, o acrilioilfentanilo e o furanilfentanilo foram sujeitos a medidas de controlo a nível da UE, devido aos riscos que representam para a saúde pública na Europa.

**Quadro 1. Principais conclusões das avaliações de riscos dos cinco derivados do fentanilo**

Denominação comum	Carfentanilo	Furanilfentanilo	Acrilioilfentanilo	4F-iBF (4fluoroisobutirfentanilo)	THF-F (tetra- hidrofuranofenta- nilo)
Estrutura química					
Notificação formal através do mecanismo de alerta rápido da UE	12 de fevereiro de 2013	3 de novembro de 2015	7 de julho de 2016	26 de agosto de 2016	23 de dezembro de 2016
Número de mortes	61	23	47	20	14
Número de países onde ocorreram mortes associadas à substância	8	6	3	2	1
Número de apreensões por autoridades de aplicação da lei	801	143	162	24	53
Número de países onde foi feita a apreensão (UE, Turquia e Noruega)	7	14	5	4	1

Durante 2017, foram também investigados quatro canabinoides sintéticos, conduzindo a subsequentes avaliações dos riscos (Quadro 2). As substâncias em questão (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) estiveram envolvidas em mais de 80 mortes. Estas substâncias foram avaliadas no seguimento de MDMB-CHMICA, o primeiro canabinoide cujo risco foi avaliado pelo EMCDDA. Os motivos subjacentes à intoxicação grave que estas substâncias podem causar incluem a sua elevada potência e práticas de fabrico deficientes. Os dados sugerem que os produtores «adivinham» as quantidades da substância a adicionar quando fabricam «misturas para fumar». Além disso, as técnicas de fabrico de crude utilizadas podem não aplicar uma distribuição uniforme da substância no produto. Deste modo, alguns produtos podem conter quantidades tóxicas da substância, o que resulta num aumento do risco de intoxicação.

**Quadro 2. Principais conclusões das avaliações de riscos dos cinco canabinoides sintéticos**

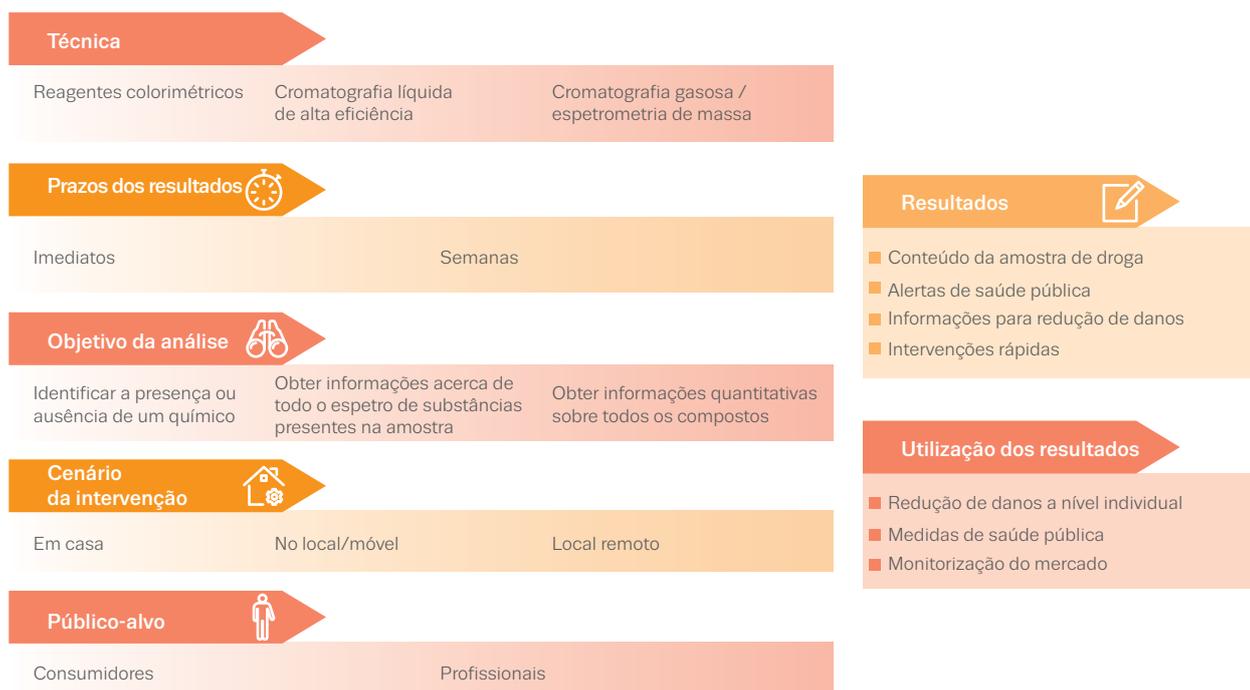
Denominação comum	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Estrutura química					
Notificação formal através do mecanismo de alerta rápido da UE	10 de abril de 2014	12 de setembro de 2014	24 de setembro de 2014	8 de janeiro de 2015	4 de março de 2016
Número de mortes	31	29	13	28	11
Número de países onde ocorreram mortes associadas à substância	6	6	3	2	2
Número de apreensões por autoridades de aplicação da lei	6422	> 3600	3794	1986	2461
Número de países onde foi feita a apreensão (UE, Turquia e Noruega)	26	25	19	27	12

**Os novos opiáceos representam uma séria ameaça para a saúde individual e pública**



## FIGURA 3.8

## Exemplos de técnicas e aplicações de «drug checking»



### Serviços de «drug checking»: a disponibilidade na Europa

Os serviços de «drug checking» permitem aos consumidores submeter as suas drogas a análise para obterem informações sobre o conteúdo da amostra. Os objetivos dos serviços de «drug checking» variam desde a redução dos danos, ao disponibilizar informações e aconselhamento aos consumidores de drogas, à monitorização das tendências atuais e emergentes relativas ao consumo de droga. Em alguns países, os serviços de «drug checking» são uma parte integrante dos mecanismos de alerta rápido nacionais, em particular, no apoio à identificação e monitorização de novas substâncias psicoativas.

Os serviços de «drug checking» estão disponíveis em dez países da UE. Os serviços variam de diversas formas, incluindo na localização, nos métodos, atualidade dos resultados, na forma como os resultados são comunicados e para que fins (ver Figura 3.8). Os serviços de análises podem ter lugar em laboratórios fixos ou móveis, como por exemplo, em festivais de música e discotecas. Os métodos utilizados variam desde *kits* de auto-análise que revelam a presença ou ausência de uma determinada droga ou adulterante, a equipamentos sofisticados que conseguem identificar e quantificar várias substâncias. O tempo despendido para entregar os resultados também pode variar, de alguns segundos a alguns dias.

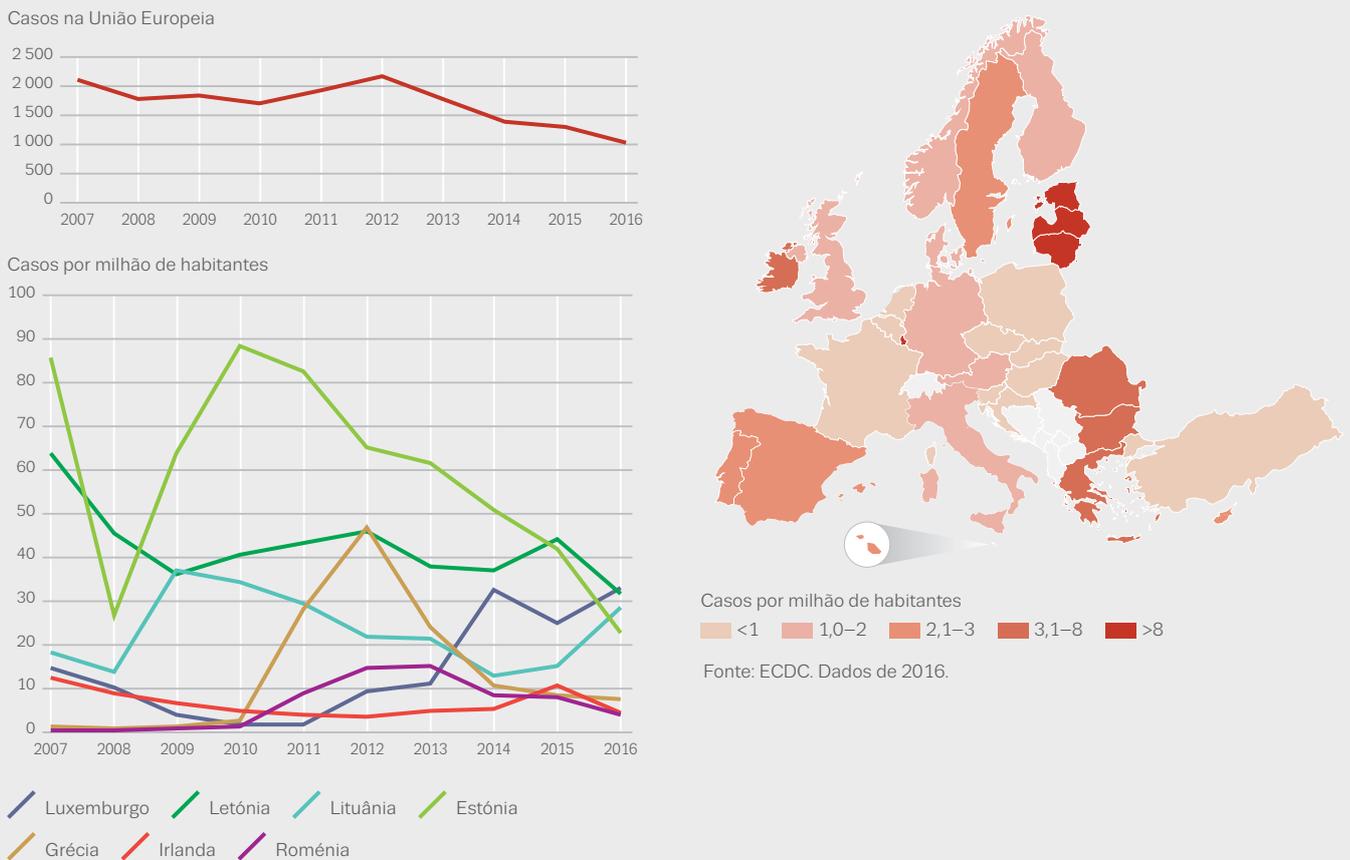
A comunicação dos resultados é importante para os serviços de «drug checking», pelo que muitas vezes são disponibilizados com aconselhamento ou intervenções breves. Os métodos de comunicação utilizados incluem alertas para a saúde pública e para o consumidor, painéis informativos em eventos de dança e música eletrónica, publicação em linha dos resultados ou a entrega direta dos resultados aos indivíduos.

### Danos relacionados com drogas crónicas: redução do VIH, mas os diagnósticos tardios persistem

As pessoas que consomem drogas, principalmente as que as injetam, correm o risco de contrair doenças infetocontagiosas através da partilha de equipamentos de consumo de droga e de relações sexuais desprotegidas. O consumo de drogas injetáveis, um comportamento de risco, continua a desempenhar um papel central na transmissão de doenças infecciosas por via sanguínea, nomeadamente do vírus da hepatite C (VHC) e, em alguns países, do vírus da imunodeficiência humana (VIH). Em 2016, foram notificados 1 027 novos diagnósticos de VIH em pessoas infetadas através do consumo de drogas injetáveis na União Europeia (Figura 3.9), o que representa 5 % de todos os diagnósticos de VIH para os quais a via de transmissão é conhecida. Esta percentagem manteve-se baixa e estável durante a última década. O número de novas infeções pelo VIH entre pessoas que consomem drogas injetáveis decresceu na maioria dos países

FIGURA 3.9

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



europeus, o que representa uma redução global de 51 % entre 2007 e 2016. Contudo, o consumo de drogas injetáveis continua a ser um modo de transmissão importante em alguns países: em 2016, de acordo com os dados comunicados ao Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), mais de um quarto dos novos casos diagnosticados de VIH teve origem no consumo de drogas injetáveis na Lituânia (47 %), no Luxemburgo (29 %) e na Letónia (27 %). Na Roménia e na Grécia, embora os novos casos de infeção por VIH com origem no consumo de drogas injetáveis tenha continuado a diminuir em 2016, os números continuam a ser superiores aos níveis notificados antes dos surtos de 2012.

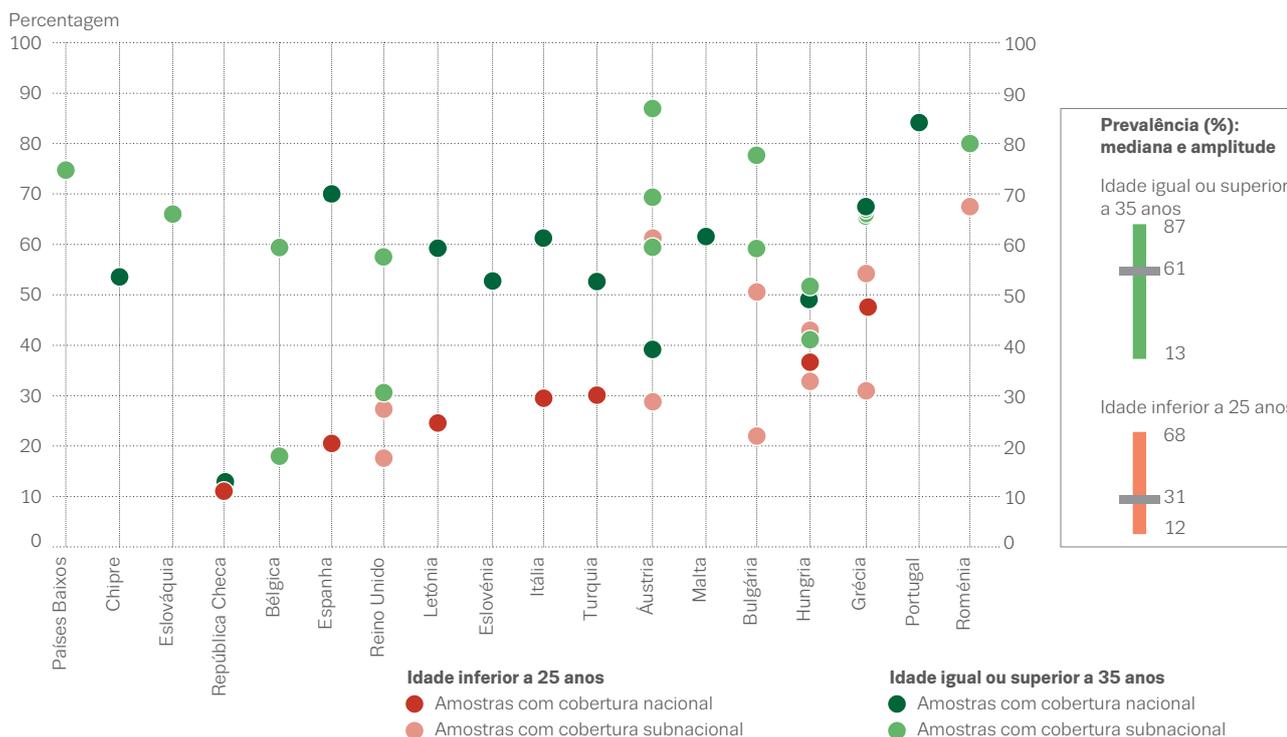
A maioria dos países comunicou reduções no número de casos de VIH relacionados com drogas injetáveis entre 2015 e 2016, incluindo a Irlanda e o Reino Unido, que tinham registado aumentos em 2015. Na Irlanda e no Reino Unido, tal deveu-se, em parte, a surtos localizados. O surto notificado em 2014 no Luxemburgo continuou até 2016, sendo o aumento do consumo de estimulantes injetáveis e os níveis elevados de marginalização dos

consumidores fatores para a ocorrência deste surto. A Lituânia comunicou uma subida drástica de novos casos de infeção por VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis, quase duplicando de 44 para 83 casos em 2016. Além disso, o consumo de drogas estimulantes injetáveis num contexto sexual («slamming») entre pequenos grupos de homens que mantêm relações sexuais com outros homens tem sido associado a um aumento do risco de transmissão de infeções.

Em 2016, 13 % dos novos casos de SIDA comunicados na União Europeia, com uma via de transmissão conhecida, tiveram origem no consumo de drogas injetáveis. As 422 comunicações relacionadas com o consumo de drogas injetáveis representam pouco menos de um quarto do número comunicado há uma década.

FIGURA 3.10

Prevalência da infeção pelo vírus da hepatite C entre os consumidores de drogas injetáveis, por faixa etária, de 2015 a 2016



Nota: Não são apresentadas amostras inferiores a 10 %. A ordem dos países segue os dados correspondentes aos indivíduos com menos de 25 anos.

Em 2016, nos países com informações disponíveis, 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. Na Grécia e na Roménia, cerca de 2 em cada 3 novos casos de VIH relacionados com drogas injetáveis foram diagnosticados tardiamente. O diagnóstico tardio de VIH está associado a atrasos no início da terapia antirretroviral, bem como no aumento da morbilidade e da mortalidade. A política de «testar e tratar» para o VIH, em que a terapia antirretroviral é iniciada diretamente após um diagnóstico de VIH, resulta 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.

### Prevalência de VHC: diferenças a nível nacional

A hepatite viral e, em especial, a infeção causada pelo vírus da hepatite C (VHC) têm uma elevada prevalência entre os consumidores de drogas injetáveis de toda a Europa. Em cada 100 pessoas infetadas com o VHC, 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, indicadores de infeções presentes ou passadas, nas amostras nacionais de consumidores de drogas injetáveis analisadas em 2015-2016 variava entre 15 % e 82 %, tendo 6 dos 13 países que notificaram dados nacionais apresentado taxas de prevalência superiores a 50 %. Entre os países que dispõem de dados sobre as tendências nacionais registadas no período 2010-2016, observou-se um decréscimo da prevalência do VHC entre os consumidores de droga injetada em quatro países, enquanto em dois se observou um aumento.

No grupo de utilizadores de drogas injetáveis, o VHC é mais prevalente nos consumidores mais velhos do que nos mais jovens, o que salienta a acumulação do risco ao longo dos anos e o elevado peso da infeção nos grupos mais velhos (Figura 3.10).

Entre os consumidores de drogas, a infeção pelo vírus da hepatite B (VHB) é menos comum do que a infeção pelo

VHC. Para este vírus, no entanto, a presença do antígeno de superfície do VHB indica a presença de uma infeção, que pode ser aguda ou crónica. Nos sete países que dispõem de dados a nível nacional, estima-se que entre 1,5 % e 11 % dos consumidores de drogas injetáveis estejam atualmente infetados com o VHB.

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

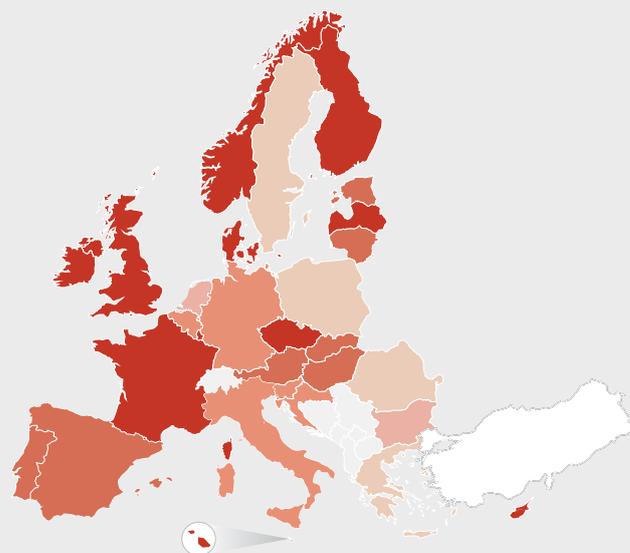
### Prevenção de doenças infecciosas: medidas eficazes

As medidas recomendadas para reduzir as doenças infecciosas relacionadas com drogas entre consumidores de drogas injetáveis incluem a oferta de tratamentos de substituição de opiáceos, a distribuição de material de injeção esterilizado, vacinação, rastreio de doenças infetocontagiosas, tratamento de hepatite e do VIH, bem como intervenções de promoção da saúde centradas num comportamento mais seguro no consumo de drogas injetáveis e na redução de 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 mostram que os programas de oferta de agulhas e seringas são eficazes na redução da transmissão do VIH entre consumidores de drogas injetáveis. Dos 30 países monitorizados pelo EMCDDA, todos, com exceção da Turquia, fornecem gratuitamente material de injeção esterilizado em centros especializados. Contudo, existem diferenças consideráveis entre os países relativamente à dispersão geográfica dos centros de fornecimento de seringas (ver Figura 3.11). Os países também diferem no que respeita à cobertura da população-alvo conseguida pela intervenção (Figura 3.12). 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 54 milhões de seringas, nos dados mais recentes disponibilizados (em 2015/2016). 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.

FIGURA 3.11

Disponibilidade geográfica de programas de troca de agulhas e seringas na União Europeia, na Noruega e na Turquia



Percentagem de unidades territoriais com um ou mais centros de fornecimento de agulhas e seringas

Nota: As unidades territoriais são baseadas na NUTS-3 do Eurostat. Os valores da Espanha, Alemanha e Itália são baseados nas estimativas de especialistas. A disponibilidade geográfica pode não refletir a percentagem de cobertura da intervenção no público-alvo.

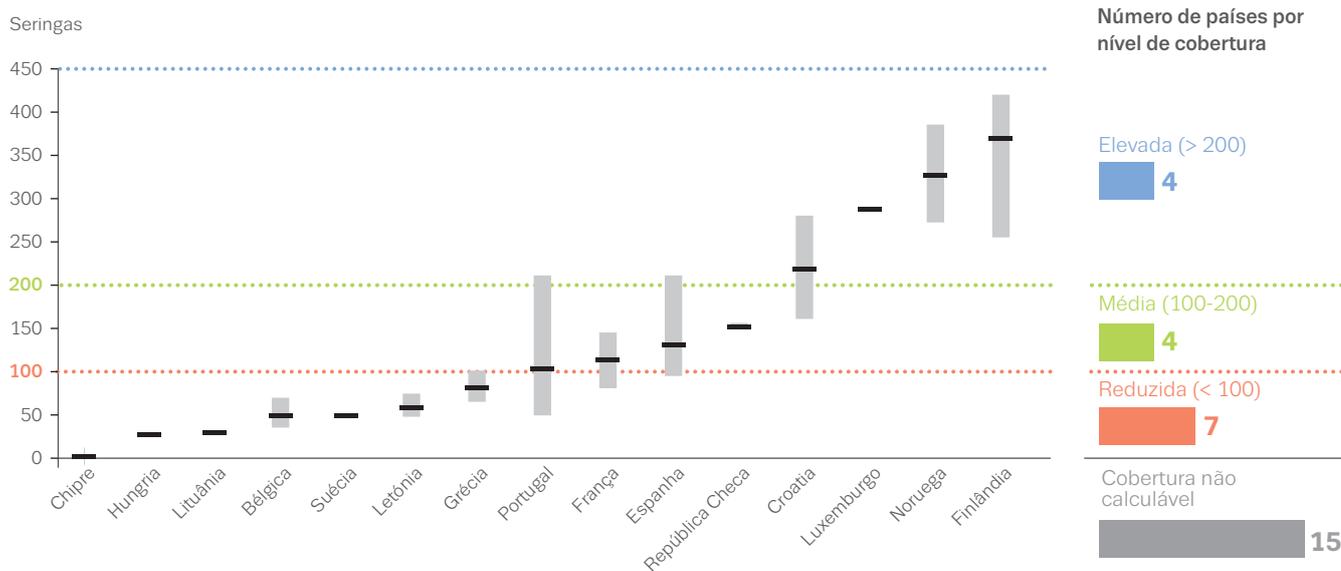
Os países europeus também comunicaram a distribuição de outros materiais por agências especializadas de combate à droga, em conjunto com seringas e agulhas. Mais de metade dos países europeus notificou, por exemplo, a distribuição de informação escrita sobre consumo seguro, preservativos, material desinfetante e ácido cítrico. A oferta de cachimbos ou folha de alumínio para permitir e incentivar os consumidores a inalar em vez de injetar drogas foi comunicada por oito países, enquanto na República Checa são distribuídas cápsulas de gelatina para encorajar o consumo oral de metanfetaminas (pervitin).

### Eliminação do VHC: acesso a rastreios e tratamento

As normas mínimas de qualidade da UE para as intervenções relativas à redução da procura promovem o rastreio voluntário, em centros comunitários, de doenças infecciosas contraídas por via sanguínea, bem como aconselhamento sobre comportamentos de risco e assistência na gestão de doenças. Contudo, o estigma e a marginalização dos toxicodependentes continuam a ser obstáculos importantes à aceitação de programas de rastreio e tratamento. São necessários métodos inovadores para ultrapassar estes desafios, especialmente uma maior utilização de rastreios e de aconselhamento

FIGURA 3.12

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



por parte de prestadores de cuidados de saúde a nível da comunidade. Além disso, qualquer expansão dos programas de rastreio de doenças infetocontagiosas deve ser acompanhada por medidas que assegurem a oferta apropriada para o tratamento de infeções.

As diretrizes especializadas europeias recomendam que o tratamento do VHC deve ser considerado sem demora para os indivíduos que apresentem um risco elevado de transmitirem o vírus, o que inclui os consumidores ativos de drogas injetáveis e reclusos.

Em 95 % dos casos, os novos tratamentos terapêuticos orais sem interferão eficazes e de maior tolerância com agentes antivirais de ação direta podem curar a infeção. O acesso ilimitado ao tratamento continua a ser uma situação rara devido aos custos elevados destes medicamentos. Desde outubro de 2017, um em cada dois países europeus estabeleceu num documento em matéria de política, uma abordagem quanto aos cuidados e prevenção da hepatite. Contudo, em 9 países, as diretrizes clínicas incluem critérios que restringem o acesso ao tratamento do VHC aos consumidores de drogas (por exemplo, é necessário um período de abstinência do consumo de drogas durante 3 a 12 meses).

### 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. Muitos reclusos têm necessidades complexas de cuidados de saúde e a avaliação dos problemas relacionados com a toxicodependência faz parte do rastreio de saúde realizado à entrada na prisão em muitos países. A análise dos dados relativos à prevalência de VIH e VHC entre os consumidores de drogas injetáveis de 17 países europeus, de 2006 a 2017, revelou que na maioria dos países a prevalência destas infeções foi significativamente superior entre indivíduos com um histórico de encarceramento: 10 dos 17 países para o VIH e 14 dos 17 países para o VHC.

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. Apenas 11 países comunicaram a disponibilização de tratamento da hepatite C. A existência de programas de vacinação contra a hepatite B foi referida em 16 países. A disponibilização de material de injeção limpo é menos frequente, verificando-se a existência de programas de oferta de seringas neste contexto em cinco países, dos quais apenas três comunicam a implementação efetiva da intervenção.

Dois princípios importantes para a realização de intervenções de saúde nas prisões são a oferta de tratamento similar à proposta em centros comunitários e a continuidade dos cuidados de saúde após a saída da

prisão. Em 28 países, é possível disponibilizar tratamentos de substituição de opiáceos nas prisões, mas a cobertura é reduzida na maioria dos países. As intervenções disponibilizadas aos reclusos incluem a desintoxicação, o aconselhamento individual e em grupo, o tratamento em comunidades terapêuticas e em unidades de internamento especializadas. Quase todos os países comunicaram a oferta de uma ou mais destas opções de tratamento. A maioria dos países europeus criou 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 preparam 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 a saída da prisão, que incluem formação e informação e a disponibilização de naloxona após a saída da prisão.

estudos realizados em grupos de consumidores de droga de alto risco revelam taxas de mortalidade na ordem de 1% - 2% por ano. De um modo geral, os consumidores de opiáceos na Europa correm um risco, pelo menos, 5 a 10 vezes maior de morrer do que os seus pares da mesma idade e do mesmo sexo. O aumento da mortalidade entre os consumidores de opiáceos está sobretudo relacionado com casos de *overdose*, mas há que ter em conta outras causas de morte indiretamente relacionadas com o consumo de drogas, tais como as infeções, os acidentes, a violência e o suicídio. A saúde precária, marcada por doenças acumuladas e interligadas, é comum. As doenças hepáticas e pulmonares crónicas, bem como os problemas cardiovasculares, são frequentes e responsáveis por uma percentagem cada vez maior de mortes entre os consumidores de drogas crónicos e mais velhos.

Na Europa, a *overdose* continua a ser a principal causa de morte entre os consumidores de droga de alto risco, sendo mais de três quartos das vítimas do sexo masculino (79%). Os dados relativos a *overdoses*, sobretudo o total cumulativo europeu, devem ser interpretados com precaução, por razões que incluem a omissão sistemática desses dados em alguns países e a utilização de métodos de registo que atrasam as notificações. As estimativas anuais representam, por isso, um valor mínimo previsional.

**Mortes por overdose: tendência crescente nos consumidores de droga de alto risco**

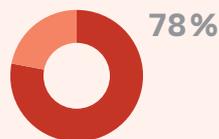
O consumo de drogas é reconhecidamente uma das causas de morte evitáveis entre adultos europeus. Alguns

**MORTES INDUZIDAS PELA DROGA**

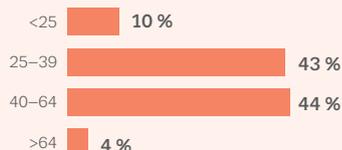
**Características**



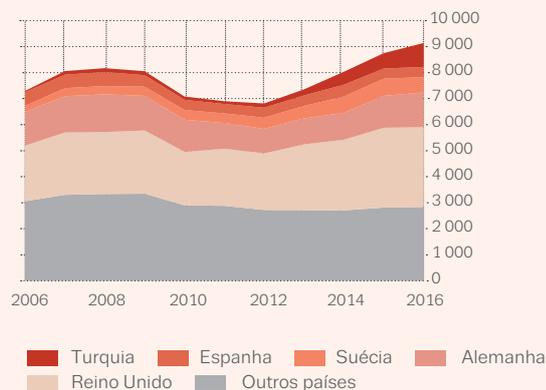
**Mortes com presença de opiáceos**



**Idade no momento da morte**



**Tendências nas mortes por overdose**



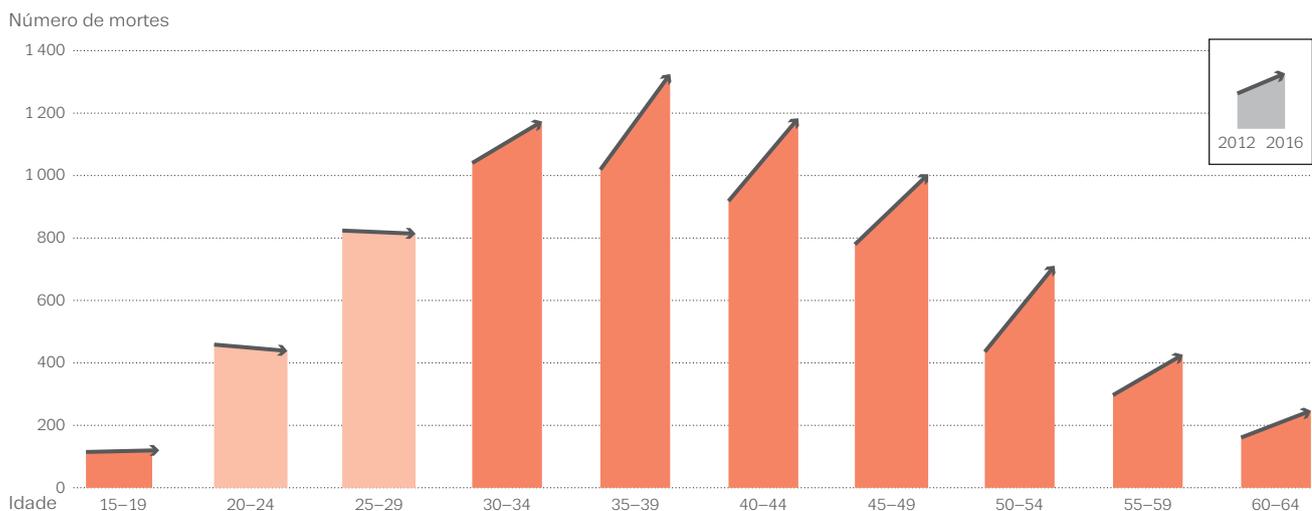
**Número de mortes**



Nota: Dados referentes aos Estados-Membros da UE, à Turquia e à Noruega (UE + 2).

FIGURA 3.13

Número de mortes induzidas pela droga notificadas na União Europeia em 2012 e 2016, ou no ano mais recente, por faixa etária



Estima-se que, em 2016, tenham ocorrido na União Europeia, pelo menos, 7 929 mortes por *overdose*, envolvendo uma ou mais drogas ilícitas. Esta estimativa aumenta para 9 138 mortes se incluirmos a Noruega e a Turquia, o que representa um aumento de 4 % em relação ao valor revisto de 8 749 mortes em 2015. A situação na UE é estável face aos valores registados em 2015. Tal como nos anos anteriores, o Reino Unido (34 %) e a Alemanha (15 %) foram conjuntamente responsáveis por cerca de metade do total europeu. Em parte, estas percentagens estão relacionadas com a dimensão das populações de risco nesses países, mas também com a omissão de dados em alguns países. Tendo como foco os países com sistemas de fornecimento de dados rigorosos e com dados disponíveis para 2016, verificaram-se aumentos no número de mortes por *overdose* na Estónia e na Alemanha. Nos Países Baixos, ainda não é claro se o aumento elevado do número de mortes por *overdose* notificadas (um aumento de 91 % face a 2014) representa um aumento real e efetivo no número de mortes induzidas pelo consumo de droga ou se tal se deve a outras causas, como por exemplo, alterações nos registos. Em 2015, foi comunicado um aumento no Reino Unido, com um acréscimo de 13 % no número de mortes face a 2014 e de 21 % face a 2013. Os dados provisórios

sugerem que este aumento continuou em 2016. Na Suécia, em 2016, ocorreu uma inversão da tendência crescente verificada nos últimos anos. A Turquia continua a registar grandes aumentos, em que o número verificado em 2016 quase duplicou face ao valor de 2014, no entanto, tal parece ser amplamente influenciado pelas melhorias efetuadas ao nível do fornecimento e recolha de dados.

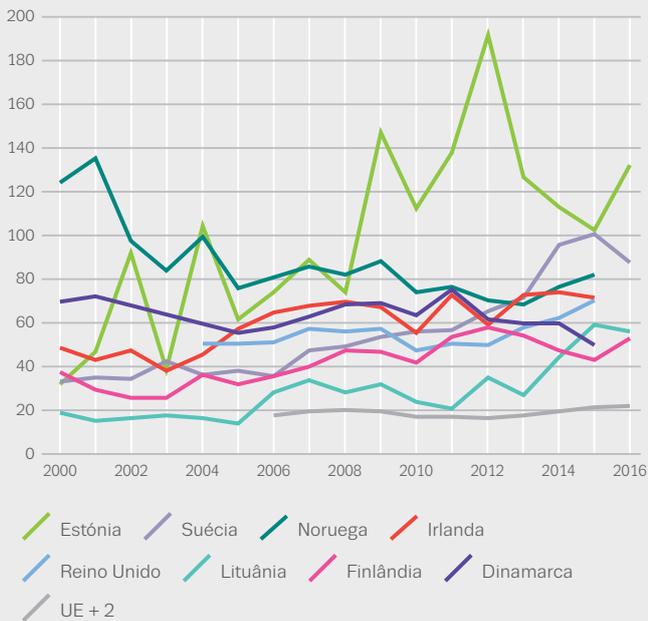
A tendência crescente no número comunicado de mortes por *overdose* entre os grupos etários mais velhos reflete o envelhecimento da população de consumidores de opiáceos na Europa, que corre um maior risco de morte por *overdose*. Entre 2012 e 2016, verificou-se um aumento das mortes por *overdose* na União Europeia em todas as faixas etárias acima dos 30 anos (Figura 3.13). As mortes verificadas nos grupos etários acima dos 50 anos aumentaram, de modo geral, em 55 % em comparação com o aumento de 25 % verificado nas mortes de indivíduos entre os 30 e 49 anos. Na União Europeia, os números de mortes por *overdose* nos grupos mais jovens manteve-se estável. A análise do número de *overdoses* fatais comunicadas pela Turquia em 2016, revela um perfil mais jovem do que o apresentado pela União Europeia, com uma idade média de 31 anos (em comparação com os 39 anos da UE) e com um terço dos casos em faixas etárias com menos de 25 anos.

**A *overdose* continua a ser a principal causa de morte entre os consumidores de droga de alto risco**

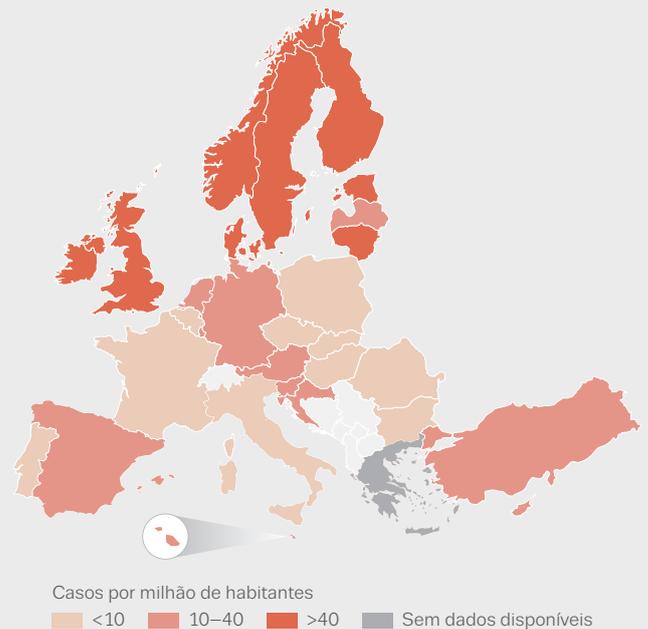
FIGURA 3.14

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

Casos por milhão de habitantes



Nota: Tendências nos 8 países que notificaram os valores mais elevados em 2016 ou 2015 e tendência global na Europa. UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega.



### Mortalidade induzida pela droga: taxas mais elevadas no norte da Europa

A taxa de mortalidade causada por *overdoses* na Europa em 2016 é estimada em 21,8 mortes por milhão de habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos. A taxa entre os homens (34,7 casos em cada milhão) é quase o quádruplo da taxa entre as mulheres (8,9 casos em cada milhão). As taxas de mortalidade causadas por *overdose* para os homens são mais elevadas na faixa etária dos 35 aos 39 anos, com 57,4 mortes em cada milhão, enquanto para as mulheres a faixa etária com a taxa mais elevada é dos 40 aos 44 anos, com 12,4 mortes em cada milhão. No entanto, a média das idades no momento da morte é de 39 anos, tanto para os homens como para as mulheres. As taxas de mortalidade e as tendências a nível nacional variam consideravelmente (Figura 3.14) e são influenciadas por fatores como a prevalência e os padrões de consumo de drogas, bem como pelas práticas nacionais em matéria de notificação, registo de informações e codificação de casos de *overdose*, incluindo níveis variáveis de subregisto, 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 (132 por milhão), pela Suécia (88 por milhão), pela Noruega (81 por milhão), pela Irlanda (70 por milhão) e pelo Reino Unido (70 por milhão) (Figura 3.14).

### Overdoses fatais: as mortes relacionados com opiáceos predominam

A heroína ou os seus metabolitos, frequentemente em combinação com outras substâncias, estão presentes na maioria das overdoses mortais notificadas na Europa. Os dados mais recentes revelam um aumento do número de mortes relacionadas com a heroína na Europa, nomeadamente no Reino Unido, onde a maioria das mortes por overdose (87 %) está relacionada com alguma forma de opiáceo. Em Inglaterra e no País de Gales, a heroína ou a morfina foram mencionadas em 1 177 mortes registadas em 2015, o que representa um aumento de 18 % em relação ao ano anterior e um aumento de 44 % em relação a 2013. As mortes relacionadas com a heroína ou morfina também aumentaram na Escócia (Reino Unido), com o registo de 473 mortes em 2016, o que representa um aumento de 37 % face ao ano anterior. Em França, a heroína foi implicada em 30 % das mortes por overdose registadas em 2015, um aumento face a 15 % em 2012. 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.

As substâncias estimulantes, como a cocaína, as anfetaminas, a MDMA e as catinonas estão implicadas num menor número de mortes por overdose na Europa,

apesar de a sua importância variar de país para país. No Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), o número de mortes envolvendo a cocaína aumentou de 169, em 2013, para 340, em 2015, embora se pense que muitas delas se devem a overdoses de heroína entre pessoas que também consumiram crack. Em 2016, as mortes relacionadas com o consumo de estimulantes na Turquia incluíam 100 casos associados à cocaína, 98 casos associados a anfetaminas e 252 casos associados à MDMA. A Turquia também comunicou um grande aumento no número de mortes relacionadas com os canabinoides sintéticos: de 137 casos em 2015 para os 373 em 2016. No Reino Unido, o número de mortes envolvendo novas substâncias psicoativas permanece relativamente baixo, mas aumentou desde 2010, especialmente na Escócia.

### Overdoses e mortes relacionadas com a droga: intervenções preventivas

A redução da morbidade e da mortalidade das overdoses fatais 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 3.15). A avaliação dos riscos de overdose entre os indivíduos consumidores de droga e o aumento da consciencialização para

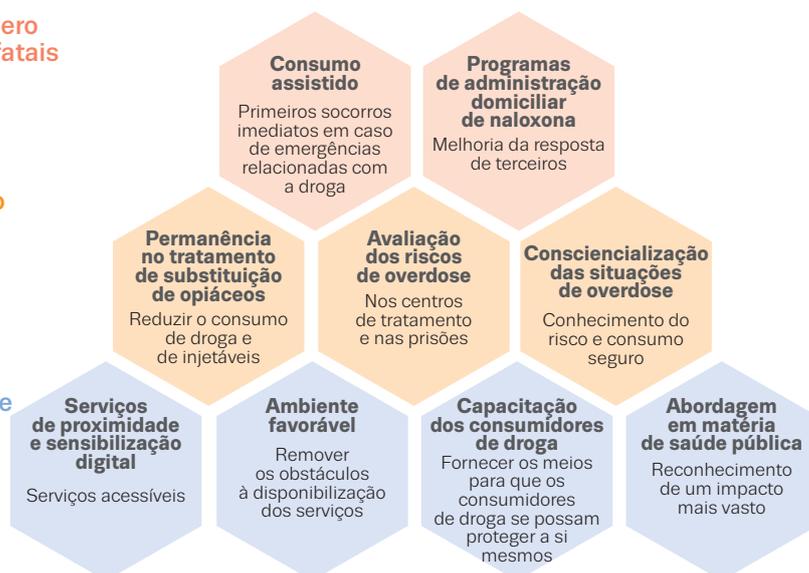
FIGURA 3.15

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



a mesma, aliadas à oferta de um tratamento da toxicod dependência eficaz, ajuda a evitar a ocorrência de *overdoses*. Os períodos de elevado risco, 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 altamente direcionadas, as quais têm como intuito aumentar a probabilidade de sobrevivência a uma *overdose*.

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*. Normalmente, estas salas fornecem acesso a uma vasta gama de serviços médicos e sociais, bem como a referência para tratamento da toxicod dependência e têm a capacidade de atrair populações de consumidores mais isoladas. As salas individuais supervisionam números elevados de consumos, os quais de outro modo decorreriam nas ruas ou em outras circunstâncias perigosas. Há indícios crescentes dos seus benefícios, os quais incluem reduções nos comportamentos de risco, nas mortes por *overdose* e na transmissão de doenças infecciosas, bem como um maior acesso dos consumidores de droga a tratamentos e a outros serviços de saúde e sociais. Simultaneamente, podem ajudar a reduzir o consumo de droga em público e melhorar os espaços públicos em redor dos mercados de droga urbanos. Atualmente, estas instalações funcionam em 56 cidades em seis países da UE e na Noruega, num total de 78 salas de consumo. Na Alemanha, país onde estas instalações estão a funcionar desde o início da década de 1990, verificou-se recentemente a revisão dos regulamentos jurídicos para permitir a supervisão de tipos de consumo de risco mais baixo, como fumar e inalar. Além disso, dois dos 16 estados federais começaram a permitir a utilização de salas de consumo por indivíduos em tratamento de substituição.

### | Naloxona: programas de administração domiciliar

A naloxona é um medicamento antagonista dos opiáceos capaz de reverter uma *overdose* por opiáceos. Este medicamento é utilizado por departamentos de urgências hospitalares, por paramédicos e por pessoal de outros serviços que contactem regularmente com consumidores de droga. Nos últimos anos, tem-se verificado uma expansão dos programas de naloxona para consumo domiciliário, os quais disponibilizam o medicamento junto dos consumidores de opiáceos, seus companheiros, pares e familiares, acompanhado de formação para o reconhecimento de sinais e resposta a uma *overdose*. Em 2017, estavam em vigor dezasseis programas de administração domiciliar de naloxona em 10 países europeus. Uma [revisão sistemática](#) da eficácia dos programas de naloxona para consumo domiciliário revelou que a oferta deste medicamento, combinada com intervenções educativas e formativas nesta matéria, reduz a mortalidade provocada por *overdoses*. Os principais beneficiários são alguns grupos que apresentam um risco elevado de overdose, tais como indivíduos recém-saídos da prisão. Os reclusos estão incluídos nos programas de naloxona para consumo domiciliário na Estónia, na França e no Reino Unido e será iniciada na Noruega, em 2018, uma distribuição de naloxona nas prisões.

A maioria dos *kits* de naloxona disponibilizados pelos serviços de saúde e de combate à toxicod dependência inclui a naloxona injetável genérica (0,4 ou 1 mg/1 ml) em ampolas ou em seringas pré-preparadas com o medicamento. Em França, uma formulação mais concentrada do medicamento (0,9 mg/0,1 ml) e administrada por via nasal, usada experimentalmente desde 2016, obteve em julho de 2017 a autorização de introdução no mercado, permitindo um uso mais generalizado. Em novembro de 2017, a Comissão Europeia aprovou um spray nasal para comercialização na União Europeia, Noruega, Islândia e Listenstaine. O spray disponibiliza 1,8 mg de naloxona numa solução de 0,1 ml.

**A redução da morbidade e da mortalidade das *overdoses* fatais é um importante desafio para a saúde pública**

## SAIBA MAIS

### Publicações do EMCDDA

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

#### 2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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.

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

#### 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.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

#### 2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

#### 2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

### Publicações conjuntas do EMCDDA e do ECDC

#### 2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

#### 2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

#### 2012

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

Todas as publicações estão disponíveis em [www.emcdda.europa.eu/publications](http://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 2018**, do EMGDDA, onde também estão disponíveis notas e metadados. Estão indicados os anos a que os dados se referem.

## QUADRO A1

## OPIÁCEOS

País	Estimativa do consumo problemático de opiáceos		Utentes que iniciam tratamento durante o ano						Utentes em tratamento de substituição
			Utentes consumidores de opiáceos em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de opiáceos injetados (principal via de administração)			
			Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	
Ano da estimativa	Casos por cada 1 000	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	Total	
Bélgica	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgária	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
República Checa	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Dinamarca	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Alemanha	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estónia	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irlanda	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grécia	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Espanha	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
França	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Croácia	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Itália	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Chipre	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Letónia	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Lituânia	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxemburgo	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Hungria	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Países Baixos	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Áustria	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polónia	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugal	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Roménia	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Eslovénia	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Eslováquia	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finlândia	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Suécia (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Reino Unido	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Turquia	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Noruega (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
União Europeia	–	–	<b>36,1 (167 443)</b>	<b>17,9 (31 520)</b>	<b>49,1 (130 977)</b>	<b>33,8 (46 440)</b>	<b>26,2 (6 709)</b>	<b>35,3 (37 608)</b>	<b>628 289</b>
UE, Turquia e Noruega	–	–	<b>36,8 (176 549)</b>	<b>19,2 (35 490)</b>	<b>49,5 (136 113)</b>	<b>33,3 (48 434)</b>	<b>24,9 (7 270)</b>	<b>35,2 (39 041)</b>	<b>635 843</b>

Os dados sobre utentes que iniciam tratamento referem-se a 2016 ou ao ano mais recente disponível: República Checa, 2014; Dinamarca, Espanha, Países Baixos e Turquia, 2015.

Os dados sobre utentes em tratamento de substituição referem-se a 2016 ou ao ano mais recente disponível: Dinamarca, Espanha, Hungria, Polónia e Finlândia, 2015; Países Baixos, 2014; Turquia, 2011. O número referente à Suécia não representa todos os utentes.

(¹) 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.

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

## QUADRO A2

## COCAÍNA

País	Estimativas da prevalência				Utentes que iniciam tratamento durante o ano					
	População em geral			População escolar	Utentes consumidores de cocaína, em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de cocaína injetável (principal via de administração)		
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15-64)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34)	Ao longo da vida, estudantes (15-16)	Todos os que iniciam tratamento	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados	Todos os utentes	Os que iniciam pela primeira vez	Utentes anteriormente tratados
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Bélgica	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgária	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
República Checa	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dinamarca <sup>(1)</sup>	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Alemanha <sup>(2)</sup>	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estónia	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grécia <sup>(2)</sup>	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Espanha	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
França	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Croácia	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Itália	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Chipre	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Letónia	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituânia	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxemburgo	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Hungria <sup>(2)</sup>	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Países Baixos	2016	5,9	3,7	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	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polónia	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Roménia	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovénia	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Eslováquia	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finlândia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Suécia <sup>(1,3)</sup>	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Reino Unido <sup>(1,4)</sup>	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turquia	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Noruega <sup>(1)</sup>	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
União Europeia	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

As estimativas de prevalência relativas à população estudantil foram extraídas dos inquéritos ESPAD de 2015, exceto para a Bélgica (2016; apenas dizem respeito à Flandres), Espanha (2016), Alemanha (2011), Itália (2016), Luxemburgo (2010; estudantes com 15 anos de idade), Suécia (2016) e Reino Unido (2014; 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.

Os dados sobre utentes em tratamento de substituição referem-se a 2016 ou ao ano mais recente: República Checa, 2014; Dinamarca, Espanha, Países Baixos e Turquia, 2015.

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

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

(3) 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.

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

## QUADRO A3

## ANFETAMINAS

País	Estimativas da prevalência			Utentes que iniciam tratamento durante o ano						
	População em geral		População escolar	Utentes consumidores de anfetaminas, em % dos que iniciam tratamento			% de utentes consumidores de anfetaminas injetáveis (principal via de administração)			
	Ano do inquérito	Ao longo da vida, adultos (15-64)	Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34)	Ao longo da vida, estudantes (15-16)	Todos os que iniciam tratamento	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	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgária	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
República Checa	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Dinamarca (¹)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Alemanha (²)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
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	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Grécia	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Espanha	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
França	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Croácia	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Itália	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Chipre	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Letónia	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Lituânia	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxemburgo	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Hungria (²)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Países Baixos	2016	5,3	3,6	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)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Polónia	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Roménia	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eslovénia	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Eslováquia	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finlândia	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Suécia (¹³)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Reino Unido (¹⁴)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Turquia	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Noruega (¹)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
União Europeia	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

As estimativas de prevalência relativas à população estudantil foram extraídas dos inquéritos ESPAD de 2015, exceto para a Bélgica (2016; apenas dizem respeito à Flandres), Espanha (2016), Alemanha (2011), Itália (2016), Luxemburgo (2010; estudantes com 15 anos de idade), Suécia (2016) e Reino Unido (2014; 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.

Os dados sobre utentes em tratamento de substituição referem-se a 2016 ou ao ano mais recente: República Checa, 2014; Dinamarca, Espanha, Países Baixos e Turquia, 2015. Os dados para a Alemanha, Suécia e Noruega referem-se aos consumidores de «estimulantes que não a cocaína».

(¹) Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 16-64, 16-34.

(²) Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 18-64, 18-34.

(³) 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.

(⁴) As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem apenas respeito a Inglaterra e ao País de Gales.

## 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 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgária	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
República Checa	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dinamarca (1)	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Alemanha (2)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estónia	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grécia (2)	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Espanha	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
França	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Croácia	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Itália	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Chipre	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Letónia	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Lituânia	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxemburgo	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Hungria (2)	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Países Baixos	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Áustria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polónia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Roménia	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Eslovénia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Eslováquia	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finlândia	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Suécia (1)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Reino Unido (1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turquia	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Noruega (1)	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
União Europeia	–	<b>4,1</b>	<b>1,8</b>	–	<b>0,3 (1 442)</b>	<b>0,5 (951)</b>	<b>0,2 (424)</b>
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	<b>0,3 (1 548)</b>	<b>0,6 (1 028)</b>	<b>0,2 (453)</b>

As estimativas de prevalência relativas à população estudantil foram extraídas dos inquéritos ESPAD de 2015, exceto para a Bélgica (2016; apenas dizem respeito à Flandres), Espanha (2016), Alemanha (2011), Itália (2016), Luxemburgo (2010; estudantes com 15 anos de idade), Suécia (2016) e Reino Unido (2014; 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.

Os dados sobre utentes em tratamento de substituição referem-se a 2016 ou ao ano mais recente: República Checa, 2014; Dinamarca, Espanha, Países Baixos e Turquia, 2015.

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

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

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

## 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	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgária	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
República Checa	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dinamarca <sup>(1)</sup>	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Alemanha <sup>(2)</sup>	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estónia	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grécia <sup>(2)</sup>	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Espanha	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
França	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Croácia	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Itália	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Chipre	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Letónia	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Lituânia	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxemburgo	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Hungria <sup>(2)</sup>	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Países Baixos	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Áustria	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polónia	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Roménia	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Eslovénia	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Eslováquia	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finlândia	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Suécia <sup>(1,3)</sup>	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Reino Unido <sup>(1,4)</sup>	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turquia	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Noruega <sup>(1)</sup>	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
União Europeia	–	<b>26,3</b>	<b>14,1</b>	–	<b>32,1 (148 793)</b>	<b>46,3 (81 720)</b>	<b>20,9 (55 625)</b>
UE, Turquia e Noruega	–	–	–	–	<b>31,5 (151 106)</b>	<b>45,1 (83 157)</b>	<b>20,5 (56 501)</b>

As estimativas de prevalência relativas à população estudantil foram extraídas dos inquéritos ESPAD de 2015, exceto para a Bélgica (2016; apenas dizem respeito à Flandres), Espanha (2016), Alemanha (2011), Itália (2016), Luxemburgo (2010; estudantes com 15 anos de idade), Suécia (2016) e Reino Unido (2014; 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.

Os dados sobre utentes em tratamento de substituição referem-se a 2016 ou ao ano mais recente: República Checa, 2014; Dinamarca, Espanha, Países Baixos e Turquia, 2015.

<sup>(1)</sup> Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 16-64, 16-34.

<sup>(2)</sup> Faixa etária para as estimativas da prevalência na população em geral: 18-64, 18-34.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> As estimativas de prevalência relativas à população em geral dizem apenas respeito a Inglaterra e ao País de Gales.

## QUADRO A6

## OUTROS INDICADORES

País	Mortes induzidas pela droga (15-64)	Diagnósticos de VIH relacionados com o consumo de droga injetada (ECDC)	Estimativa do consumo de droga injetável		Seringas distribuídas através de programas especiais
	Casos por milhão de habitantes (total)	Casos por milhão de habitantes (total)	ano da estimativa	Casos por 1 000 habitantes	Total
Bélgica	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgária	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
República Checa	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Dinamarca	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Alemanha	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estónia	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irlanda <sup>(1)</sup>	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grécia	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Espanha <sup>(2)</sup>	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
França <sup>(1)</sup>	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Croácia	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Itália	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Chipre	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Letónia	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Lituânia	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxemburgo	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Hungria	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Países Baixos	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Áustria	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polónia	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugal	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Roménia <sup>(3)</sup>	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Eslovénia	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Eslováquia	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finlândia	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Suécia	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Reino Unido <sup>(4)</sup>	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turquia	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Noruega	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
União Europeia	<b>22,4 (7 443)</b>	<b>2,0 (1 027)</b>	–	–	–
UE, Turquia e Noruega	<b>21,8 (8 500)</b>	<b>1,8 (1 043)</b>	–	–	–

Devido aos problemas de codificação, cobertura e omissão de dados verificados em determinados países, é necessária cautela ao comparar as estatísticas das mortes induzidas pelo consumo de droga.

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

<sup>(2)</sup> O número de seringas distribuídas através de programas especiais é referente a 2015.

<sup>(3)</sup> Mortes induzidas pelo consumo da droga: cobertura subnacional.

<sup>(4)</sup> Dados relativos a seringas no Reino Unido: Inglaterra, sem dados disponíveis; Escócia, 4 742 060 e País de Gales, 3 100 009 (ambos em 2016); Irlanda do Norte, 309 570 (2015).

## QUADRO A7

## APREENSÕES

	Heróina		Cocaína		Anfetaminas		MDMA	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
País	kg	Total	kg	Total	kg	Total	Comprimidos (kg)	Total
Bélgica	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgária	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
República Checa	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Dinamarca	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Alemanha	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estónia	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irlanda	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Grécia	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Espanha	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
França	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Croácia	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Itália	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Chipre	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Letónia	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Lituânia	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxemburgo	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Hungria	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Países Baixos	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Áustria	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Polónia	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugal	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Roménia	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Eslovénia	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Eslováquia	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finlândia	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Suécia	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Reino Unido	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turquia	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Noruega	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
<b>União Europeia</b>	<b>4 275</b>	<b>37 548</b>	<b>70 883</b>	<b>97 520</b>	<b>6 221</b>	<b>43 405</b>	<b>5 305 409 (295)</b>	<b>24 383</b>
<b>UE, Turquia e Noruega</b>	<b>9 874</b>	<b>46 725</b>	<b>71 832</b>	<b>100 229</b>	<b>10 317</b>	<b>53 504</b>	<b>9 127 499 (306)</b>	<b>30 672</b>

A designação «anfetaminas» inclui a anfetamina e a metanfetamina.  
 Todos os dados referem-se a 2016 ou ao ano mais recente.

## QUADRO A7

## APREENSÕES (continuação)

País	Resina de cânabís		Cânabís herbácea		Plantas de cânabís	
	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões	Quantidade apreendida	Número de apreensões
	kg	Total	kg	Total	Plantas (kg)	Total
Bélgica	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgária	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
República Checa	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Dinamarca	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Alemanha	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estónia	548	22	46	575	- (79)	28
Irlanda	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grécia	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Espanha	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
França	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Croácia	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Itália	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Chipre	2	20	171	753	311 (-)	37
Letónia	3	96	44	872	- (50)	22
Lituânia	551	54	68	654	- (-)	0
Luxemburgo	1	173	21	875	359 (-)	16
Hungria	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Países Baixos	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Áustria	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polónia	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugal	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Roménia	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Eslovénia	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Eslováquia	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finlândia	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Suécia	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Reino Unido	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turquia	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Noruega	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
União Europeia	<b>424 186</b>	<b>316 546</b>	<b>123 947</b>	<b>420 092</b>	<b>3 268 037 (29 723)</b>	<b>22 049</b>
UE, Turquia e Noruega	<b>463 258</b>	<b>332 117</b>	<b>235 365</b>	<b>454 471</b>	<b>3 268 037 (29 771)</b>	<b>25 583</b>

Todos os dados referem-se a 2016 ou ao ano mais recente.





## 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](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](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](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](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 2018](#).

## 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 dados 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.

