



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

PT

ISSN 2314-9175

Relatório Europeu sobre Drogas

Tendências e evoluções

2013



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

| Relatório | Europeu | sobre Drogas

Tendências e evoluções

2013

Aviso legal

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

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

Europe Direct é um serviço que responde às suas perguntas sobre a União Europeia

Linha telefónica gratuita (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

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

O presente relatório está disponível em alemão, búlgaro, checo, dinamarquês, eslovaco, esloveno, espanhol, estónio, finlandês, francês, grego, húngaro, inglês, italiano, letão, lituano, neerlandês, norueguês, polaco, português, romeno e sueco. Todas as traduções foram efectuadas pelo Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia.

Uma ficha bibliográfica figura no fim desta publicação.

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2013

ISBN 978-92-9168-623-0

doi:10.2810/91209

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2013
Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Printed in Spain

IMPRESSO EM PAPEL BRANQUEADO SEM CLORO



Observatório Europeu da
Droga e da Toxicodependência

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

| Índice

- 5 Prefácio
- 9 Nota introdutória e agradecimentos
- 11 | SÍNTESE
Problemas de droga antigos e novos — o panorama europeu em 2013
- 17 | CAPÍTULO 1
Oferta de droga na Europa
- 31 | CAPÍTULO 2
Consumo de droga e problemas relacionados
- 49 | CAPÍTULO 3
Respostas
- 61 | CAPÍTULO 4
Políticas de luta contra a droga
- 67 | ANEXO
Quadros de dados nacionais

Prefácio

Este ano, a análise anual do EMCDDA sobre a evolução do fenómeno da droga é apresentada num novo formato. Constituído por um conjunto de produtos interligados, o pacote referente ao Relatório Europeu sobre Drogas (EDR) 2013 pretende facultar um ponto de entrada comum no trabalho do EMCDDA e permitir que diferentes públicos acedam facilmente às informações específicas de que necessitam. A análise assim fornecida é mais oportuna, interativa e interligada. Trata-se de uma mudança necessária para acompanhar a rápida evolução do fenómeno da droga, bem como as crescentes necessidades e diferentes expectativas dos nossos públicos.

O presente relatório (também disponível na Internet) é o principal componente do pacote EDR, apresentando uma síntese das tendências e evoluções analisadas a alto nível. As Perspetivas sobre drogas (PODs), que o acompanham, fornecem informações mais aprofundadas sobre algumas questões importantes, nas quais se incluem, este ano, as novas abordagens de tratamento da hepatite C, o consumo de alto risco da *cannabis* e o controlo das novas substâncias psicoativas, que estão cada vez mais disponíveis. Os restantes componentes do pacote são o Boletim Estatístico e as Panorâmicas por país, onde se podem encontrar dados e análises a nível nacional.

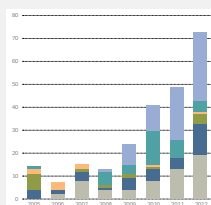
RELATÓRIO EUROPEU SOBRE DROGAS 2013

Um conjunto de elementos interligados que permitem o pleno acesso aos dados e análises disponíveis sobre o fenómeno de droga na Europa



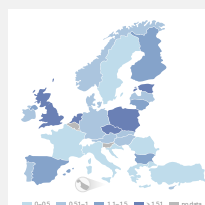
Tendências e evoluções

com uma análise a alto nível das principais evoluções



Boletim estatístico

com séries de dados completas, gráficos explicativos e informação metodológica



Panorâmicas por país

dados e análises nacionais ao alcance do leitor



Perspetivas sobre drogas

janelas interativas sobre questões-chave

Esta abordagem coincide com o lançamento de uma nova estratégia da UE de luta contra a droga para o período compreendido entre 2013 e 2020, na qual a União Europeia reafirma o seu empenho em seguir uma abordagem às questões ligadas à droga que seja equilibrada e esteja assente em dados concretos. Uma parte importante da missão do EMCDDA consiste em contribuir para o fornecimento das informações necessárias à execução dessa estratégia. Muitos dos avanços obtidos pela Europa na sua luta contra a droga resultaram de um debate baseado na compreensão cada vez mais sólida dos problemas e na avaliação cientificamente rigorosa das medidas necessárias para os resolver. Orgulhamo-nos do papel que o EMCDDA desempenhou nesta matéria.

Também estamos, todavia, cientes dos desafios que nos esperam. A estratégia da UE de luta contra a droga terá de enfrentar um novo panorama político com múltiplas dimensões, várias delas examinadas no presente relatório, como, por exemplo, a necessidade de melhorar os serviços prestados aos consumidores de droga nas prisões e a crescente importância das drogas sintéticas. A estratégia será executada num período de incerteza económica e consideráveis mudanças a nível mundial, em termos sociais e de desenvolvimento. A globalização e a inovação tecnológica afetam todos os setores da vida moderna e, por isso, não é de espantar que também afetem os problemas de droga com que estamos confrontados. Enquanto agência de informação, respondemos a esta evolução com recursos atualizados e adaptáveis, dotados de uma perspetiva abrangente. Acreditamos que o EDR 2013, tanto na substância como na forma, representa um importante passo em frente na resposta aos desafios que se nos colocam. Quer se trate de aceder rapidamente a uma visão estratégica do fenómeno da droga ou de obter uma análise aprofundada dos dados estatísticos, esperamos que o EDR 2013 seja um ponto de acesso valioso e fácil de utilizar para os consideráveis recursos que já estão disponíveis neste domínio.

João Goulão

Presidente do Conselho de Administração do EMCDDA

Wolfgang Götz

Diretor do EMCDDA

Nota introdutória e agradecimentos

O presente relatório baseia-se em informações fornecidas ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) pelos Estados-Membros da União Europeia (UE), os países candidatos, Croácia e Turquia, e a Noruega.

Os dados estatísticos aqui incluídos referem-se ao ano de 2011 ou ao último ano disponível. Os valores totais e relativos às tendências baseiam-se nos países que forneceram dados suficientes e relevantes para o período em causa. A análise dos dados teve como prioridades os níveis, as tendências e a distribuição geográfica. As advertências técnicas necessárias e as qualificações dos dados podem ser consultadas na versão inglesa do presente relatório, disponível na Internet, e no Boletim Estatístico de 2013 do EMCDDA, que contém informações sobre a metodologia, os países que forneceram dados e os anos de referência. A versão publicada na Internet contém também ligações a outros recursos.

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

- os responsáveis e pessoal dos pontos focais nacionais da Reitox;
- os serviços e peritos que, nos diferentes Estados-Membros, recolheram os dados destinados ao relatório;
- os membros do Conselho de Administração e do Comité Científico do EMCDDA;
- 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) e o Conselho Sueco de Informação sobre Álcool e outras Drogas (CAN);
- o Centro de Tradução dos Organismos da União Europeia, Missing Element Designers e Compositores Rali.

Pontos focais nacionais da Reitox

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

Os contactos dos pontos focais nacionais estão disponíveis no sítio do EMCDDA.

Síntese

O mercado de droga atual parece ser mais fluido e dinâmico e girar menos em torno de substâncias à base de plantas enviadas de regiões longínquas para os mercados de consumo europeus

Problemas de droga antigos e novos — o panorama europeu em 2013

As principais características do panorama europeu em matéria de droga mantiveram-se relativamente estáveis nos últimos anos. O consumo de drogas continua a ser historicamente elevado, mas já se observam mudanças positivas, como os níveis recorde atingidos pela oferta de tratamento, acompanhados por alguns sinais de redução do consumo de droga injetada e do número de novos consumidores de heroína, bem como do consumo de cocaína e de *cannabis* fumada. O otimismo que essas mudanças nos suscitam deve ser, todavia, mitigado pela preocupação de que o desemprego juvenil e os cortes nos serviços façam ressurgir «velhos» problemas. Além disso, um exame mais atento sugere que a situação em matéria de droga poderá estar a mudar, devido ao aparecimento de «novos» problemas que desafiam os atuais modelos políticos e práticos: estão constantemente a surgir novas drogas sintéticas e novos padrões de consumo, tanto no mercado das drogas ilícitas como no contexto das substâncias não controladas.

O mercado de droga atual parece ser mais fluido e dinâmico e girar menos em torno de substâncias à base de plantas enviadas de regiões longínquas para os mercados de consumo europeus. A globalização e a evolução das tecnologias de informação contribuíram decisivamente para esta evolução. Os padrões de consumo de droga em países com rendimentos médios ou baixos estão a mudar, o que também poderá vir a influenciar os problemas de droga europeus no futuro. A Internet coloca desafios crescentes, quer como mecanismo de difusão rápida das novas tendências, quer como mercado anónimo e florescente à escala mundial, além de criar uma nova interconexão no capítulo do consumo e da oferta de droga. No entanto, também cria oportunidades para encontrar formas inovadoras para as intervenções de tratamento, prevenção e redução dos danos.

As implicações destas mudanças para a saúde pública ainda não são inteiramente conhecidas. Os indícios de que as atuais políticas obtiveram êxito em algumas áreas importantes devem ser examinados à luz de um fenómeno da droga evolutivo, que exige ajustamentos às práticas atuais para que estas continuem a ser pertinentes e adequadas aos seus fins.

Cannabis

Embora alguns dados indiquem que o consumo de *cannabis* na Europa tende a diminuir, sobretudo em países com um historial antigo e consolidado de prevalência elevada, este ainda se mantém em níveis historicamente elevados, com um mercado vasto e relativamente sólido. Os tipos de produtos de *cannabis* disponíveis também estão a diversificar-se. A *cannabis* herbácea, às vezes muito potente, tem agora um papel mais importante, a que veio juntar-se o recente aparecimento de produtos sintéticos «tipo-*cannabis*». Estas duas novidades são potencialmente preocupantes do ponto de vista da saúde pública. Dado o seu estatuto de droga consumida com mais frequência, a *cannabis* constitui uma questão importante para o trabalho de prevenção desenvolvido junto dos jovens e, nesta área, há um interesse crescente pela utilização de estratégias de prevenção ambiental. Esse interesse é consentâneo com os dados que comprovam a utilidade das abordagens ambientais para reduzir os problemas associados ao consumo de substâncias legais como o tabaco e o álcool.

É necessário entender qualquer evolução positiva dos indicadores do consumo global de *cannabis* na Europa no contexto de uma situação bastante heterogénea a nível nacional. Por exemplo, enquanto alguns países comunicam sistematicamente níveis de prevalência baixos e estáveis, o consumo de *cannabis* em muitos países da Europa Central e Oriental aumentou consideravelmente na década de 2000. As tendências também têm de ser consideradas em função dos diferentes padrões de consumo, sendo o consumo regular e a longo prazo aquele que causa mais danos. Os problemas causados pela *cannabis* são agora mais reconhecidos e compreendidos na Europa e esta droga é a segunda substância mais mencionada pelos utentes que iniciam o tratamento especializado da toxicod dependência. Embora os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de *cannabis* sejam, na sua maioria, homens relativamente jovens, os problemas que afetam os consumidores crónicos mais velhos estão a obter um maior reconhecimento.

A *cannabis* também é a droga que mais divide as atitudes do público, havendo mesmo países que distinguem explicitamente a *cannabis* das outras substâncias nas suas políticas de controlo da droga.

Heroína e outros opiáceos

Num contexto de aumento global da disponibilidade de tratamento para os consumidores de heroína, os indicadores sugerem que o consumo e a disponibilidade

desta droga tendem, atualmente, a diminuir. A quantidade de heroína apreendida também mostra uma tendência decrescente a longo prazo e, mais recentemente, o número de apreensões começou igualmente a diminuir. Alguns países referem que, ao longo da última década, a heroína foi sendo substituída no mercado por outros opiáceos. Mais recentemente, registaram-se alguns choques ou situações de escassez desta droga nos mercados de outros países, geralmente seguidos de uma recuperação parcial.

O número de consumidores de heroína que iniciam o tratamento pela primeira vez também continua a diminuir e, em termos globais, as pessoas em tratamento devido ao consumo de heroína constituem uma população envelhecida. As mortes relacionadas com os opiáceos também decresceram nos últimos anos. Historicamente, a heroína caracterizava-se por ser consumida por via injetável, mas há muito que esse comportamento tem vindo a diminuir. Este facto, associado ao impacto das intervenções, terá contribuído, provavelmente, para o decréscimo observado nos novos casos de infeção por VIH atribuídos ao consumo de droga. No entanto, é preocupante constatar que essa tendência positiva foi interrompida por surtos recentes de VIH relacionados com o consumo de droga injetada, na Grécia e na Roménia. Estes surtos mostraram claramente que continua a ser necessário consolidar as respostas, sobretudo no que respeita à redução dos danos e ao tratamento eficaz da toxicod dependência, para que esses problemas possam continuar a decrescer na Europa. Independentemente das novas tendências observadas no consumo de heroína, a dificuldade em debelar este problema significa que ele continuará a revestir-se de grande importância para os serviços de tratamento da toxicod dependência ainda por muitos anos. Face ao grande número de consumidores de droga presentemente em contacto com os serviços, torna-se cada vez mais necessário privilegiar a continuidade dos

Num contexto de aumento global da disponibilidade de tratamento para os consumidores de heroína, os indicadores sugerem que o consumo e a disponibilidade desta droga tendem, atualmente, a diminuir

cuidados, os serviços de reintegração social e a obtenção de um consenso sobre os resultados a longo prazo que se podem esperar, com realismo, em matéria de recuperação.

| Cocaína

Poucos países comunicam a existência de problemas de consumo de cocaína-*crack* e, nos casos em que este existe, coincide frequentemente com o consumo problemático de outras substâncias, incluindo a heroína. O consumo de cocaína em pó é muito mais comum, mas tende a concentrar-se num número relativamente pequeno de países da Europa Ocidental. Globalmente, tanto os indicadores de consumo como os de oferta de cocaína têm revelado uma tendência decrescente nos últimos anos, sendo provável que o acentuado decréscimo das quantidades apreendidas se deva, em parte, à diversificação das rotas e técnicas de tráfico pelos grupos da criminalidade organizada. A Península Ibérica continua a desempenhar um papel importante nas apreensões, mas proporcionalmente menos do que no passado, enquanto na Europa Oriental as apreensões de cocaína notificadas suscitam preocupação e interrogações acerca do potencial de expansão do seu consumo.

Nos países com maior prevalência, tanto os dados resultantes dos inquéritos como os relativos ao início do tratamento sugerem um decréscimo recente do consumo de cocaína, embora os seus níveis permaneçam historicamente elevados. O número de mortes associadas a esse consumo diminuiu ligeiramente, embora os dados nesta área devam ser interpretados com prudência. Em diferentes partes da Europa, as urgências hospitalares têm tratado problemas agudos relacionados com o consumo de cocaína, mas a capacidade para monitorizar esses problemas é limitada. Quanto ao tratamento, muitos países já dispõem de serviços especializados para os consumidores problemáticos de cocaína e os dados científicos atuais confirmam a utilidade das intervenções psicossociais.

| Estimulantes sintéticos

O facto de as drogas sintéticas estimulantes serem frequentemente substituíveis entre si dificulta a compreensão das tendências globais do seu consumo, uma vez que os consumidores fazem as suas escolhas em função da disponibilidade, do preço e da «qualidade» percebida. A anfetamina e o *ecstasy* continuam a ser os estimulantes sintéticos mais consumidos na Europa, competindo, até certo ponto, com a cocaína. A anfetamina ainda é uma componente importante do

panorama do consumo de droga em muitos países e, historicamente, o seu consumo injetável tem sido uma parte significativa do problema de consumo crónico de drogas em muitos países setentrionais. A longo prazo, a maioria dos indicadores relativos às anfetaminas manteve-se estável, mas os dados mais recentes sugerem uma disponibilidade crescente da metanfetamina, sendo que, em alguns mercados, esta substância já está a substituir a anfetamina. Alguns dados sugerem um declínio da popularidade do *ecstasy* nos últimos anos, provavelmente em resultado de muitos comprimidos vendidos com essa designação não conterem MDMA ou terem um baixo grau de pureza. Recentemente, os produtores de *ecstasy* parecem ter-se tornado mais eficientes no que respeita à obtenção de MDMA e o conteúdo dos comprimidos alterou-se em conformidade. Não é certo que este facto suscite um interesse renovado por essa droga, mas há dados preliminares que apontam nesse sentido.

Os estimulantes, sobretudo quando consumidos em doses elevadas, podem ter consequências negativas para a saúde e todos os anos são reportadas algumas mortes. Para os consumidores de estimulantes que tenham problemas, as urgências hospitalares constituem, frequentemente, o primeiro ponto de contacto com os serviços. Estão atualmente em curso alguns projetos europeus destinados a melhorar a monitorização neste domínio e a fornecer orientações sobre a forma de responder eficazmente a emergências causadas pela droga em contextos de diversão noturna. Embora as mortes relacionadas com estimulantes sejam relativamente invulgares, suscitam grande preocupação, sobretudo quando vitimam jovens adultos sem problemas de saúde. O surgimento de novas substâncias psicoativas cujo grau de toxicidade se desconhece complica ainda mais a situação. Um exemplo recente foi o aparecimento da substância estimulante não controlada 4-MA, notificada pela primeira vez em 2009, no mercado de drogas ilícitas, onde é vendida como anfetamina ou misturada com esta. A ocorrência de vários casos mortais associados a essa substância em algumas zonas levou à realização de uma avaliação dos seus riscos, seguida de uma recomendação de controlo a nível europeu.

| Novas substâncias psicoativas

Na Europa, existe um número crescente de novas substâncias psicoativas, que muitas vezes visam reproduzir os efeitos de drogas controladas. Algumas dessas substâncias são diretamente vendidas no mercado de drogas ilícitas, enquanto outras, as denominadas «*legal highs*» (alternativas lícitas às drogas ilícitas), são comercializadas de forma mais aberta. A evolução

neste domínio é rápida, em virtude da velocidade com que estas substâncias vão surgindo. Ocasionalmente, uma delas transita para o mercado de drogas ilícitas e ganha popularidade no mesmo, como aconteceu com a mefedrona, que é o exemplo mais recente. Em 2013, o mecanismo de alerta rápido da UE tem continuado a receber notificações de substâncias novas à média de cerca de uma por semana. As novas drogas predominantes nos últimos anos têm sido os agonistas dos recetores canabinóides sintéticos, as fenetilaminas e as catinonas, que se assemelham, em grande medida, as drogas ilícitas mais populares. Recentemente, porém, uma percentagem crescente das substâncias reportadas provem de grupos químicos menos conhecidos e mais obscuros. Muitos dos produtos à venda contêm misturas de substâncias e, devido à falta de dados farmacológicos e toxicológicos, é difícil especular sobre as implicações, a longo prazo, do seu consumo para a saúde. Porém, os dados mostram, de forma crescente, que algumas dessas substâncias causam problemas que requerem intervenções clínicas e já se registaram casos mortais.

A Comissão Europeia está a elaborar uma nova proposta destinada a reforçar a resposta da UE às novas substâncias psicoativas. Embora o consumo destas últimas seja sobretudo observado entre os jovens e em contextos recreativos, elas têm tido alguma difusão nas populações de consumidores problemáticos de droga. Nos países que comunicaram situações de escassez de heroína, constatou-se alguma substituição dos opiáceos por estimulantes sintéticos, especialmente catinonas. O motivo da transição da heroína injetada para as catinonas não é claro, mas pode estar ligado ao fácil acesso a essas novas drogas e à perceção de que têm uma qualidade elevada. O aumento do seu consumo injetável, bem como dos problemas de saúde mental e dos danos físicos por elas causados, suscita preocupações de saúde pública. Até agora, os países experimentaram várias medidas de controlo para responder ao problema das novas drogas. Menos desenvolvida, mas igualmente importante, é a resposta à necessidade de identificar e adotar respostas adequadas de redução da procura.

1

Refletindo a elevada prevalência do seu consumo, a *cannabis* é, de longe, a droga mais apreendida na Europa

Oferta de droga na Europa

A Europa é um importante destino para as substâncias controladas e também desempenha um papel limitado como ponto de trânsito de drogas destinadas a outras regiões. A América Latina, a Ásia Ocidental e o Norte de África são importantes zonas de origem das drogas que entram na Europa, mas a dinâmica do mercado de droga contemporâneo leva a que outras regiões do mundo estejam a adquirir uma importância crescente. A Europa é igualmente uma região produtora de *cannabis* e de drogas sintéticas. Embora praticamente toda a *cannabis* produzida se destine ao consumo local, algumas drogas sintéticas também são fabricadas com vista à exportação para outras regiões.

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

Monitorização da oferta de droga

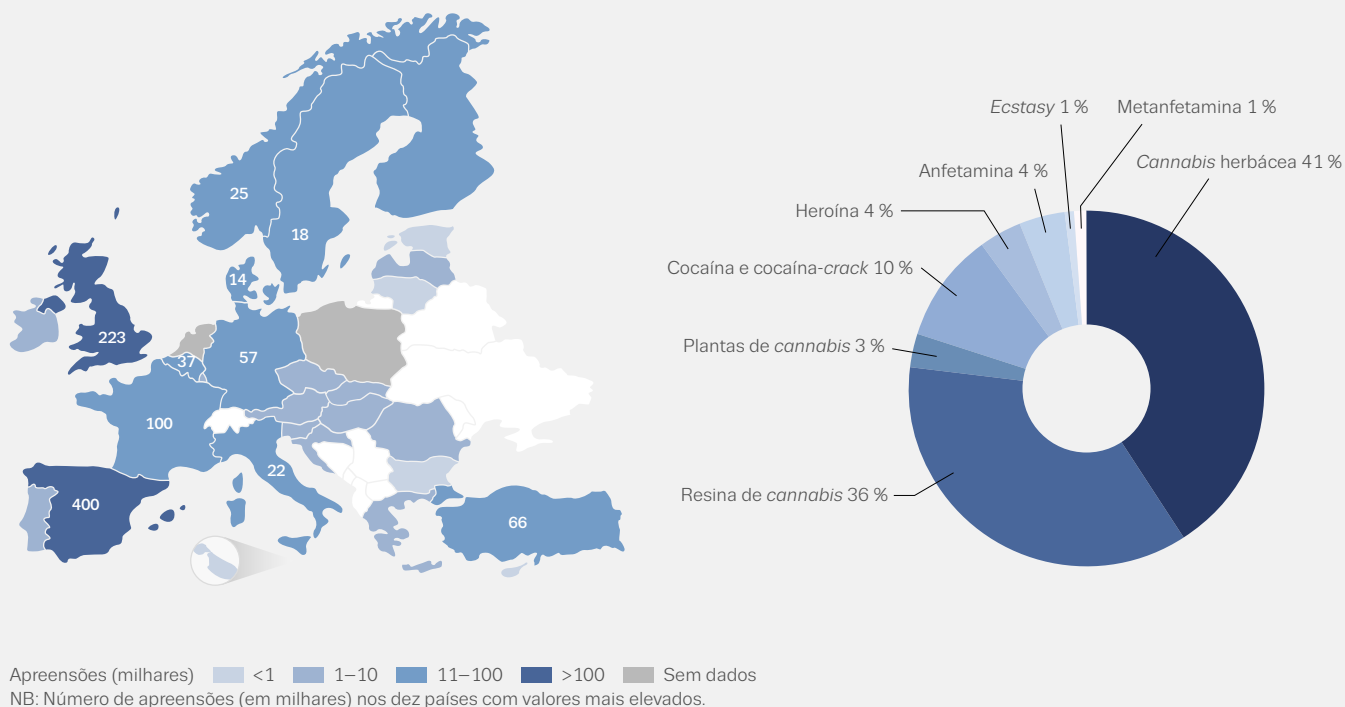
A análise apresentada nesta secção baseia-se em dados provenientes de várias fontes: apreensões de droga; instalações de produção de drogas desmanteladas; apreensões de substâncias químicas precursoras; infrações relacionadas com a oferta de droga; preços de venda a retalho das drogas e análises forenses das drogas apreendidas. No Boletim Estatístico, podem consultar-se conjuntos de dados completos e extensas notas metodológicas. Note-se que as tendências podem ser influenciadas por vários fatores, entre os quais os níveis de atividade de aplicação da lei e a eficácia das medidas de combate ao tráfico. Os dados relativos às novas substâncias psicoativas baseiam-se nas notificações feitas ao mecanismo de alerta rápido da União Europeia, que depende dos dados fornecidos pelas redes nacionais do EMCDDA e da Europol. Uma descrição completa desse mecanismo encontra-se disponível no sítio do EMCDDA, em Medidas em relação às novas drogas.

Um milhão de apreensões de drogas ilícitas na Europa

A tendência a longo prazo do número de apreensões de drogas ilícitas efetuadas na Europa registou um aumento substancial, tendo sido reportadas cerca de um milhão de apreensões em 2011. Na maioria dos casos, tratava-se de pequenas quantidades de drogas apreendidas a consumidores, mas no total também se incluem carregamentos de vários quilos apreendidos a traficantes e produtores.

FIGURA 1.1

Número de apreensões reportadas por país (esquerda) e proporção das apreensões relativas às principais drogas (direita) em 2011



A maioria das apreensões efetuadas em 2011 foi comunicada por apenas dois países, a Espanha e o Reino Unido, mas a Bélgica e quatro países nórdicos também comunicaram números relativamente elevados. Outro país importante no que respeita à apreensão de drogas é a Turquia, destinando-se algumas das drogas apreendidas ao consumo noutros países, tanto da Europa como do Médio Oriente.

Refletindo a elevada prevalência do seu consumo, a *cannabis* é, de longe, a droga mais apreendida na Europa (Figura 1.1). A cocaína figura em segundo lugar na tabela geral, com cerca do dobro das apreensões notificadas para as anfetaminas e a heroína. O número de apreensões de *ecstasy* é menor e diminuiu consideravelmente nos últimos anos.

| Cannabis: evolução da oferta

No mercado de droga europeu, podem encontrar-se, frequentemente, dois produtos de *cannabis* distintos: a *cannabis* herbácea («marijuana») e a resina de *cannabis* («haxixe»). O consumo anual destes produtos é aproximadamente estimado em cerca de 2 500 toneladas.

A *cannabis* herbácea encontrada na Europa é cultivada a nível interno ou traficada a partir de países vizinhos, embora alguns relatórios mencionem outras regiões

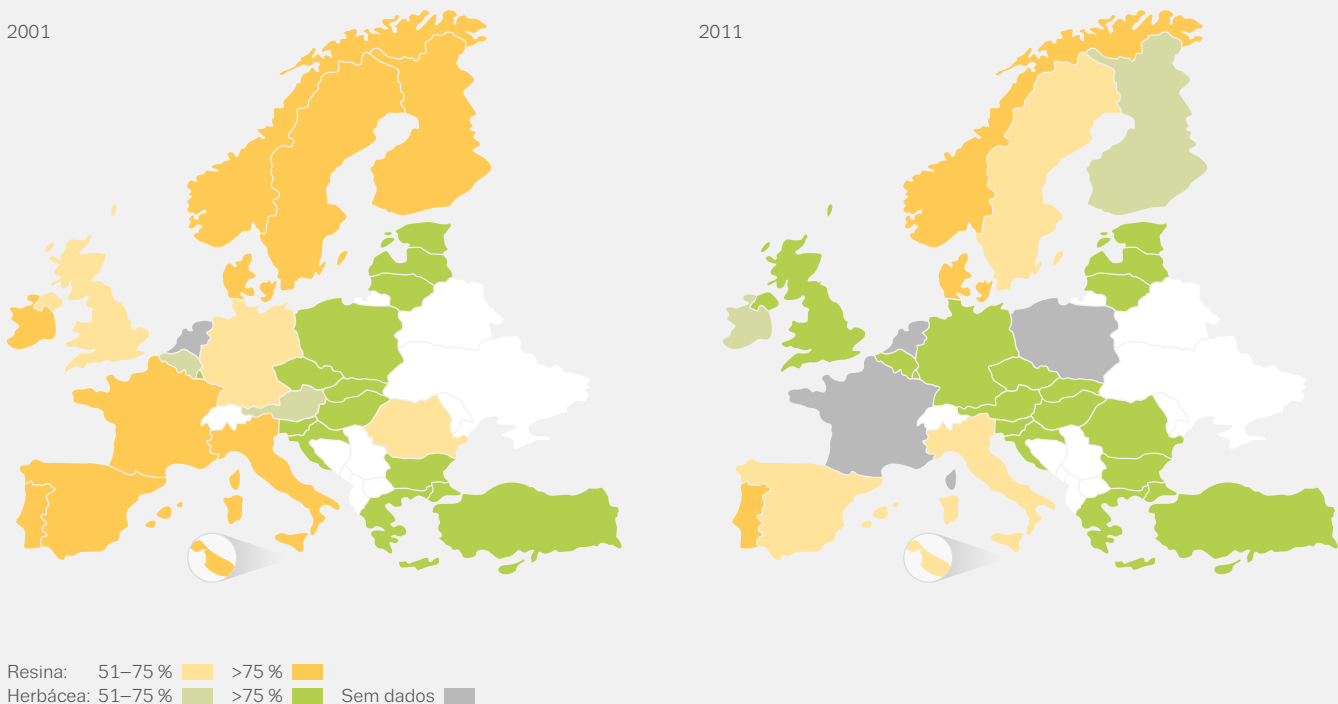
de origem, incluindo África. A maior parte da resina de *cannabis* é importada de Marrocos por via marítima ou aérea. A nível europeu, as apreensões de resina são, em média, superiores às da variante herbácea.

Nos últimos dez anos, as apreensões de *cannabis* herbácea ultrapassaram as de resina de *cannabis*, representando agora mais de metade do total de apreensões desta droga (Figura 1.3). Este facto reflete, em parte, a crescente disponibilidade de *cannabis* herbácea produzida a nível interno em muitos países. Contudo, os relatórios mostram que a quantidade de resina de *cannabis* apreendida, embora tenha diminuído nos últimos anos, ainda é muito superior à de *cannabis* herbácea (483 toneladas contra 92 toneladas, em 2011).

Nos últimos dez anos, as apreensões de *cannabis* herbácea ultrapassaram as de resina de *cannabis*, representando agora mais de metade do total de apreensões desta droga

FIGURA 1.2

Tipo predominante de *cannabis*, resina ou herbácea, entre o número de apreensões efetuadas em 2001 e 2011



CANNABIS

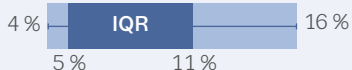
Resina

483 toneladas apreendidas **345 000** apreensões

504 toneladas apreendidas, incluindo a Turquia **353 000** apreensões incluindo a Turquia



Preço (EUR/g)

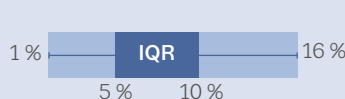


Potência (% THC)

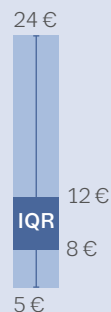
Herbácea

92 toneladas apreendidas **398 000** apreensões

147 toneladas apreendidas, incluindo a Turquia **439 000** apreensões incluindo a Turquia



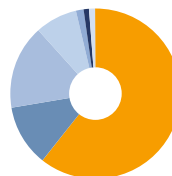
Potência (% THC)



Preço (EUR/g)

113 000 infrações reportadas relacionadas com a oferta

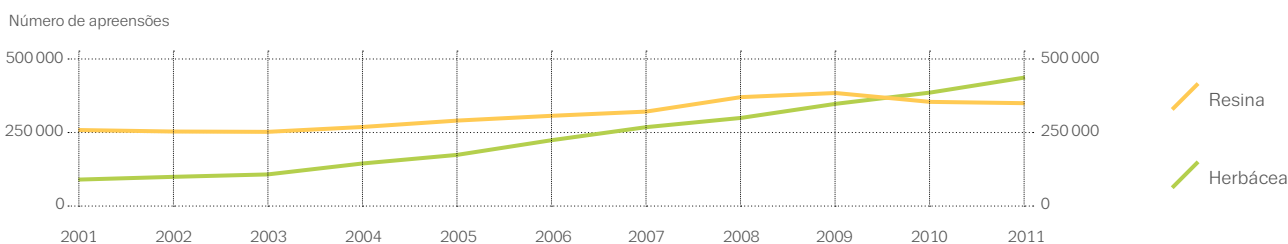
61 % de crimes de tráfico das seis drogas principais



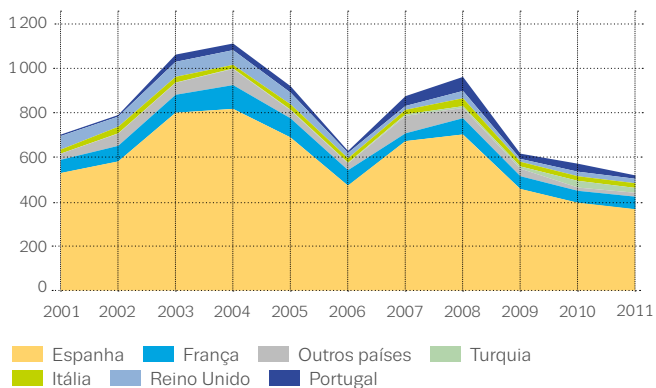
Preço e potência dos produtos de *cannabis*: valores médios nacionais, mínimo, máximo e intervalo interquartil (IQR)
 Os países abrangidos variam consoante o indicador

FIGURA 1.3

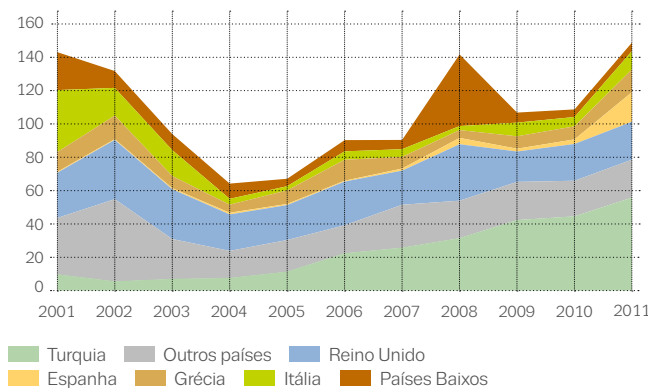
Número de apreensões de *cannabis* e quantidade apreendida em toneladas: resina e herbácea, 2001–2011



Resina (Toneladas)



Herbácea (Toneladas)



As tendências das apreensões de *cannabis* a nível europeu devem ser entendidas no contexto da importância desproporcionada de que se revestem os dados de um pequeno número de países (Figura 1.4). A Espanha, por exemplo, devido à sua grande proximidade com Marrocos e ao seu substancial mercado interno, comunicou em 2011 cerca de dois terços da quantidade de resina de *cannabis* apreendida na Europa. Quanto à *cannabis* herbácea, tanto a Grécia como a Itália comunicaram um grande aumento das quantidades apreendidas. A Turquia é, desde 2007, o país que apreende maiores quantidades de *cannabis* herbácea.

Pode considerar-se que as apreensões de plantas de *cannabis* constituem um indicador da produção a nível interno, embora a qualidade dos dados disponíveis neste domínio dificulte a sua comparação. Em 2011, foram notificadas 31 000 apreensões de plantas de *cannabis* na Europa. Este valor inclui o número de plantas apreendidas (4,4 milhões no total) e as respetivas quantidades (33 toneladas). O maior número de plantas apreendidas foi comunicado pelos Países Baixos (2 milhões), a Itália (1 milhão) e o Reino Unido (627 000), enquanto a Espanha (26 toneladas) e a Bulgária (5 toneladas) comunicaram as maiores apreensões em termos de peso.

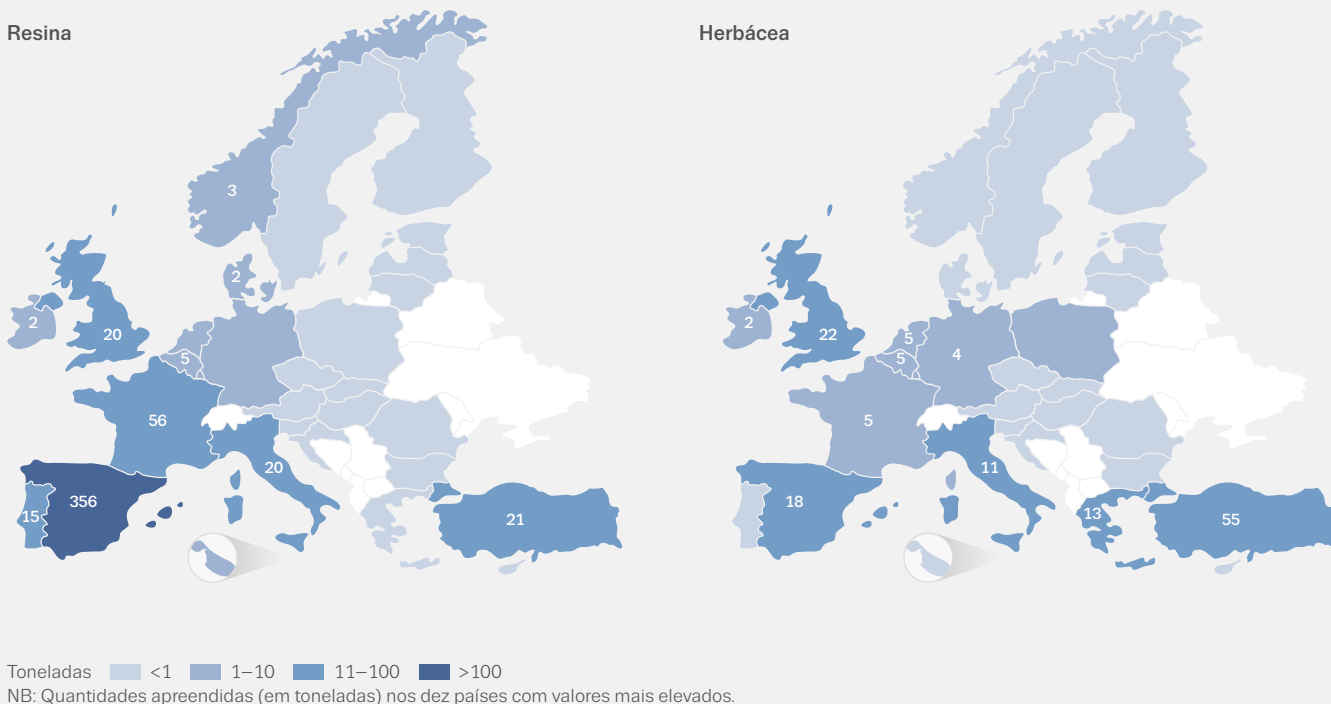
Uma nova dimensão: os agonistas dos recetores canabinóides sintéticos

A recente disponibilidade de produtos que contêm agonistas dos recetores canabinóides sintéticos (CRAs), os quais reproduzem os efeitos dos compostos psicoativos naturais presentes na *cannabis*, acrescenta uma nova dimensão ao mercado de *cannabis*. Estes produtos, que podem ser extremamente potentes, já foram reportados em praticamente todos os países europeus. Normalmente, são importados da Ásia em grandes quantidades, de muitos quilogramas, sob a forma de pó, sendo posteriormente transformados e embalados na Europa. Também existem indícios de que transitam pela Europa substâncias químicas de base, como mostra a recente

A quantidade de heroína apreendida comunicada em 2011 foi a menor da última década, correspondendo apenas a cerca de metade da quantidade apreendida em 2001

FIGURA 1.4

Quantidade de resina de *cannabis* (esquerda) e de *cannabis* herbácea (direita) apreendida, 2011



apreensão de quase 15 quilogramas de agonistas dos recetores canabinóides puros, em pó, provenientes da China mas com destino à Rússia.

Heroína: sinais de declínio

Historicamente, a heroína importada tem sido oferecida no mercado de drogas ilícitas da Europa sob duas

formas, das quais a mais comum é a heroína castanha (forma química de base), principalmente proveniente do Afeganistão. Muito menos comum é a heroína branca (forma de sal), tradicionalmente originária do Sudeste Asiático, mas que agora pode ser produzida noutras regiões. Também existe uma produção limitada de drogas opiáceas na Europa, principalmente produtos caseiros obtidos a partir da papoila, registada em algumas zonas da Europa Oriental.

HEROÍNA

6,1 toneladas apreendidas

40 500 apreensões

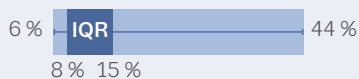
143 €

23 300 infrações reportadas relacionadas com a oferta

13,4 toneladas apreendidas, incluindo a Turquia

43 800 apreensões incluindo a Turquia

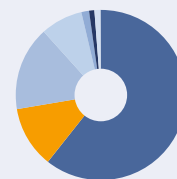
12 % de crimes de tráfico das seis drogas principais



Pureza (%)



Preço (EUR/g)



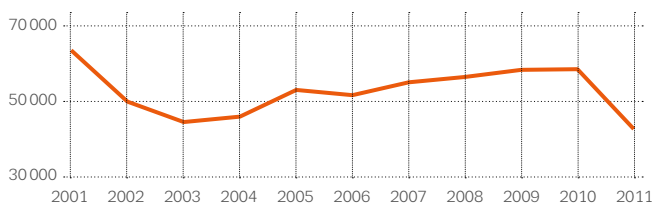
Preço e pureza da «heroína castanha»: valores médios nacionais, mínimo, máximo e intervalo interquartil (IQR)

Os países abrangidos variam consoante o indicador

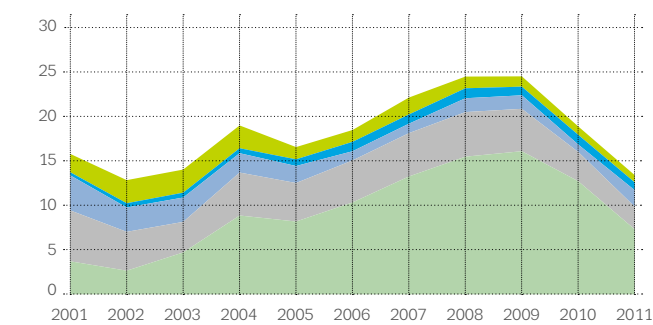
FIGURA 1.5

Número de apreensões de heroína e quantidade apreendida, 2001–2011

Número de apreensões



Toneladas



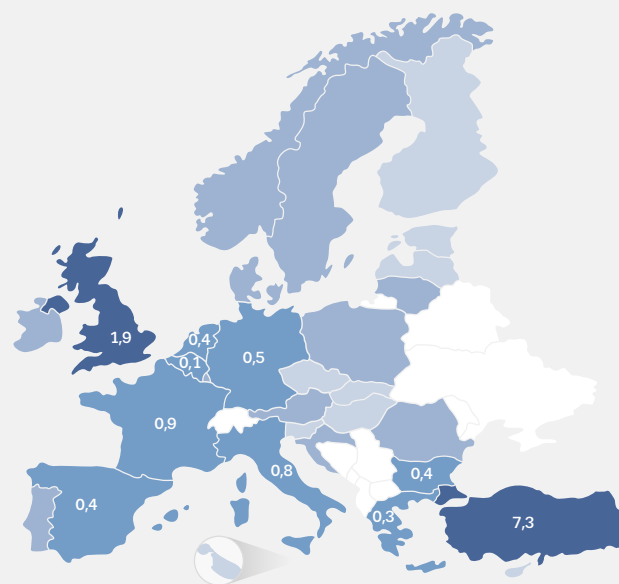
Turquia Outros países Reino Unido
França Itália

O Afeganistão continua a ser o maior produtor ilegal de ópio a nível mundial, julgando-se que a maior parte da heroína encontrada na Europa é produzida nesse país ou, em menor grau, nos países vizinhos, Irão e Paquistão. O transporte desta droga para a Europa é geralmente efetuado através de duas rotas de tráfico: historicamente, a mais importante das duas tem sido a «rota dos Balcãs», que atravessa a Turquia rumo ao ocidente, até aos países balcânicos (Bulgária, Roménia ou Albânia), e prossegue para a Europa Central, Meridional e Ocidental. Uma rota de tráfico mais recente é a «do norte» ou «rota da seda», que atravessa as antigas repúblicas soviéticas da Ásia Central em direção ao norte, até à Rússia. De um modo geral, porém, a situação parece ter-se tornado mais fluida, na medida em que os carregamentos de heroína vindos do Irão e do Paquistão são introduzidos na Europa por via aérea ou marítima, diretamente ou depois de transitarem por países da África Ocidental e Oriental.

A quantidade de heroína apreendida comunicada em 2011 (6,1 toneladas) foi a menor da última década, correspondendo apenas a cerca de metade da quantidade apreendida em 2001 (12 toneladas). O número de apreensões notificadas ao longo do mesmo período (2001–11) também diminuiu, de um valor máximo de 63 000, atingido em 2001, para o valor estimado de 40 500 em 2011. Em certa medida, esta descida pode ser explicada pelo aumento das apreensões realizadas entre 2002 e 2009 na Turquia, que desde 2006 vem

FIGURA 1.6

Quantidade de heroína apreendida, 2011



Toneladas <0,01 0,01–0,10 0,11–1,0 >1,0

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

apreendendo esta droga em quantidades superiores às de todos os outros países em conjunto (Figura 1.5). Todavia, em 2010 e 2011, as quantidades apreendidas neste país diminuíram substancialmente.

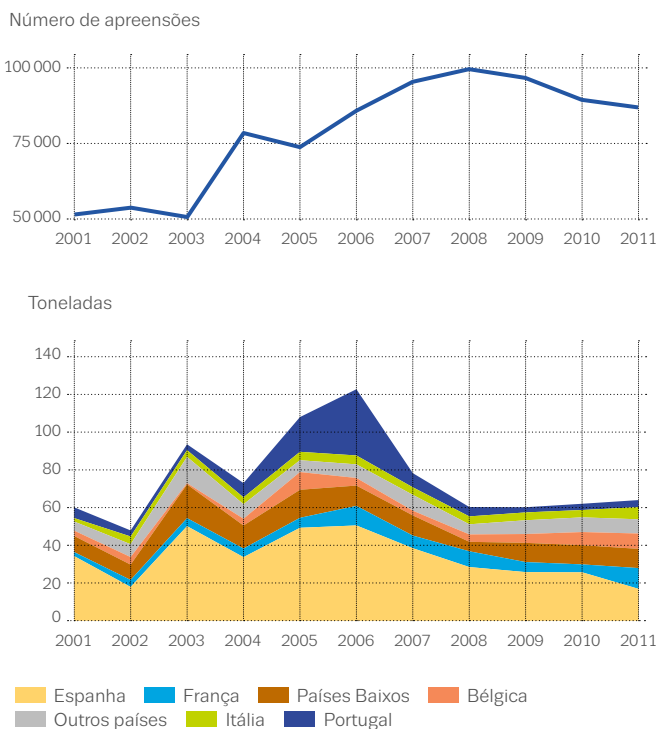
Para além da diminuição observada nas apreensões de heroína e nas infrações relacionadas com a sua oferta, registaram-se recentemente choques de curto prazo mais agudos no mercado, provavelmente resultantes dos esforços bem-sucedidos de combate ao tráfico na rota dos Balcãs. Vários países com populações relativamente numerosas de consumidores de heroína registaram situações de significativa escassez de heroína, em finais de 2010 e inícios de 2011, das quais nem todos os mercados parecem ter recuperado.

Cocaína: alterações do tráfico?

Há duas formas de cocaína disponíveis na Europa, das quais a mais comum é a cocaína em pó (um sal hidrocloreto, HCl). Menos comum é a cocaína-crack, uma forma fumada dessa droga. A cocaína é produzida a partir das folhas de coca. É quase exclusivamente fabricada na Bolívia, na Colômbia e no Peru, sendo transportada para a Europa por via aérea e marítima. A principal rota de tráfico para o continente europeu parece passar pela Península Ibérica (Espanha e Portugal), embora a maior utilização do transporte em contentores tenha aumentado

FIGURA 1.7

Número de apreensões de cocaína e quantidade apreendida, 2001–2011

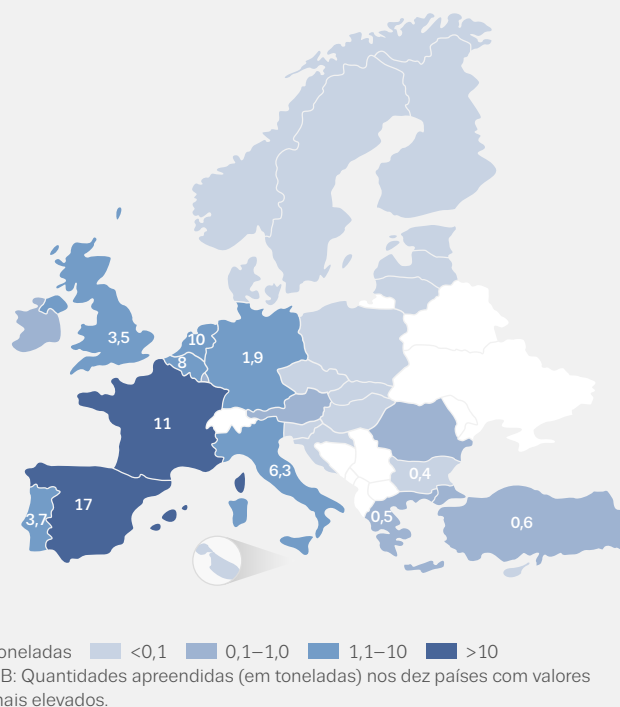


a importância dos grandes portos da Bélgica, Países Baixos e outros países da Europa Ocidental. Entre os indícios mais recentes da atual diversificação das rotas de tráfico de cocaína para a Europa figuram as grandes apreensões isoladas efetuadas em portos da Bulgária, Grécia, Roménia e dos Países Bálticos.

Nem toda a cocaína chega à Europa sob uma forma imediatamente comercializável, como mostra o desmantelamento de vários «laboratórios» ilegais em

FIGURA 1.8

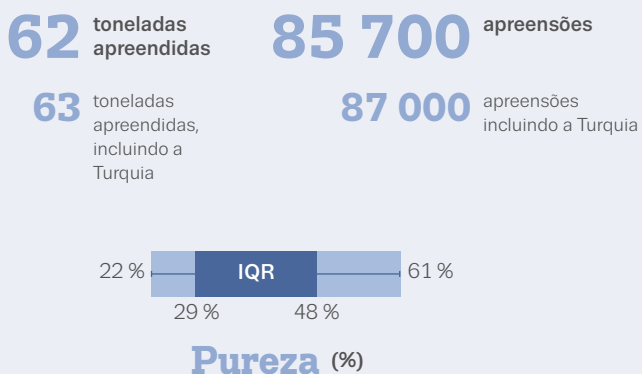
Quantidade de cocaína apreendida, 2011



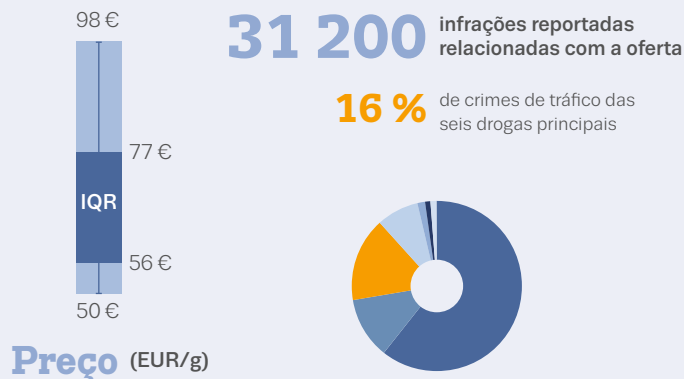
território europeu, nos últimos anos. Entre 2008 e 2010, a Espanha detetou e desmantelou 73 dessas instalações, na sua maioria laboratórios de extração secundária, utilizados para extrair a cocaína de outros materiais onde é dissimulada, como cera de abelhas, adubos, plástico, géneros alimentícios ou vestuário.

Em 2011, foram reportadas cerca de 86 000 apreensões de cocaína na Europa, equivalentes a 62 toneladas de droga. Esta quantidade representa um decréscimo de quase 50 %

COCAÍNA



Preço e pureza da cocaína: valores médios nacionais, mínimo, máximo e intervalo interquartil (IQR)



Os países abrangidos variam consoante o indicador



em relação às 120 toneladas de cocaína apreendidas em 2006, ano em que foi atingido o nível máximo. O número de apreensões também diminuiu, mas de forma menos acentuada, tendo atingido o valor máximo de 100 000 em 2008 (Figura 1.7). A diminuição da quantidade de cocaína apreendida é mais visível na Península Ibérica, onde o total apreendido por Espanha e Portugal diminuiu de 84 toneladas em 2006 para 20 toneladas em 2011. Esta quantidade é semelhante à apreendida nos Países Baixos e na Bélgica, que notificaram apreensões conjuntas de 18 toneladas desta droga em 2011. Nesse ano, a França (11 toneladas) e a Itália (6 toneladas) comunicaram apreensões recorde de cocaína. Não se sabe ao certo em que medida as alterações observadas nas quantidades de cocaína apreendida nos países europeus refletem uma mudança global do abastecimento ao mercado europeu, alterações das práticas de aplicação da lei, ou a introdução de novas abordagens operacionais por parte das organizações de tráfico de droga.

Anfetaminas: sinais de maior oferta de metanfetamina

Inicialmente desenvolvidas para fins terapêuticos e geralmente conhecidas como anfetaminas, a metanfetamina e a anfetamina são estimulantes sintéticos com uma ligação muito estreita. Das duas, a anfetamina sempre foi mais comum na Europa, mas atualmente há indícios de uma maior oferta de metanfetamina.

Ambas as drogas são fabricadas na Europa para consumo interno, embora alguma anfetamina também seja

Após um período em que atingiram níveis mais elevados, tanto em número como em quantidade, as apreensões de anfetamina regressaram, em 2011, ao nível que tinham, aproximadamente, em 2002

ANFETAMINA

5,9 toneladas apreendidas

6,2 toneladas apreendidas, incluindo a Turquia

35 600 apreensões

35 600 apreensões incluindo a Turquia



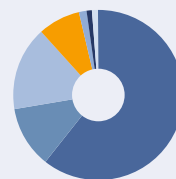
Pureza (%)



Preço (EUR/g)

16 000 infrações reportadas relacionadas com a oferta

8 % de crimes de tráfico das seis drogas principais

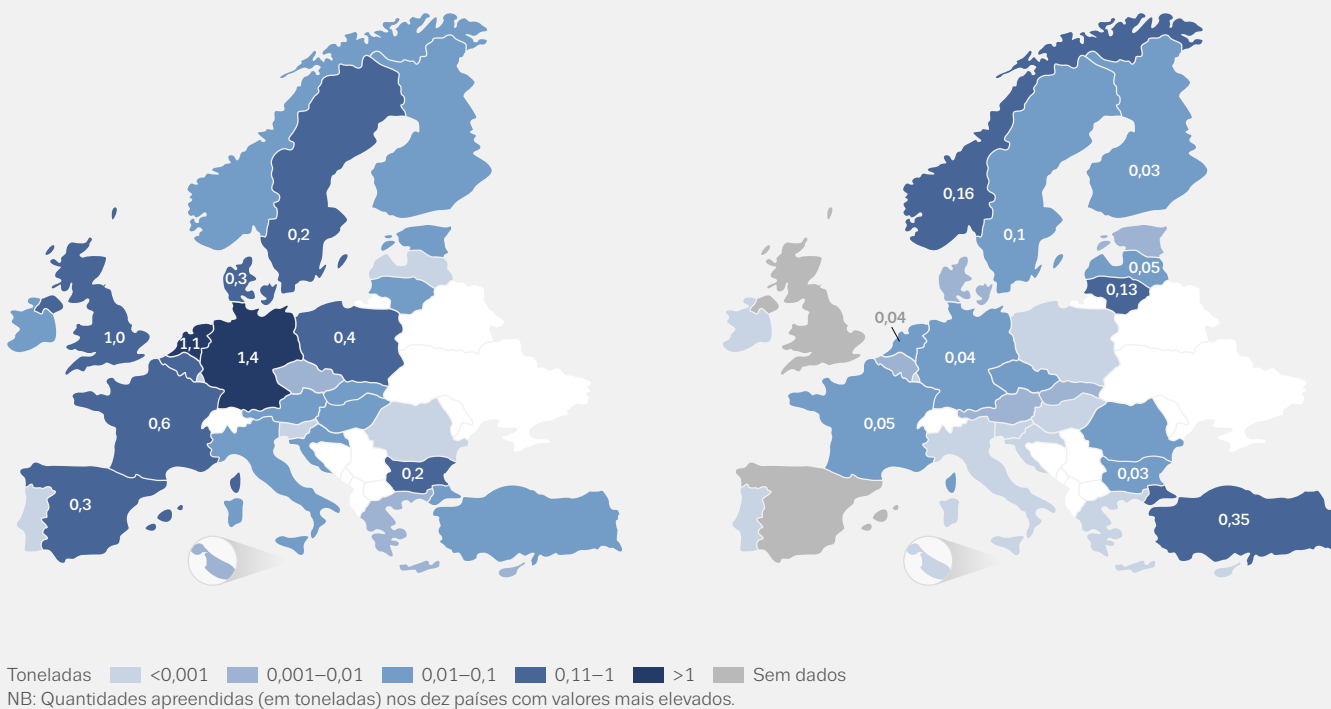


Preço e pureza da anfetamina: valores médios nacionais, mínimo, máximo e intervalo interquartilício (IQR)

Os países abrangidos variam consoante o indicador

FIGURA 1.9

Quantidade de anfetamina (esquerda) e metanfetamina (direita) apreendida, 2011



produzida para exportação, principalmente para o Médio Oriente. As técnicas de produção podem ser relativamente sofisticadas, permitindo fabricar grandes quantidades de droga. O mesmo equipamento e o mesmo pessoal podem ser igualmente utilizados para produzir outras substâncias sintéticas como o MDMA (*ecstasy*). Sabe-se que existe uma produção significativa na Bélgica e nos Países Baixos, bem como na Polónia e nos Países Bálticos, tendo sido também detetados laboratórios noutros países,

como a Bulgária, a Alemanha e a Hungria. A República Checa notificou a existência de um grande número de locais de produção de metanfetamina, na sua maioria operações em pequena escala meramente destinadas a fornecer drogas para consumo das pessoas envolvidas, embora também já se tenha detetado alguma produção em maior escala, tendo em vista não só o consumo interno mas também a exportação para países fronteiriços. A produção de metanfetamina nos Países Bálticos também

METANFETAMINA

0,7 toneladas apreendidas

1,0 toneladas apreendidas, incluindo a Turquia

9 400 apreensões

9 500 apreensões incluindo a Turquia



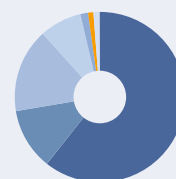
Pureza (%)



Preço (EUR/g)

2 200 infrações reportadas relacionadas com a oferta

1 % de crimes de tráfico das seis drogas principais

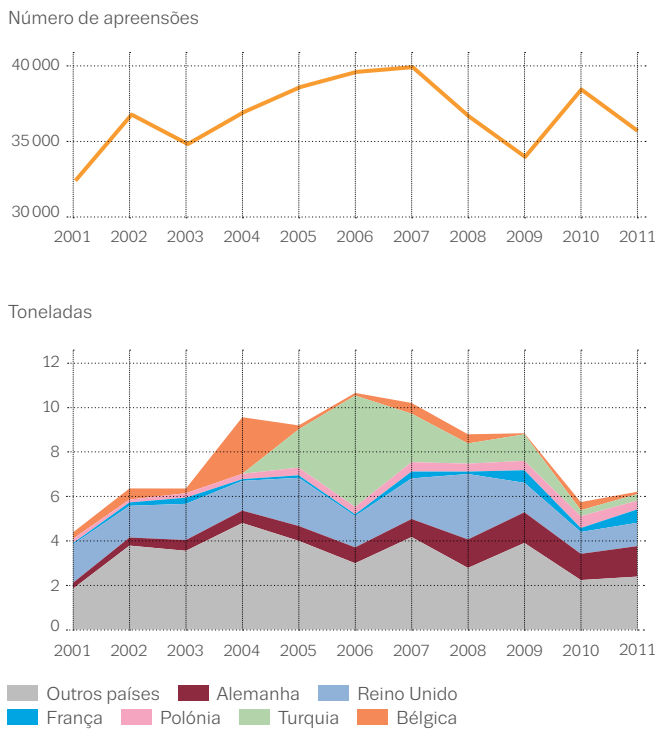


Preço e pureza da anfetamina: valores médios nacionais, mínimo, máximo e intervalo interquartilico (IQR)

Os países abrangidos variam consoante o indicador

FIGURA 1.10

Número de apreensões de anfetamina e quantidade apreendida, 2001–2011

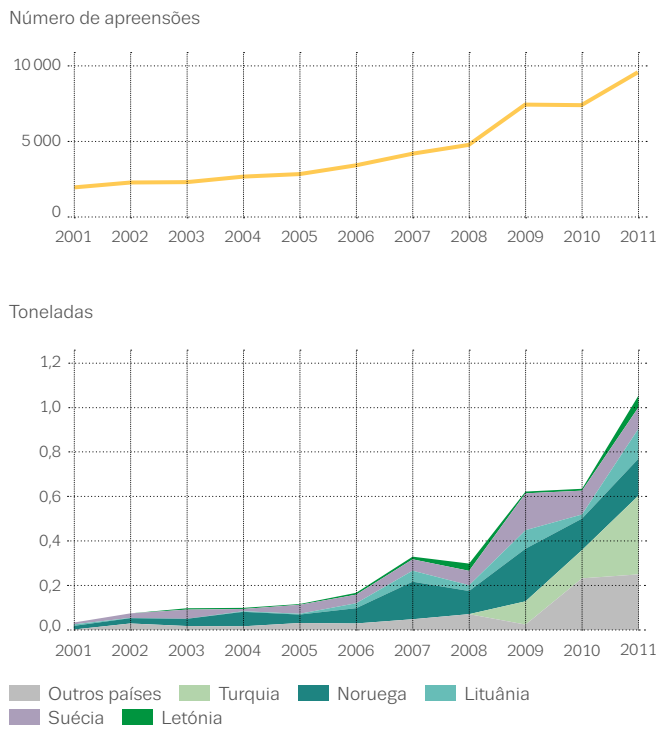


parece ter aumentado, sendo exportada para os países escandinavos, onde é possível que esteja a começar a substituir a anfetamina.

Em 2011, foram reportadas cerca de 45 000 apreensões de anfetaminas. Estas podem dividir-se em 35 600 apreensões, correspondentes a 5,9 toneladas, de anfetamina, e 9 400 apreensões, equivalentes a 0,7

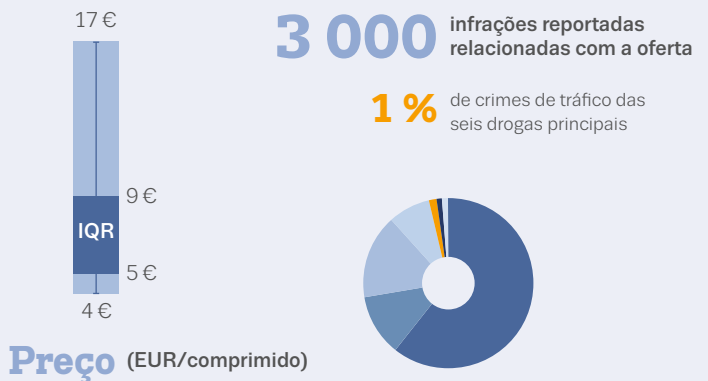
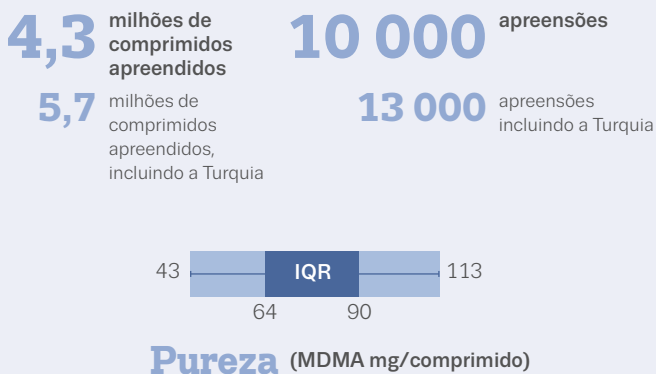
FIGURA 1.11

Número de apreensões de metanfetamina e quantidade apreendida, 2001–2011



toneladas, de metanfetamina. Após um período em que atingiram níveis mais elevados, tanto em número como em quantidade, as apreensões de anfetamina regressaram, em 2011, ao nível que tinham, aproximadamente, em 2002 (Figura 1.10). Em contrapartida, as apreensões de metanfetamina, embora ainda pequenas em número e quantidade, aumentaram ao longo do mesmo período (Figura 1.11).

ECSTASY



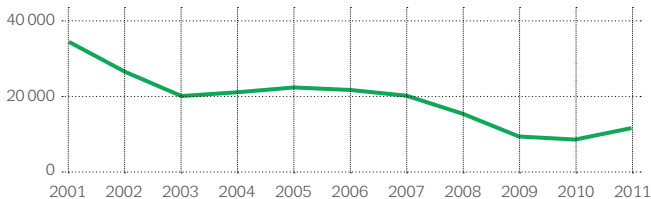
Preço e pureza dos comprimidos de *ecstasy*; valores médios nacionais, mínimo, máximo e intervalo interquartilico (IQR)

Os países abrangidos variam consoante o indicador

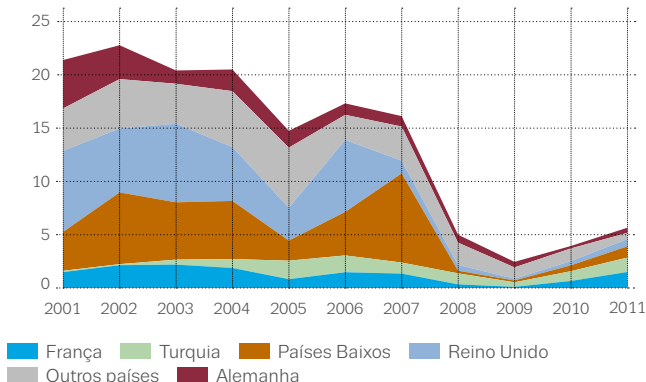
FIGURA 1.12

Número de apreensões de *ecstasy* e de comprimidos apreendidos, 2001–2011

Número de apreensões



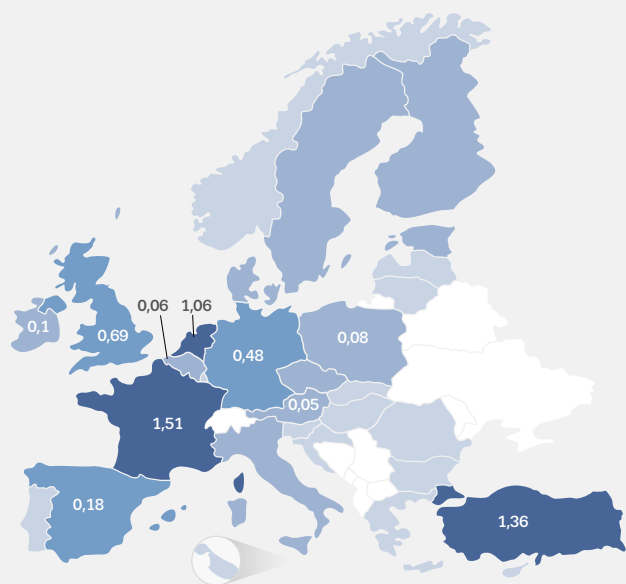
Comprimidos (milhões)



■ França ■ Turquia ■ Países Baixos ■ Reino Unido
■ Outros países ■ Alemanha

FIGURA 1.13

Quantidade de *ecstasy* apreendido, 2011



Comprimidos (milhões) ■ <0,01 ■ 0,01–0,1 ■ 0,11–1,0 ■ >1,0
 NB: Quantidades apreendidas (em número de comprimidos) nos dez países com valores mais elevados.

Ecstasy: estará de volta?

O *ecstasy* refere-se habitualmente à substância sintética MDMA, que está quimicamente relacionada com as anfetaminas mas difere um pouco destas quanto aos efeitos. No entanto, os comprimidos vendidos como *ecstasy* podem conter uma das várias substâncias semelhantes ao MDMA, bem como produtos químicos não relacionados com ele.

O fabrico de *ecstasy* na Europa poderá ter atingido o nível máximo em 2000, ano em que foram desmantelados 50 laboratórios. Este número diminuiu para apenas três em 2010 e cinco em 2011, o que sugere uma diminuição dos níveis de produção em toda a Europa. Os Países Baixos, seguidos da Bélgica, comunicaram o maior número de laboratórios desmantelados na última década, o que parece indicar que esta região geográfica corresponde à principal área de produção desta droga.

As apreensões de *ecstasy* diminuíram abruptamente a partir de 2007 (Figura 1.12) e os atuais 4,3 milhões de comprimidos apreendidos representam apenas uma pequena fração do número apreendido em 2002 (23 milhões), ano em que as apreensões atingiram o nível máximo. Observou-se igualmente uma queda acentuada das infrações relacionadas com a oferta de *ecstasy*, cujo número sofreu uma redução de cerca de dois terços entre 2006 e 2011, não excedendo atualmente cerca de 1 % das

As apreensões de *ecstasy* diminuíram abruptamente a partir de 2007 e os atuais 4,3 milhões de comprimidos apreendidos representam apenas uma pequena fração do número apreendido em 2002, ano em que as apreensões atingiram o nível máximo

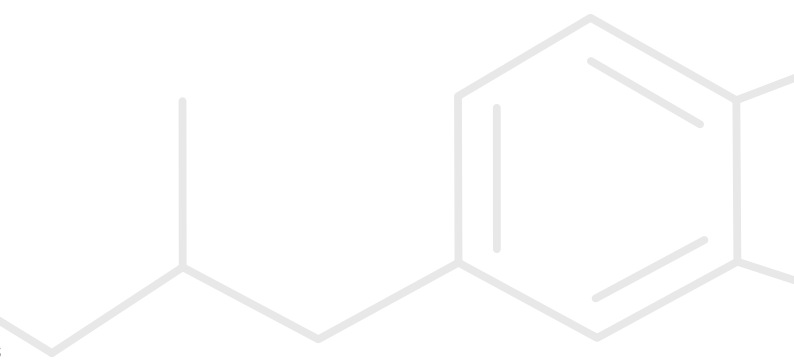
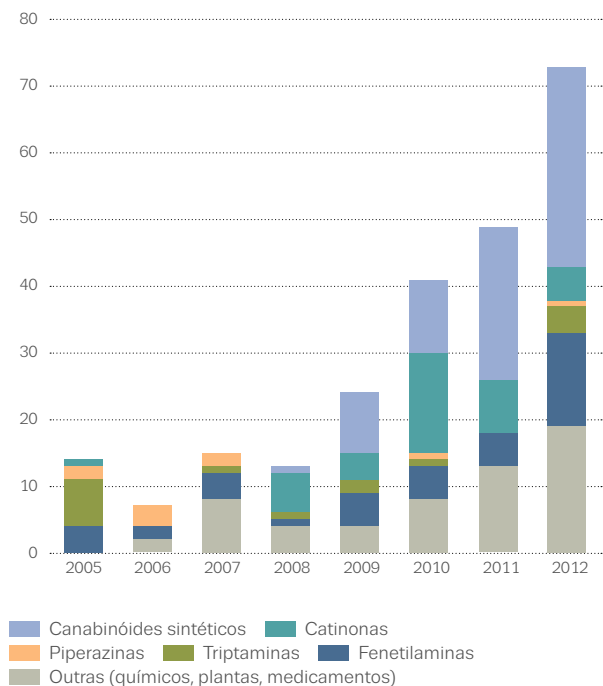


FIGURA 1.14

Número e principais grupos de novas substâncias psicoativas notificadas ao mecanismo de alerta rápido da UE, 2005–2012



**Em 2012, os Estados
Membros notificaram
73 novas substâncias
psicoativas, pela primeira
vez, através do mecanismo
de alerta rápido da UE**

infrações relacionadas com a oferta das principais drogas. Estas tendências decrescentes têm sido atribuídas ao reforço dos controlos e à concentração de esforços na apreensão de PMK, principal precursor químico utilizado no fabrico de MDMA. Outra consequência poderá ter sido a substancial alteração do conteúdo dos comprimidos de «ecstasy» à venda na Europa, patente no facto de, em 2009, apenas três países terem comunicado que as substâncias semelhantes ao MDMA eram predominantes nos comprimidos analisados. No entanto, há indícios de um ressurgimento recente do mercado de *ecstasy*, embora aquém dos níveis anteriormente registados. O MDMA parece estar a tornar-se mais comum, encontrando-se disponível sob a forma de pó, com um elevado grau de pureza, em várias partes da Europa. É possível que os produtores de *ecstasy* tenham reagido ao controlo dos precursores passando a utilizar, em seu lugar, «pré-precursos» ou «precursos disfarçados» – produtos químicos essenciais que podem ser legalmente importados como substâncias não controladas e depois transformados nas substâncias químicas precursoras necessárias à produção de MDMA.

Drogas novas: mais substâncias disponíveis

A análise do mercado de droga é dificultada pelo aparecimento de drogas novas (novas substâncias psicoativas): substâncias químicas ou naturais não

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

Em 2012, os Estados-Membros notificaram 73 novas substâncias psicoativas, pela primeira vez, através do mecanismo de alerta rápido da UE (Figura 1.14). Trinta dessas substâncias eram agonistas dos recetores canabinóides sintéticos, o que reflete a procura de produtos semelhantes à *cannabis* por parte dos consumidores. Dezanove compostos não correspondiam a grupos químicos facilmente reconhecíveis (incluindo plantas e medicamentos) e 14 novas fenetilaminas

substituíram produtos anteriores do mesmo grupo, o número mais elevado desde 2005.

Uma vez que a Internet é um mercado importante para as novas substâncias psicoativas, o EMCDDA realiza um estudo seletivo regular para monitorizar o número de lojas na Internet que oferecem produtos aos consumidores europeus. O número de lojas identificadas continua a crescer, com 693 lojas online identificadas em janeiro de 2012.

Depois de sujeitas a medidas de controlo, a maioria das novas substâncias psicoativas tende a ser rapidamente substituída, tornando as medidas de intervenção particularmente difíceis neste domínio. A mefedrona, porém, é um exemplo raro de uma nova droga que poderá ter feito a transição para o mercado de estimulantes ilícitos, onde se tornou muito procurada. Apesar dos controlos impostos em toda a União Europeia, a droga ainda parece estar disponível em alguns países, onde é vendida no mercado ilícito. Embora possam existir provisões obtidas antes da proibição e a importação clandestina talvez continue, a recente descoberta de um local de produção de mefedrona na Polónia, com ligações a grupos da criminalidade organizada internacional e indícios de tráfico para outros países europeus, é uma evolução inquietante.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights do EMCDDA 12.

2011

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances.

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Relatório síntese da reunião EMCDDA Trendspotter, de 18 e 19 de outubro de 2011.

Responder às novas substâncias psicoativas, Drogas em destaque, n.º 22.

Publicações do EMCDDA e da Europol

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

Pelo menos 85 milhões de europeus adultos consumiram uma droga ilícita em algum momento da sua vida, o que equivale a cerca de um quarto da população adulta da Europa

Consumo de droga e problemas relacionados

A monitorização do consumo de droga e dos danos a ele associados é dificultada por muitos fatores. As drogas ilícitas são consumidas de formas muito variáveis que podem ir, por exemplo, desde o consumo experimental e ocasional até ao consumo diário e prolongado. Os riscos a que as pessoas estão expostas também são influenciados por numerosos fatores, nos quais se incluem: a dose consumida, a via de administração, o consumo concomitante de outras substâncias, o número e a duração dos episódios de consumo de droga e a vulnerabilidade individual.

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

Na Europa, a monitorização do consumo de droga e dos danos relacionados com a droga baseia-se principalmente em cinco indicadores epidemiológicos fundamentais: o consumo de droga entre a população em geral, o consumo problemático de droga, as mortes e a mortalidade relacionada com a droga, as doenças infetocontagiosas e a procura de tratamento da toxicodependência. Podem encontrar-se informações sobre estes indicadores, incluindo notas metodológicas, no sítio do EMCDDA, no Portal dos indicadores fundamentais e no Boletim Estatístico.

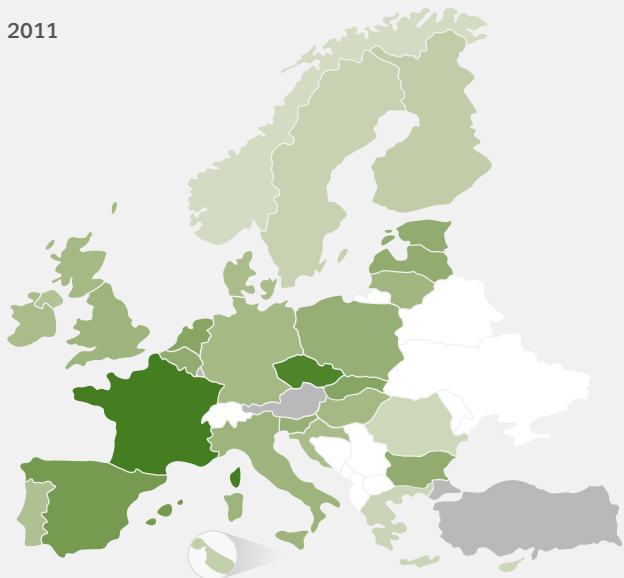
Um quarto dos adultos europeus consumiu drogas ilícitas

Pelo menos 85 milhões de europeus adultos consumiram uma droga ilícita em algum momento da sua vida, o que equivale a cerca de um quarto da população adulta da Europa. A maioria afirma ter consumido *cannabis* (77 milhões), sendo as estimativas do consumo de outras drogas ao longo da vida muito mais baixas: 14,5 milhões para a cocaína, 12,7 milhões para as anfetaminas e 11,4 milhões para o *ecstasy*. Os níveis de consumo de droga

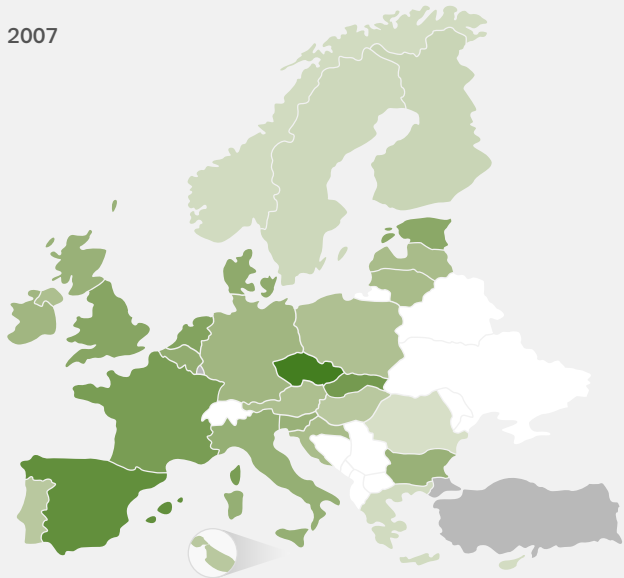
FIGURA 2.1

Prevalência do consumo de *cannabis* ao longo da vida entre a população escolar de 15–16 anos

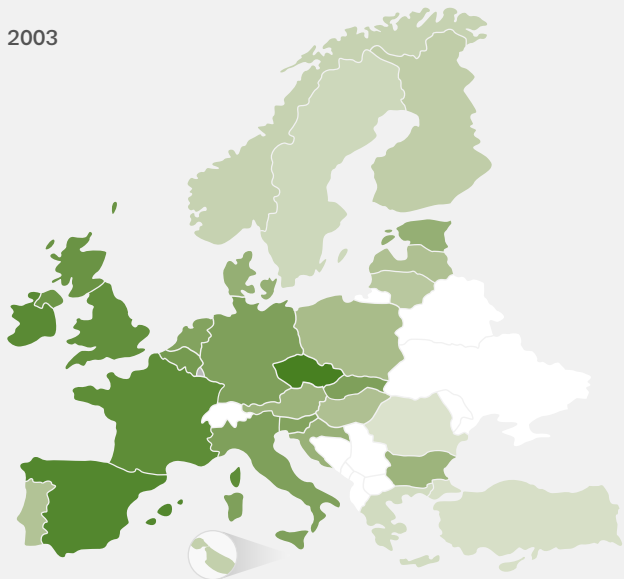
2011



2007



2003



2 % 10 20 30 40 45 % Sem dados

NB: Dados do inquérito ESPAD e de inquéritos nacionais relativos à Espanha e ao Reino Unido.

ao longo da vida variam consideravelmente na Europa, desde um terço dos adultos na Dinamarca, França e Reino Unido, até menos de um em cada dez na Bulgária, Grécia, Hungria, Romênia e Turquia.

Cannabis: tendências estáveis ou decrescentes nos países com prevalência mais elevada

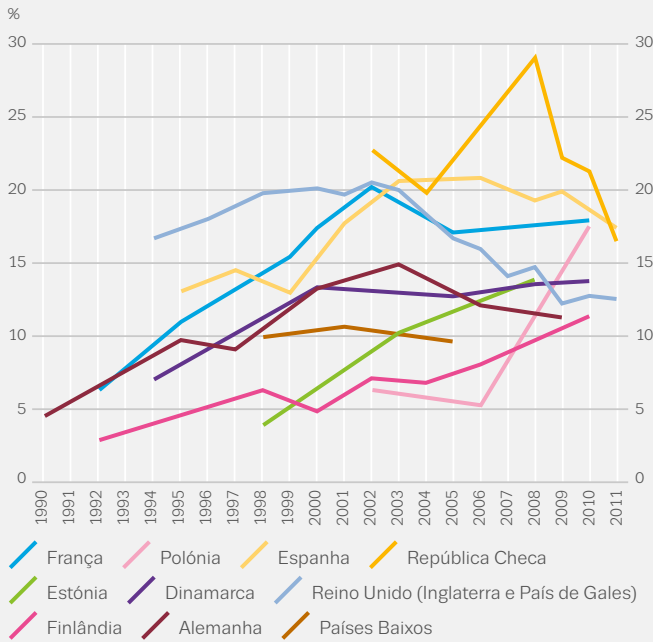
Os produtos de *cannabis* são, em geral, fumados e normalmente misturados com tabaco. Os padrões de consumo de *cannabis* variam desde o ocasional ou experimental até ao regular e dependente, estando os problemas relacionados com a *cannabis* fortemente associados a um consumo frequente e de quantidades mais elevadas. Entre os efeitos para a saúde contam-se os problemas respiratórios, os problemas de saúde mental e a dependência. Alguns dos novos agonistas dos recetores canabinóides sintéticos podem ser extremamente potentes e são cada vez mais notificados casos de consequências adversas agudas.

A *cannabis* é a droga ilícita mais suscetível de ser experimentada pelos estudantes europeus. Nos inquéritos ESPAD realizados em 2011, o consumo de *cannabis* ao longo da vida entre os jovens de 15–16 anos variou entre 5 % na Noruega e 42 % na República Checa (Figura 2.1). Os rácios entre os géneros também variavam entre um rapaz e cerca de 2,5 rapazes para cada rapariga. Em termos de tendência global europeia, o consumo de *cannabis* entre a população escolar aumentou de 1995 a 2003, diminuiu ligeiramente em 2007 e estabilizou desde então. Nesse período, houve uma tendência visível para a redução do consumo de *cannabis* em muitos dos países que tinham comunicado níveis de prevalência elevados em inquéritos anteriores. Ao mesmo tempo, os níveis de consumo de *cannabis* entre a população escolar aumentaram em muitos países da Europa Central e Oriental, revelando alguma convergência na Europa em geral. Nos seis países que comunicaram a realização de inquéritos escolares a nível nacional após o estudo ESPAD (2011/2012), a prevalência do consumo de *cannabis* entre a população escolar mantém-se estável ou está a diminuir ligeiramente.

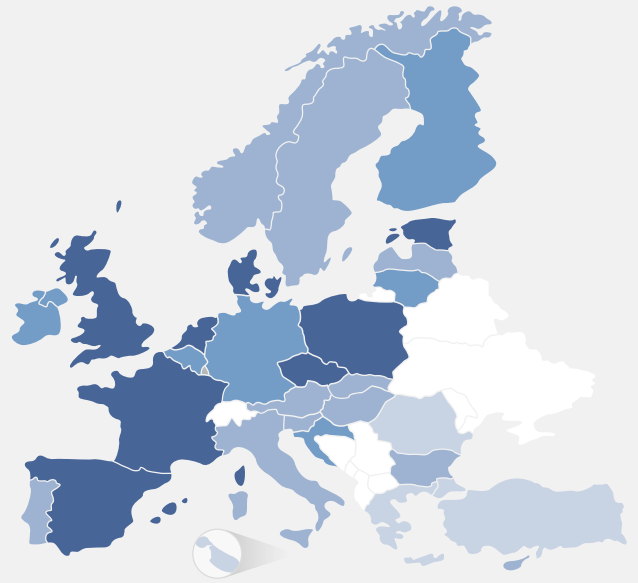
Estima-se que 15,4 milhões de jovens europeus (15–34 anos) (11,7 % desta faixa etária), 9,2 milhões dos quais com idades compreendidas entre 15 e 24 anos (14,9 %), consumiram *cannabis* no último ano. O consumo de *cannabis* é, de um modo geral, mais elevado entre os indivíduos do sexo masculino. As tendências a longo prazo observadas entre os jovens adultos são, em grande medida, consentâneas com as da população escolar, com aumentos graduais do consumo nos países com

FIGURA 2.2

Prevalência do consumo de *cannabis* no último ano entre os jovens adultos: tendências selecionadas (esquerda) e dados mais recentes (direita)



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



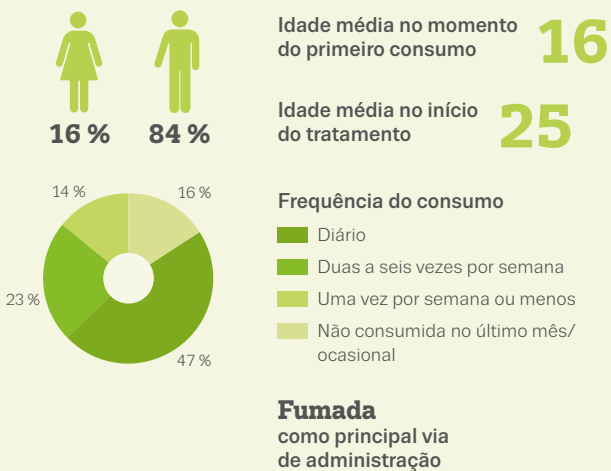
% 0-4 4,1-8 8,1-12 >12

uma prevalência mais baixa e decréscimos nos países com uma prevalência mais elevada. Com exceção da Polónia e da Finlândia, os países que realizaram inquéritos recentes (2010 ou depois) referem tendências estáveis ou decrescentes entre os jovens adultos (Figura 2.2).

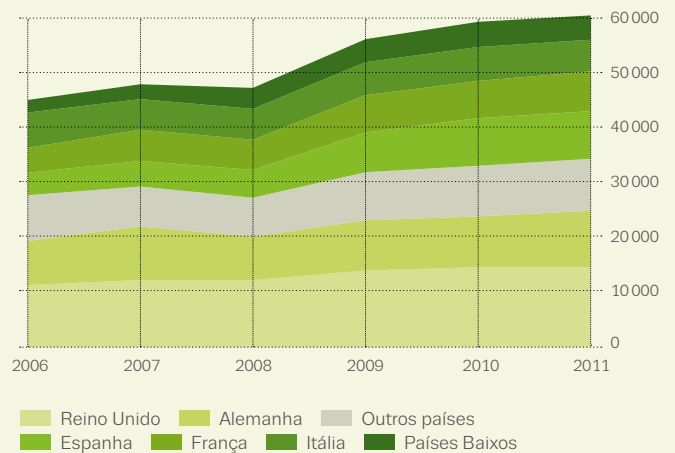
Atualmente, poucos inquéritos nacionais apresentam dados sobre o consumo de agonistas dos recetores canabinóides sintéticos e, naqueles que o fazem, os níveis de prevalência são geralmente baixos.

CONSUMIDORES DE CANNABIS EM TRATAMENTO

Características



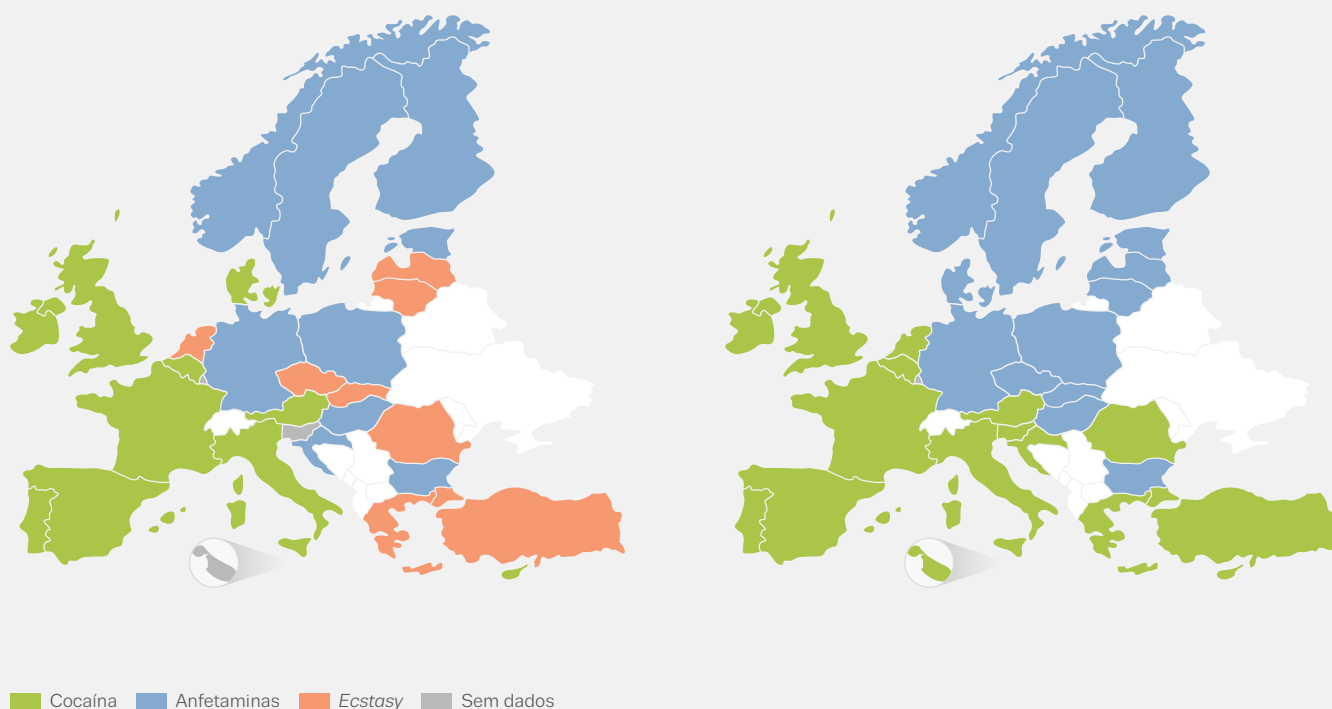
Tendências dos que iniciam o tratamento pela primeira vez



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

FIGURA 2.3

Droga estimulante predominante por prevalência do consumo no último ano na faixa etária de 15 a 34 anos (esquerda) e por droga principal entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez (direita)



Mais de 3 milhões de consumidores diários de *cannabis* e aumento da procura de tratamento

Uma minoria significativa dos consumidores de *cannabis* consome essa substância intensivamente. Considera-se que o consumo de *cannabis* é diário ou quase diário quando ocorre em 20 dias ou mais do mês anterior ao inquérito. Os dados de 22 países indicam que cerca de 1 % dos adultos, ou seja, pelo menos três milhões, afirmam consumir a droga desta forma. Mais de dois terços dessas pessoas têm idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos e, nesta faixa etária, mais de três quartos são do sexo masculino.

Em 2011, a *cannabis* foi a segunda droga principal de consumo mais frequentemente mencionada, a seguir à heroína, pelos utentes que iniciaram o tratamento especializado da toxicod dependência na Europa (109 000) e a mais referida pelos que iniciaram o tratamento pela primeira vez. Contudo, é visível uma grande variação nacional, desde a Bulgária, em que 4 % dos

Cannabis... a droga mais referida pelos que iniciaram o tratamento pela primeira vez

utentes indicam esta droga como causa da entrada em tratamento da toxicod dependência, até à Hungria, em que essa percentagem atinge 69 %. Essas diferenças podem ser explicadas pela diversidade de práticas de encaminhamento, o tipo de serviços de tratamento disponíveis e os níveis de prevalência nacionais. Na Europa, o número de utentes consumidores de *cannabis* que iniciam o tratamento pela primeira vez aumentou de cerca de 45 000 em 2006 para 60 000 em 2011.

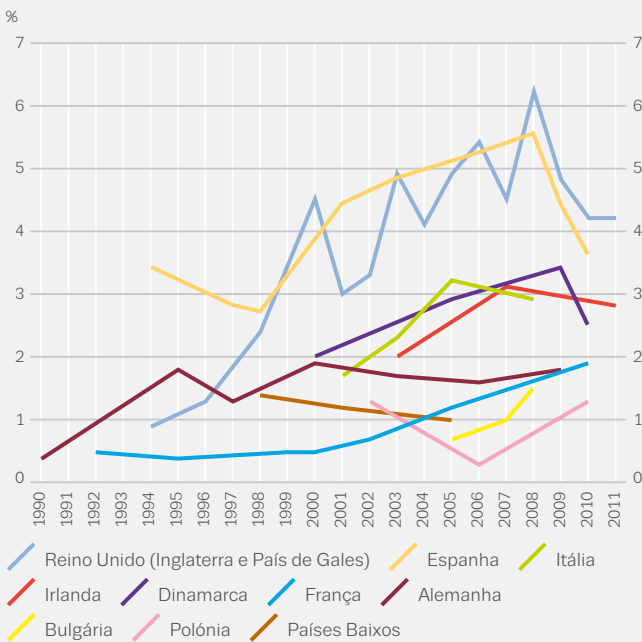
Estimulantes ilícitos na Europa: padrões de consumo regionais

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

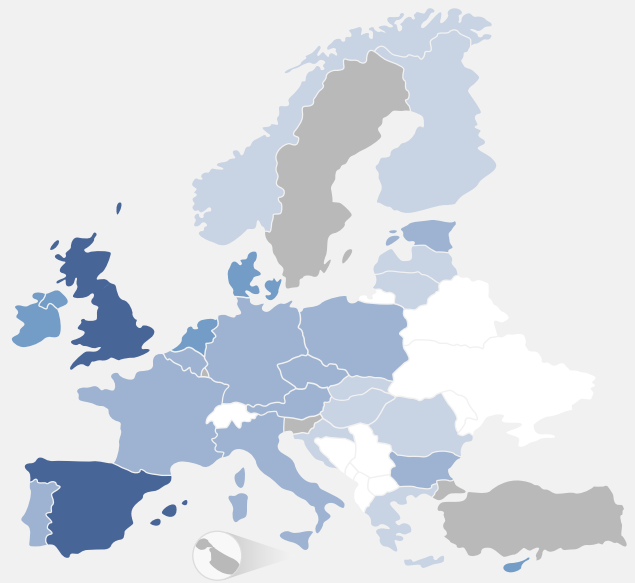
Os dados relativos à prevalência ilustram as diferenças geográficas existentes no mercado europeu de estimulantes, sendo a cocaína mais prevalente no sul e no oeste do continente, as anfetaminas mais comuns

FIGURA 2.4

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



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



% 0-1 1,1-2 2,1-3 >3 Sem dados

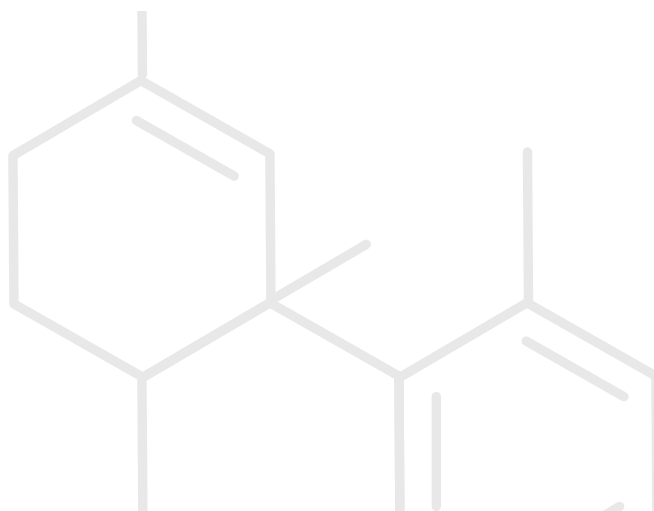
nos países do centro e do norte e o *ecstasy* o estimulante mais consumido nos países do sul e do leste (Figura 2.3). Os dados relativos ao tratamento mostram padrões semelhantes para a cocaína e a anfetamina, sendo poucos os utentes que iniciam o tratamento devido a problemas causados pelo *ecstasy*.

Cocaína: diminuição do consumo em países com prevalência elevada

A cocaína em pó é principalmente inalada ou aspirada, embora às vezes também seja injetada, enquanto a cocaína-*crack* é normalmente fumada. Em traços gerais, podem distinguir-se duas categorias de consumidores regulares: os mais bem integrados socialmente, que poderão consumir a droga num contexto recreativo, e os mais marginalizados, que consomem a cocaína,

muitas vezes associada a outras substâncias, como parte de um problema de consumo crónico de droga. O consumo regular de cocaína tem sido ligado a problemas cardiovasculares, neurológicos e mentais, bem como a um elevado risco de acidentes e de dependência. O consumo de cocaína injetada e o de cocaína-*crack* são os que apresentam maiores riscos para a saúde, incluindo a transmissão de doenças infetocontagiosas.

A cocaína, as anfetaminas e o *ecstasy* são os estimulantes ilícitos mais consumidos na Europa



A cocaína é a droga estimulante mais consumida na Europa, apesar de a maior parte dos consumidores estar concentrada num número relativamente pequeno de países. Estima-se que cerca de 2,5 milhões de jovens europeus (1,9 % desta faixa etária) consumiram cocaína no último ano. A Dinamarca, a Irlanda, a Espanha e o Reino Unido comunicaram níveis relativamente elevados (2,5–4,2 %) de consumo de cocaína no último ano entre os jovens adultos (Figura 2.4). Nos países com maior prevalência e inquéritos mais recentes, os níveis de consumo de cocaína no último ano, neste setor da população, tenderam a atingir um pico em 2008/2009, para depois sofrerem pequenas diminuições ou estabilizarem. Noutros países, os níveis de consumo de cocaína têm-se mantido relativamente baixos e estáveis, embora a França e a Polónia refiram algum acréscimo em 2010.

Sinais de declínio da procura de tratamento devido ao consumo de cocaína

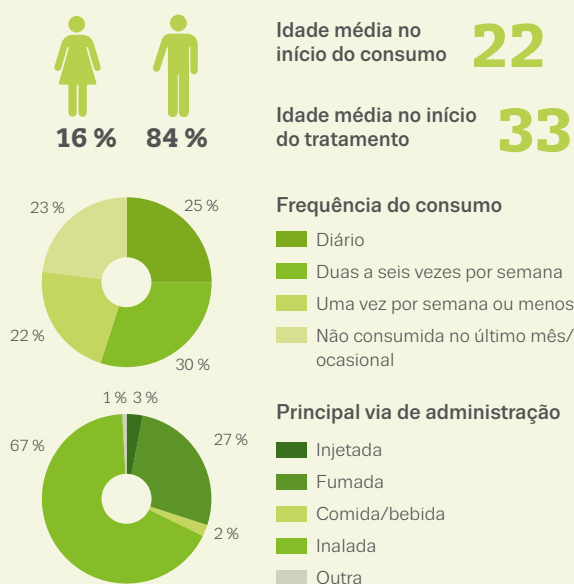
Apenas quatro países dispõem de estimativas relativamente recentes do consumo intensivo ou problemático de cocaína e essas estimativas são difíceis de comparar, em virtude de as definições utilizadas serem diferentes. Em 2009, entre a população adulta, a Espanha estimou em 0,45 % o «consumo intensivo de cocaína», a Alemanha estimou em 0,20 % os «problemas relacionados com a cocaína» e a Itália apresentou uma estimativa de

0,34 % para o «consumo potencialmente problemático de cocaína». Relativamente a 2009/2010, o Reino Unido estimou em 0,54 % o consumo de cocaína-crack entre a população adulta da Inglaterra, mas ressaltou que, provavelmente, muitos desses consumidores consumiam cocaína-crack e opiáceos em simultâneo.

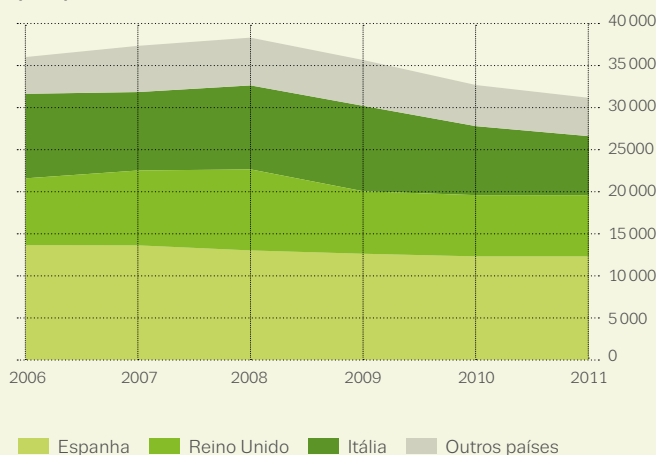
A cocaína foi indicada como droga principal de 14 % dos utentes cuja entrada em tratamento da toxicod dependência foi reportada em 2011 (60 000) e de 19 % dos que iniciaram o tratamento pela primeira vez (31 000). Nesta matéria, há grandes diferenças nacionais, sendo aproximadamente 90 % dos utentes consumidores de cocaína pertencentes a apenas cinco países (Alemanha, Espanha, Itália, Países Baixos e Reino Unido). O número de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida devido ao consumo de cocaína como droga principal aumentou de 35 000, em 2006, para 37 000, em 2009, diminuindo, em seguida, para 31 000 em 2011 (23 países). Na Espanha, verificou-se, a partir de 2005, uma redução pequena, mas constante, do número de novos utentes que iniciaram o tratamento devido ao consumo de cocaína, observando-se a mesma situação no Reino Unido, a partir de 2008, e na Itália, desde 2009. No ano de 2011, apenas cerca de 3 000 novos utentes consumidores de cocaína-crack como droga principal iniciaram tratamento em toda a Europa, dois terços dos quais, aproximadamente, no Reino Unido e a maioria dos restantes na Espanha e nos Países Baixos.

CONSUMIDORES DE COCAÍNA EM TRATAMENTO

Características



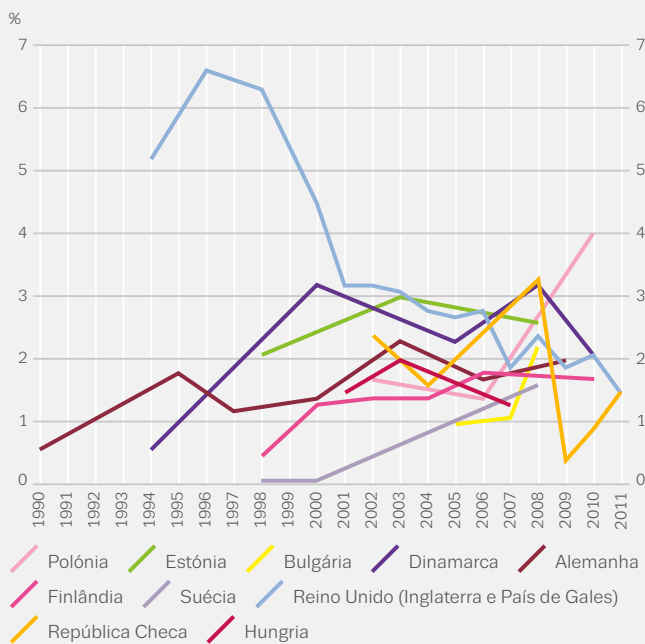
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



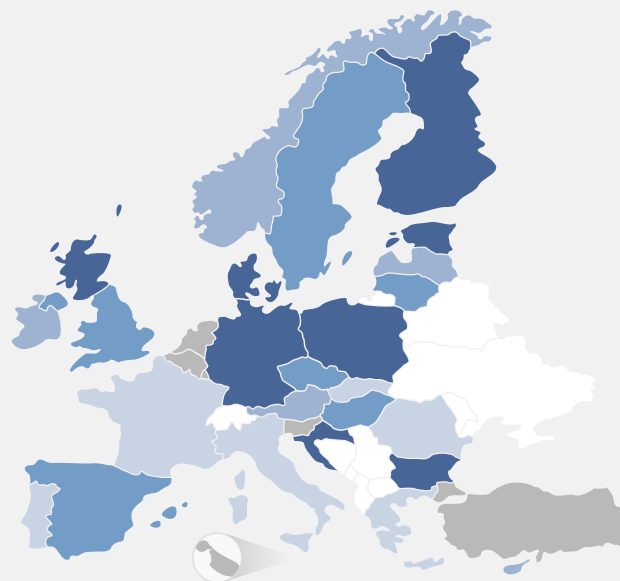
NB: As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de cocaína/crack como droga principal. As tendências referem-se aos que iniciam o tratamento pela primeira vez devido ao consumo de cocaína/crack como droga principal. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 2.5

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



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



% 0-0,5 0,51-1 1,1-1,5 >1,5 Sem dados

Aumento a longo prazo das emergências hospitalares causadas pela cocaína

Uma análise europeia recente constatou que as entradas em urgências hospitalares relacionadas com a cocaína tinham triplicado em alguns países, desde finais da década de 1990, observando-se o nível mais elevado, por volta de 2008, na Espanha e no Reino Unido (Inglaterra). A maior parte desses casos envolvia jovens do sexo masculino. As mortes causadas por intoxicação aguda com cocaína aparentam ser relativamente involgares. Em 2011, foram notificadas, pelo menos, 475 mortes relacionadas com a cocaína em 17 países, embora a presença de outras drogas também fosse, muitas vezes, identificada. Dados recentes da Espanha e do Reino Unido indicam uma diminuição das mortes relacionadas com a cocaína desde 2008. É provável que a cocaína também tenha algum papel em certas mortes relacionadas com problemas cardiovasculares, mas há poucos dados nesta área.

Anfetaminas: consumo estabilizou mas subsistem riscos para a saúde

Na Europa, a anfetamina está mais disponível do que a metanfetamina, cujo consumo se tem restringido, em termos históricos, à República Checa e, mais recentemente, à Eslováquia. As anfetaminas são normalmente consumidas por via oral ou inaladas, mas

em alguns países, é relativamente comum serem injetadas por consumidores problemáticos de droga e utentes em tratamento.

Os estudos sobre os efeitos nocivos das anfetaminas para a saúde são, na sua maioria, originários da Austrália e dos Estados Unidos, países onde os cristais de metanfetamina são predominantemente fumados, pelo que os seus resultados podem não ser diretamente transferíveis para a situação europeia. Entre os efeitos identificados por esses estudos, figuram os problemas cardiovasculares, pulmonares, neurológicos e de saúde mental; estes últimos vão desde a ansiedade, a agressividade e a depressão, até à psicose paranoica aguda, ao mesmo tempo que o consumo injetável constitui um fator de risco de doenças infetocontagiosas. As mortes relacionadas com as anfetaminas, embora raras em comparação com as associadas às drogas

**Na Europa,
a anfetamina está mais
disponível do que a
metanfetamina**

opiáceas, são comunicadas por alguns países, em especial por aqueles que têm populações de consumidores de anfetaminas relativamente numerosas. Contudo, as *overdoses* causadas por anfetaminas podem ser mais difíceis de identificar, por os sintomas serem menos específicos. Este problema é complicado pelo surgimento de novas drogas estimulantes. Por exemplo, em 2011 e 2012, foram associadas mais de 20 vítimas mortais à 4-metilamfetamina, um composto relacionado com a anfetamina, facto que levou o EMCDDA e a Europol a realizarem uma avaliação de risco a nível europeu e a Comissão Europeia a recomendar medidas de controlo a nível da UE.

Estima-se que 1,7 milhões (1,3 %) de jovens adultos (15–34) tenham consumido anfetaminas no último ano. Entre 2006 e 2011, o consumo de anfetaminas no último ano permaneceu relativamente baixo e estável entre os jovens adultos da maioria dos países europeus, com níveis de prevalência na ordem de 2 % ou menos em todos os países que comunicaram dados, com exceção da Bulgária (2,1 %), da Estónia (2,5 %) e da Polónia (3,9 %). Todos os países que realizaram inquéritos recentes (2010 ou depois) referiram uma estabilização ou uma diminuição dos níveis de prevalência do consumo de anfetamina, com exceção da Polónia, que reportou um aumento (Figura 2.5).

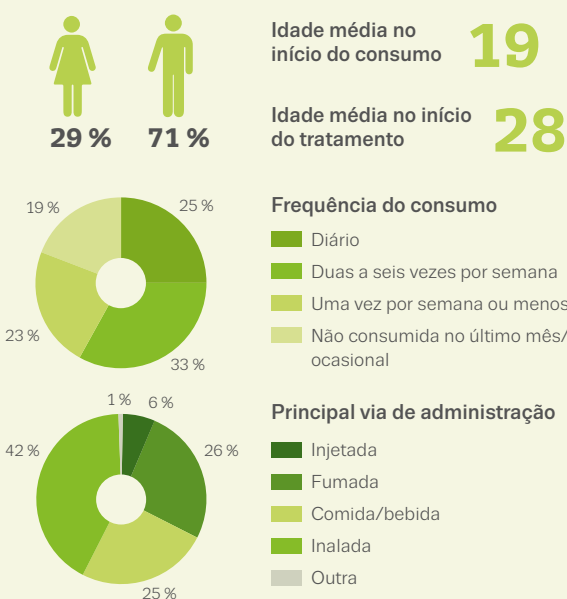
Aumento da procura de tratamento devido ao consumo de metanfetamina

Apenas dois países dispõem de estimativas recentes do número de consumidores problemáticos de metanfetaminas, que indicam percentagens para a população adulta (15–64 anos) na ordem de 0,42 % na República Checa (2011) e de cerca de 0,21 % na Eslováquia (2007). Observaram-se, recentemente, alguns indícios de consumo problemático de metanfetamina na Alemanha, Grécia, Chipre e Turquia.

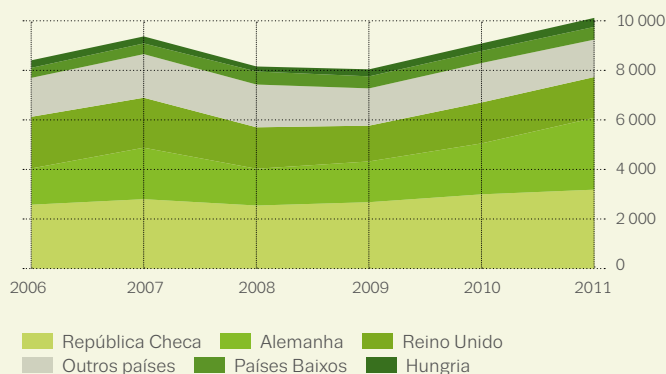
Cerca de 6 % dos utentes que iniciaram um tratamento especializado da toxicodependência na Europa, em 2011, mencionaram as anfetaminas como droga principal (aproximadamente 24 000 utentes, dos quais 10 000 iniciaram o tratamento pela primeira vez na vida). Os consumidores de anfetamina como droga principal só constituem uma proporção considerável das pessoas que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Letónia, Polónia e Suécia, enquanto a metanfetamina é referida como droga principal por uma grande proporção dos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez na República Checa e na Eslováquia. Entre 2006 e 2011, as tendências relativas aos consumidores de anfetaminas que iniciaram tratamento pela primeira vez mantiveram-se em grande medida estáveis, exceto na República Checa

CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS EM TRATAMENTO

Características



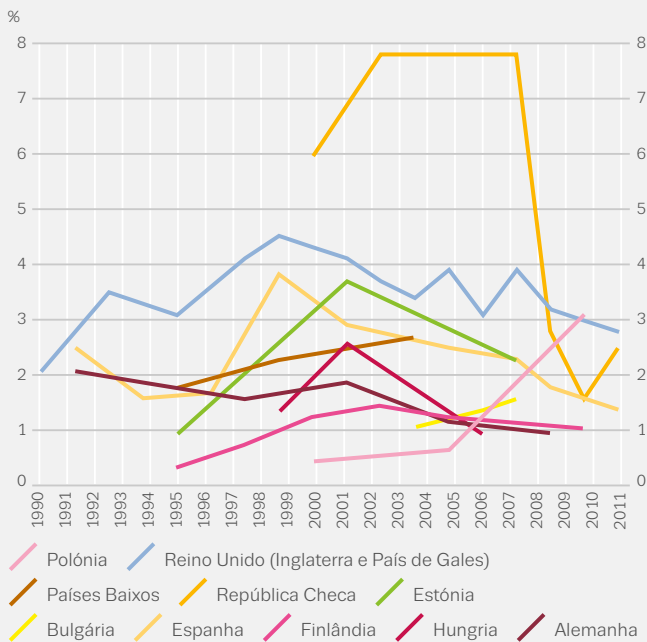
Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



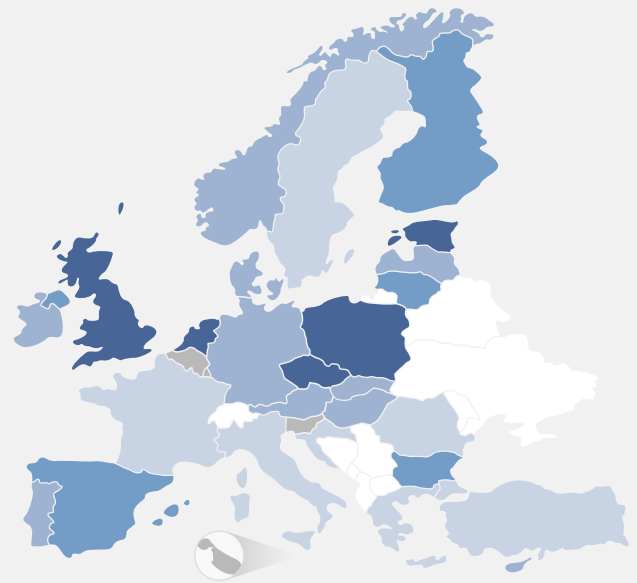
NB: As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de anfetaminas como droga principal. As tendências referem-se aos que iniciam o tratamento pela primeira vez devido ao consumo de anfetaminas como droga principal. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 2.6

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



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



% 0-0,5 0,51-1,0 1,1-2,0 >2,0 Sem dados

e na Eslováquia, que comunicaram um aumento dos consumidores de metanfetamina em tratamento pela primeira vez.

| *Ecstasy*: baixa procura de tratamento

O *ecstasy* refere-se normalmente à substância sintética MDMA. Esta droga é sobretudo consumida sob a forma de comprimidos, mas às vezes está disponível em pó, podendo ser ingerida, inalada ou (raramente) injetada. O consumo de *ecstasy* está tradicionalmente ligado aos contextos de música eletrónica e de dança e concentrado entre os jovens adultos, em especial do sexo masculino. Entre os problemas associados ao consumo desta droga incluem-se a hipertermia aguda e problemas de saúde mental. As mortes relacionadas com o *ecstasy* são raras.

Estima-se que 1,8 milhões de jovens adultos tenham consumido *ecstasy* no último ano, variando as estimativas nacionais entre menos de 0,1 % e 3,1 %. Normalmente, o consumo desta droga atingiu um pico no início ou em meados da década de 2000, para depois diminuir (Figura 2.6). Entre 2006 e 2011, a maioria dos países comunicou tendências estáveis ou decrescentes do consumo de *ecstasy*. Com exceção da Polónia, este declínio continua a observar-se nos países que comunicam dados de inquéritos desde 2010. Em 2011, poucos consumidores iniciaram o tratamento devido

a problemas relacionados com o *ecstasy*: este foi mencionado como droga principal por menos de 1 % (cerca de 600 utentes) das pessoas que iniciaram o tratamento pela primeira vez na Europa.



As catinonas sintéticas, nomeadamente a mefedrona, se podem ter implantado no mercado de estimulantes ilícitos de alguns países

Mefedrona: uma nova concorrente no mercado de estimulantes

Há indícios de que as catinonas sintéticas, nomeadamente a mefedrona, se podem ter implantado no mercado de estimulantes ilícitos de alguns países. Por enquanto, porém, só o Reino Unido possui inquéritos repetidos que incluam essas drogas. Nos dados mais recentes, 1,1 % dos adultos (16–59 anos) da Inglaterra e do País de Gales afirmaram ter consumido mefedrona no último ano, o que a coloca em quarto lugar entre as drogas ilícitas mais consumidas. A prevalência do consumo desta droga no último ano entre os jovens de 16 a 24 anos era idêntica à do *ecstasy* (3,3 %), a terceira droga mais prevalente nesta faixa etária. Constatou-se, porém, uma diminuição dos níveis de consumo em todas as faixas etárias, comparativamente ao inquérito de 2010/2011.

De um modo mais geral, continuam a ser comunicados casos de mortalidade e morbidade relacionados com a mefedrona na Europa, embora os níveis sejam relativamente baixos. Alguns países também referem o consumo injetável de mefedrona, MDPV e outras catinonas sintéticas entre grupos de consumidores problemáticos de droga e utentes dos serviços de tratamento da toxicod dependência (Hungria, Áustria, Roménia e Reino Unido).

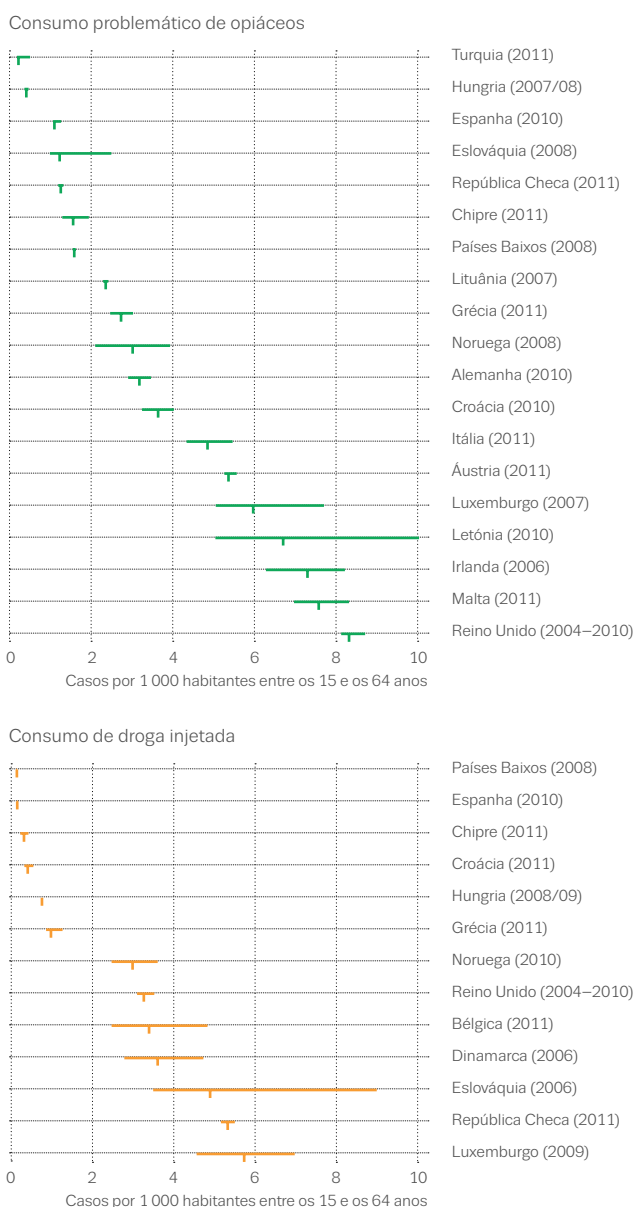
Alucinogénios, GHB e cetamina: ainda presentes

Existem várias substâncias psicoativas com propriedades alucinogénias, anestésicas e depressoras no mercado de drogas ilícitas da Europa: estas substâncias podem ser consumidas individualmente, associadas a outras drogas mais comuns ou em sua substituição. Os níveis de prevalência globais do consumo de cogumelos alucinogénios e de LSD na Europa têm-se mantido, de um modo geral, baixos e estáveis há muitos anos. Entre os jovens adultos (15–34 anos), os inquéritos nacionais produziram estimativas da prevalência do consumo de cogumelos alucinogénios no último ano que variam entre 0 % e 2,2 %, e de LSD entre 0 % e 1,7 %.

Desde meados da década de 1990 que o consumo recreativo de cetamina e de ácido gama-hidroxibutírico (GHB) tem sido referido entre alguns subgrupos de consumidores de droga na Europa. Existe um reconhecimento crescente dos problemas de saúde relacionados com estas substâncias, como é o caso dos danos causados às vias urinárias pelo consumo prolongado de cetamina. A perda de consciência e a dependência são riscos ligados ao consumo de GHB, cuja síndrome de abstinência já se encontra documentada. Quando existem, as estimativas nacionais da prevalência do consumo de GHB e de cetamina, tanto entre a

FIGURA 2.7

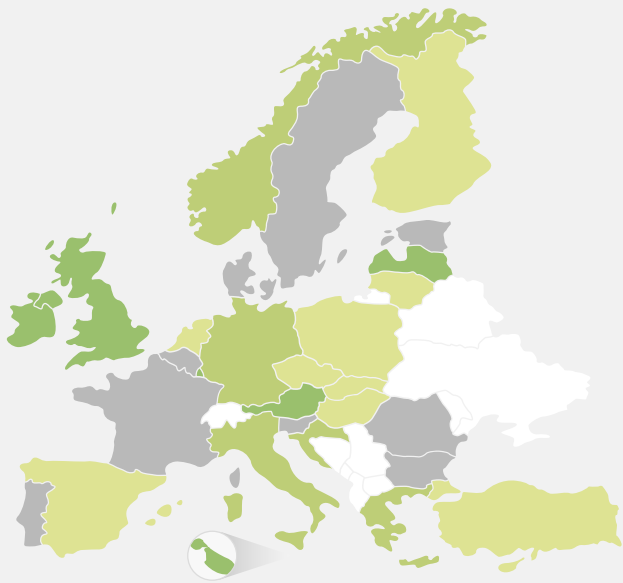
Estimativas nacionais da prevalência do consumo problemático de droga e do consumo de droga injetada



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

FIGURA 2.8

Estimativas do consumo problemático de opiáceos na Europa



Taxa por 1 000 0,0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Sem dados
NB: Os dados da Polónia e da Finlândia são relativos a 2005.

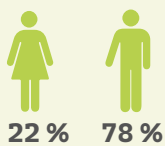
população adulta como entre a população escolar, permanecem baixas. No Reino Unido, 1,8 % dos jovens dos 16 aos 24 anos mencionaram ter consumido cetamina no último ano, mantendo-se esses níveis estáveis entre 2008 e 2012, embora tenham registado um aumento de 0,8 % em 2006. Os inquéritos específicos efetuados em locais de diversão noturna referem níveis mais elevados de prevalência do consumo ao longo da vida. Por exemplo, um inquérito a frequentadores de clubes noturnos dinamarqueses indicou que 10 % dos inquiridos já tinham experimentado cetamina. No Reino Unido, entre os indivíduos que responderam a um inquérito realizado através da Internet, e que foram identificados como frequentadores regulares de discotecas, 40 % disseram ter consumido cetamina e 2 % GHB, no último ano.

Opiáceos: mais de 1,4 milhões de consumidores problemáticos

O consumo de opiáceos continua a ser responsável por uma percentagem desproporcionadamente elevada da mortalidade e da morbilidade resultantes do consumo de droga na Europa. O opiáceo mais consumido é a heroína, que pode ser fumada, inalada ou injetada. No mercado ilícito também estão disponíveis vários outros opiáceos sintéticos, como a buprenorfina, a metadona e o fentanil.

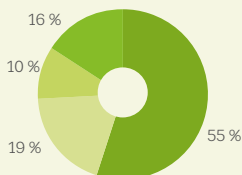
CONSUMIDORES DE HEROÍNA EM TRATAMENTO

Características



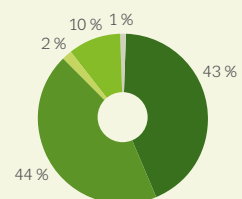
Idade média no início do consumo **22**

Idade média no início do tratamento **35**



Frequência do consumo

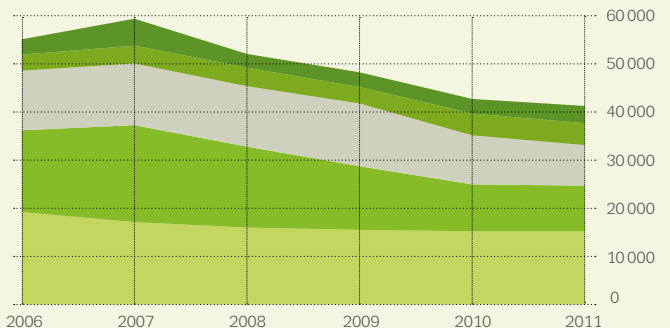
- Diário
- Duas a seis vezes por semana
- Uma vez por semana ou menos
- Não consumida no último mês/ocasional



Principal via de administração

- Injetada
- Fumada
- Comida/bebida
- Inalada
- Outra

Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez

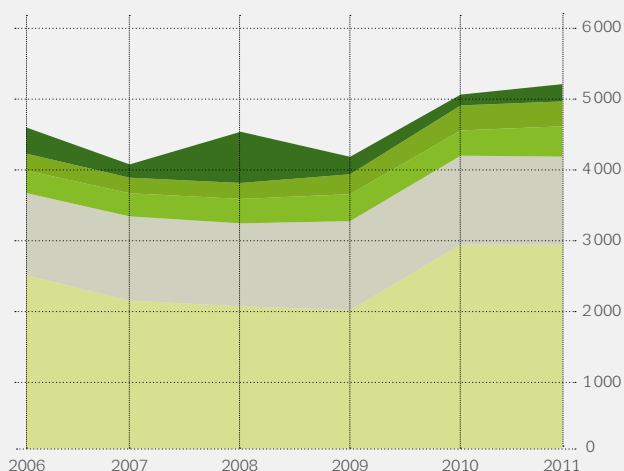


Reino Unido Itália Outros países Espanha Alemanha

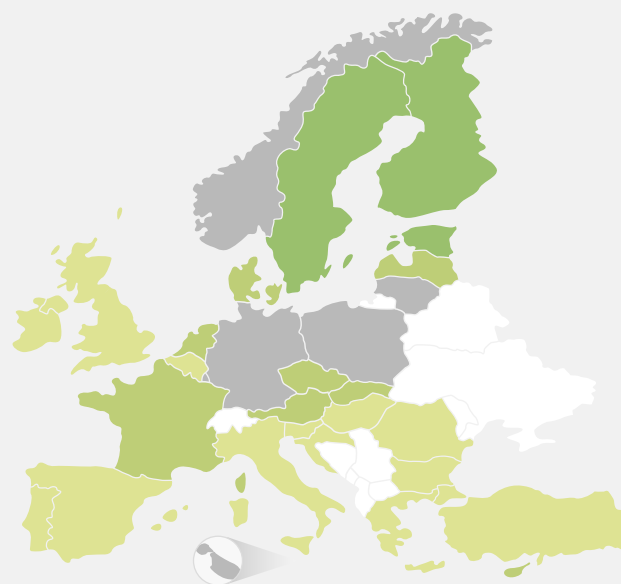
NB: As características referem-se a todos os utentes que iniciam o tratamento devido ao consumo de heroína como droga principal. As tendências referem-se aos utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez por consumo de heroína como droga principal. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

FIGURA 2.9

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



Reino Unido Outros países França
Espanha Itália



Percent 0-10 11-50 >50 Sem dados

A maioria dos consumidores de opiáceos também consome outras drogas e os valores relativos à prevalência são mais elevados nas zonas urbanas e entre os grupos socialmente marginalizados. Para além dos problemas de saúde, de um modo geral, os consumidores de opiáceos que iniciam o tratamento mencionam níveis mais altos de situações de sem abrigo e desemprego, bem como níveis inferiores de instrução, do que os consumidores de outras drogas.

A Europa passou por diversas vagas de dependência da heroína, a primeira das quais afetou muitos países da Europa Ocidental a partir de meados da década de 1970, tendo a segunda vaga afetado a Europa Central e Oriental

de meados a finais da década de 1990. Se bem que as tendências tenham variado ao longo da última década, em termos gerais, o recrutamento de novos consumidores de heroína parece estar a diminuir.

Estima-se que a prevalência média do consumo problemático de droga entre a população adulta (15-64 anos) seja de 0,41 %, o equivalente a 1,4 milhões de consumidores problemáticos de droga na Europa em 2011. A nível nacional, as estimativas da prevalência do consumo problemático de droga variam entre menos de um e cerca de oito casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos (Figura 2.7).

Heroína: diminuição dos novos utentes em início de tratamento

Os consumidores de opiáceos (sobretudo heroína) representam 48 % de todos os utentes que, em 2011,

O recrutamento de novos consumidores de heroína parece estar a diminuir

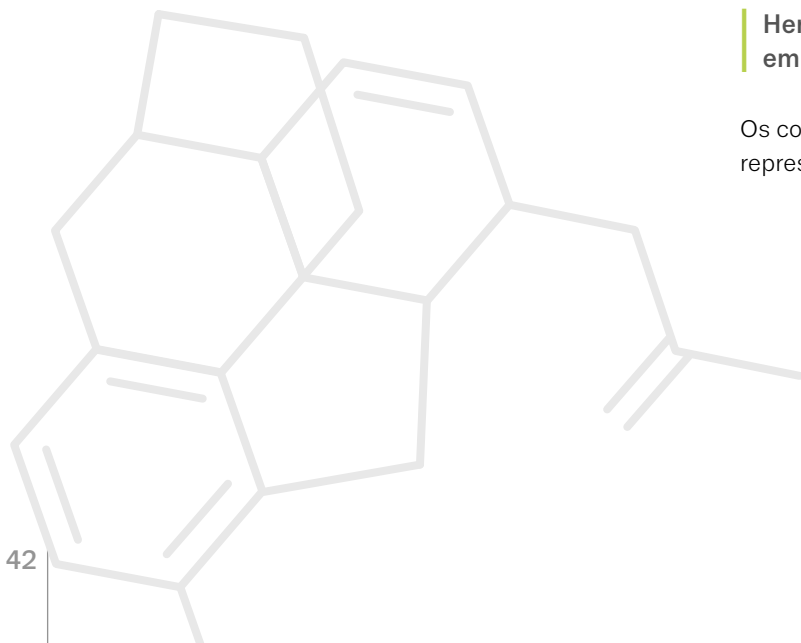
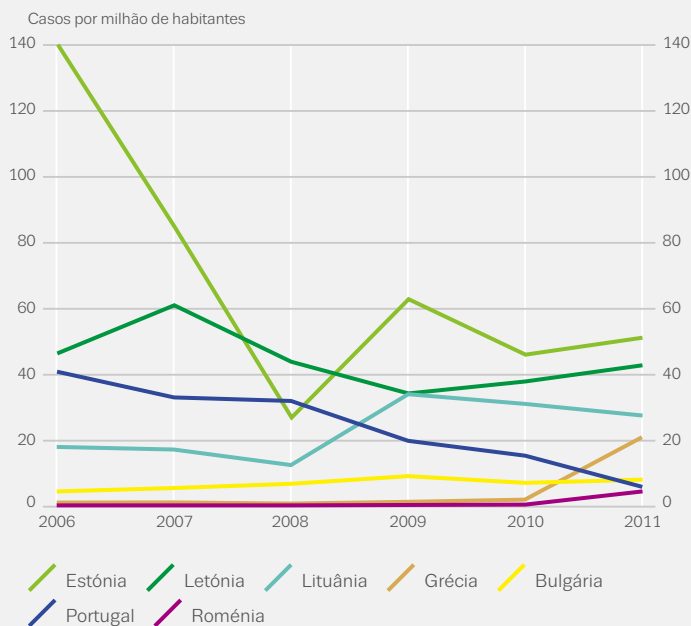
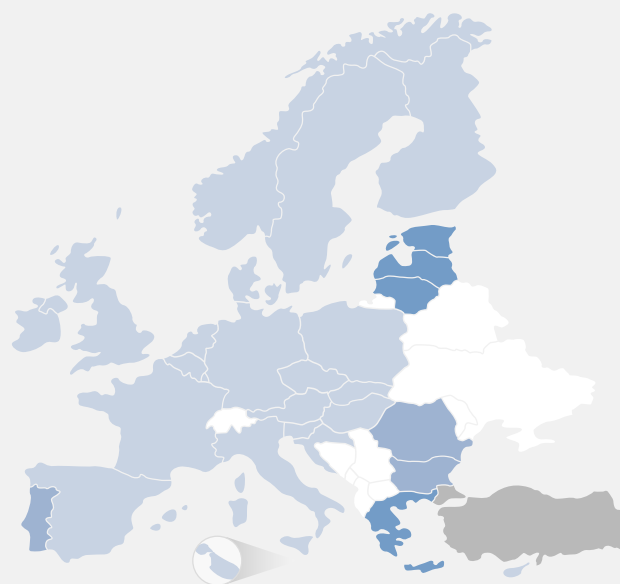


FIGURA 2.10

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



NB: Novos casos de infeção por VIH diagnosticados entre consumidores de droga injetada nos países que comunicaram os índices mais elevados em 2011 (fonte: ECDC)



Casos por milhão de habitantes: <5 5-10 >10 Sem dados

iniciaram um tratamento especializado na Europa (197 000 utentes) e cerca de 30 % dos que iniciaram o tratamento pela primeira vez. Em termos de tendências, os números globais de novos utentes consumidores de heroína estão a diminuir na Europa, após o valor máximo de 59 000 utentes atingido em 2007, para 41 000 em 2011, sendo as reduções mais visíveis nos países da Europa Ocidental. Globalmente, afigura-se que o recrutamento de novos consumidores de heroína poderá ter diminuído e que essa diminuição está agora a afetar a procura de tratamento.

Outros opiáceos que não a heroína: um desafio em alguns países

Em 2011, onze países europeus comunicaram que 10 % ou mais dos utentes que iniciaram o tratamento devido ao consumo de opiáceos como droga principal consumiam outros opiáceos que não a heroína, incluindo fentanil, metadona e buprenorfina (Figura 2.9). Em alguns países, estas drogas já constituem a forma mais comum de consumo de opiáceos: na Estónia, a maioria dos que iniciam o tratamento devido ao consumo de opiáceos consome fentanil ilícito, enquanto na Finlândia a maioria dos utentes consumidores de opiáceos tem a buprenorfina como droga principal.

Consumo de droga injetada: um declínio prolongado

Os consumidores de droga injetada são dos que correm maiores riscos de sofrer problemas de saúde devido ao seu consumo, tais como infeções transmitidas por via sanguínea ou *overdoses*. O consumo de droga injetada está normalmente associado aos opiáceos, embora o consumo de anfetaminas injetadas constitua um problema grave em alguns países. Treze países possuem estimativas recentes da prevalência do consumo de droga injetada, que variam desde menos de um a aproximadamente seis casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Entre os utentes que iniciam o tratamento especializado, 38 % dos consumidores de opiáceos e 24 % dos consumidores de anfetamina afirmam injetar a droga. Os níveis de

Os consumidores de droga injetada são dos que correm maiores riscos de sofrer problemas de saúde devido ao seu consumo

consumo injetável entre os utentes consumidores de opiáceos variam de país para país, entre menos de 9 % nos Países Baixos e mais de 93 % na Letónia. Entre 2006 e 2011, verificou-se uma diminuição global da percentagem de consumidores de droga injetada entre os utentes que iniciam o tratamento pela primeira vez por consumo de heroína, mas os dados mais recentes mostram um pequeno aumento.

Surtos ameaçam o declínio prolongado do VIH

O consumo injetável de drogas continua a ser um importante mecanismo de transmissão de doenças infetocontagiosas, incluindo o VIH/SIDA e a hepatite C. Os dados quantitativos mais recentes mostram que o prolongado declínio do número de diagnósticos de novos casos de VIH na Europa poderá ser interrompido em resultado dos surtos ocorridos entre os consumidores de droga injetada na Grécia e na Roménia (Figura 2.10). Em 2011, o índice médio de casos de infeção por VIH

recentemente diagnosticados e atribuídos ao consumo injetável de droga era de 3,03 por milhão de habitantes. Embora esses dados estejam sujeitos a revisão, houve 1 507 novos casos diagnosticados em 2011, um pouco mais do que em 2010, rompendo a tendência decrescente globalmente observada desde 2004.

O total europeu oculta diferenças importantes quanto aos níveis e tendências dos novos casos de VIH diagnosticados em cada um dos países. Em 2011, a Grécia e a Roménia foram responsáveis por 353 diagnósticos, ou seja, 23 % do total, enquanto em 2010 estes países representavam pouco mais de 2 % (31/1 469). A Bulgária, a Estónia e a Letónia comunicaram, em 2011, um ligeiro aumento dos índices de novos casos de infeção por VIH diagnosticados entre consumidores de droga injetada, ao passo que, pelo contrário, os índices comunicados pela Irlanda, Espanha e Portugal continuaram todos a diminuir, em sintonia com a tendência decrescente observável desde 2004.

Hepatite e outras infeções: questões de saúde importantes

A hepatite viral e, em especial, a infeção causada pelo vírus da hepatite C (VHC) têm uma elevada prevalência entre os consumidores de droga injetada de toda a Europa. Os níveis de anticorpos do VIH entre as amostras nacionais destes consumidores analisadas em 2010–2011 variaram entre 18 % e 80 %, referindo oito dos doze países com dados nacionais uma taxa de prevalência superior a 40 % (Figura 2.11). Uma prevalência igual ou superior a este nível pode indicar a existência de possibilidades de ocorrência de novos surtos de transmissão do VIH relacionados com o consumo injetável. Entre os países que dispõem de dados sobre as tendências nacionais para o período de 2006–2011, observou-se um decréscimo da prevalência do VHC entre os consumidores de droga injetada em três países (Itália, Portugal e Noruega), enquanto noutros dois (Grécia e Chipre) se registou um aumento.

Em média, nos 18 países com dados disponíveis para o período de 2010–2011, o consumo de droga injetada é responsável por 58 % dos casos de VHC diagnosticados e por 41 % dos casos agudos notificados (em que a categoria de risco é conhecida). Relativamente à hepatite B, os consumidores de droga injetada representam 7 % dos casos diagnosticados e 15 % dos casos agudos notificados. O consumo de droga pode ser um fator de risco para outras doenças infetocontagiosas, incluindo a hepatite A e D, as doenças sexualmente transmissíveis, a tuberculose, o tétano e o botulismo. Esporadicamente,

FIGURA 2.11

Prevalência de anticorpos de VHC entre os consumidores de droga injetada, 2010/2011

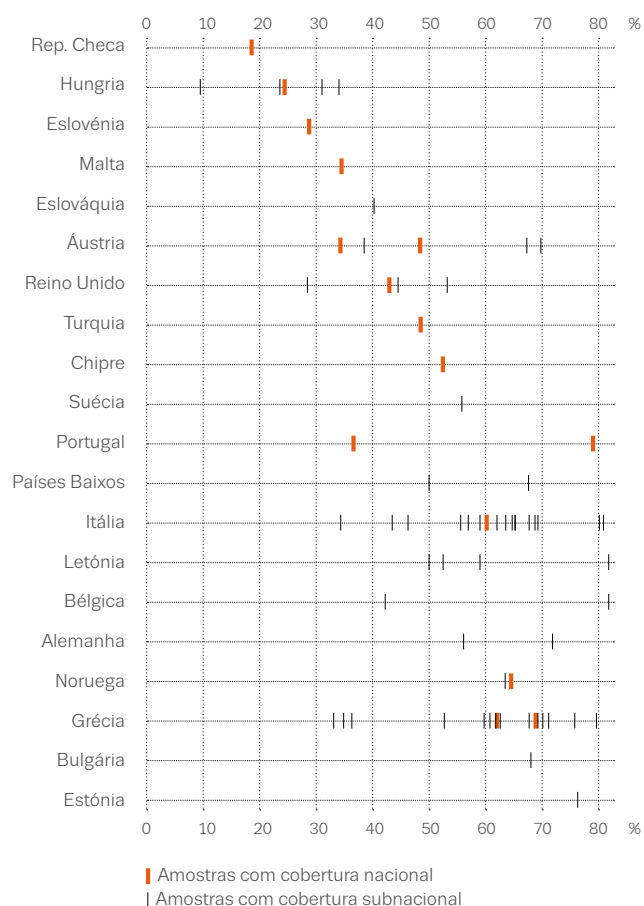
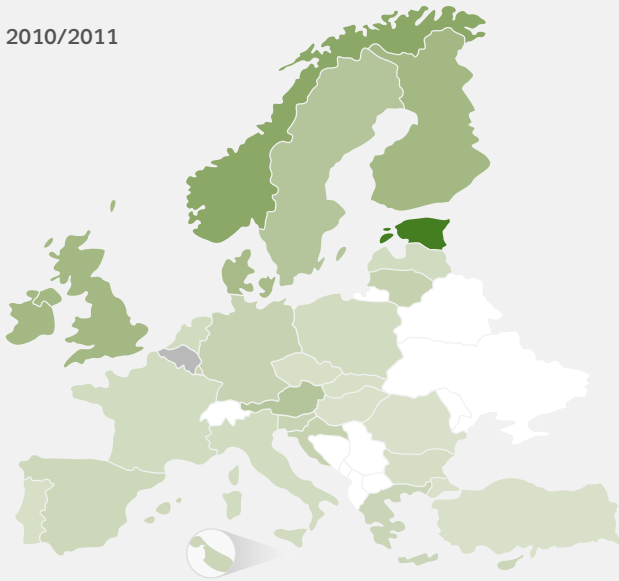


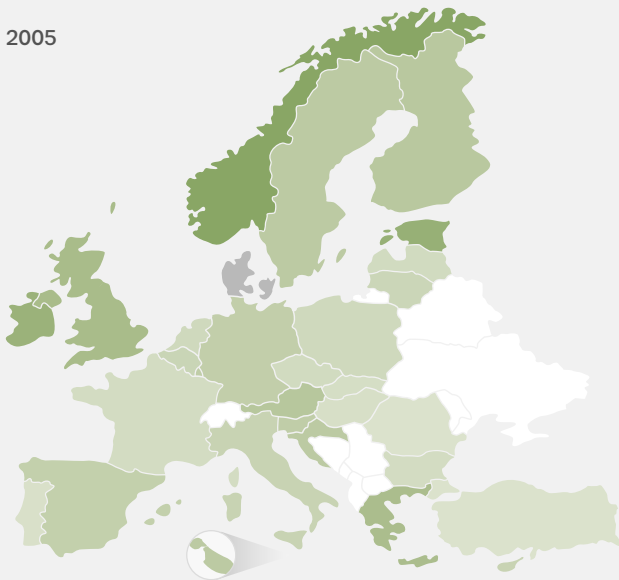
FIGURA 2.12

Taxas de mortalidade induzida pela droga entre a população adulta (15–64 anos)

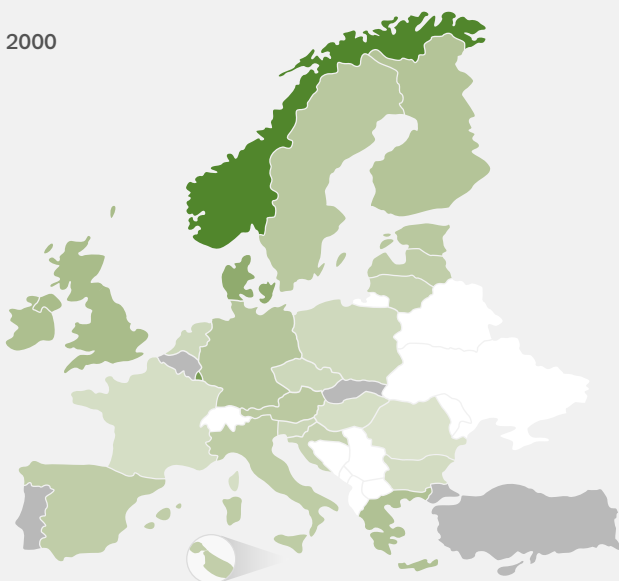
2010/2011



2005



2000



1 17 51 85 119 136
Casos por milhão de habitantes

Sem dados

também são notificados na Europa surtos de infeção por antraz, provavelmente causados por heroína contaminada. Por exemplo, entre junho de 2012 e inícios de março de 2013, foram notificados 15 casos de antraz relacionados com a droga, sete dos quais mortais. Estes casos podem estar relacionados com um surto anterior de casos de antraz, reportado em 2009/2010.

**Mortes relacionadas com a droga:
não são só as overdoses**

O consumo de droga é uma das principais causas de mortalidade entre os jovens na Europa, tanto diretamente, através de *overdoses* (mortes induzidas pela droga), como indiretamente, através de doenças e acidentes, a violência e o suicídio. A maioria dos estudos de coortes de consumidores problemáticos de droga mostra taxas de mortalidade na ordem de 1 %–2 % por ano, o que representa um excesso de mortalidade 10 a 20 vezes superior ao esperado. Uma análise recente do EMCDDA estimou que morrem 10 000 a 20 000 consumidores de opiáceos por ano na Europa. A maioria das mortes ocorre entre homens na faixa etária dos trinta aos trinta e nove anos, mas a idade, as taxas de mortalidade e as causas de morte variam consoante os países e ao longo do tempo.

Foram reportadas cerca de 6 500 mortes por overdose em 2011, o que representa uma diminuição relativamente a 7 000 casos registados em 2010 e 7 700 casos em 2009

A mortalidade relacionada com o VIH é a causa indireta de morte mais bem documentada entre os consumidores de droga. A estimativa mais recente sugere que, em 2010, cerca de 1 700 pessoas morreram de VIH/SIDA atribuível ao consumo de droga injetada na Europa e que esta tendência é decrescente. As doenças hepáticas, sobretudo devidas à infeção pelo VHC e frequentemente agravadas pelo elevado consumo de álcool, também são suscetíveis de causar um número considerável de mortes entre os consumidores de droga, embora não existam dados quantitativos a nível europeu. O suicídio, as lesões e o homicídio também contribuem para a mortalidade excessiva entre os consumidores de droga, ainda que, também neste caso, falem estimativas fiáveis.

A principal causa de morte entre os consumidores problemáticos de droga na Europa é a *overdose* de droga e os opiáceos, principalmente a heroína ou os seus metabolitos, estão presentes na maioria dos casos reportados, muitas vezes associados a outras substâncias, como o álcool ou as benzodiazepinas. Entre os outros opiáceos que, para além da heroína, são mencionados nos relatórios toxicológicos incluem-se a metadona, a buprenorfina e o fentanil.

Aproximadamente 90 % das mortes por *overdose* reportados na Europa vitimam pessoas com mais de 25 anos e a média de idades dessas vítimas está a aumentar, o que sugere um envelhecimento da coorte de consumidores problemáticos de droga. Os homens são os mais atingidos pelas mortes por *overdose* (80 %).

Estima-se que, em 2011, a taxa média de mortalidade causada por *overdoses* na Europa tenha sido de 18 mortes por milhão de habitantes com idades compreendidas entre 15 e 64 anos. Em seis países, as taxas foram superiores a 40 mortes por milhão de habitantes, sendo as mais elevadas reportadas pela Noruega (73 por milhão) e pela Estónia (136 por milhão) (Figura 2.12).

A maior parte dos países comunicou uma tendência crescente das mortes por *overdose* entre 2003 e 2008/2009, altura em que os níveis globais estabilizaram e começaram depois a diminuir. Globalmente, foram reportadas cerca de 6 500 mortes por *overdose* em 2011, o que representa uma diminuição relativamente a 7 000 casos registados em 2010 e 7 700 casos em 2009. No entanto, a situação varia de país para país, havendo alguns que ainda comunicam aumentos.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2012

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

Fentanyl in Europe. Trendspotter study do EMCDDA.

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, Tema específico.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Tema específico.

Trends in injecting drug use in Europe, Tema específico.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Tema específico.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monografias do EMCDDA.

Publicações do EMCDDA e do ESPAD

2012

Resumo Relatório ESPAD 2011.

Publicações do EMCDDA e do ECDC

2012

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

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

3

As respostas às drogas podem ser classificadas, em termos gerais, como atividades de redução da procura de droga ou atividades de redução da oferta de droga

Respostas

As respostas às drogas podem ser classificadas, em termos gerais, como atividades de redução da procura de droga ou atividades de redução da oferta de droga. Nas primeiras, incluem-se as intervenções nos domínios da saúde e social, como a prevenção, a redução de danos, o tratamento e a reintegração social. As segundas abrangem a aplicação da legislação em matéria de droga, principalmente pela polícia, as autoridades aduaneiras e o sistema judicial, com o objetivo fundamental de reduzir a disponibilidade das drogas.

Monitorização das respostas relacionadas com a droga

As respostas às drogas são presentemente monitorizadas através de uma combinação de fontes de dados de rotina, avaliações nacionais e avaliações de peritos. Os dados relativos às respostas nos domínios da saúde e social incluem estimativas sobre a oferta de tratamento de substituição de opiáceos e a distribuição de agulhas e seringas. Além disso, as análises de dados científicos, como as fornecidas pela Cochrane Collaboration, facultam informação sobre a eficácia das intervenções de saúde pública. Podem encontrar-se mais informações sobre os dados aqui apresentados e os dados científicos subjacentes a essas respostas no sítio do EMCDDA, no Boletim Estatístico e no Portal de boas práticas.

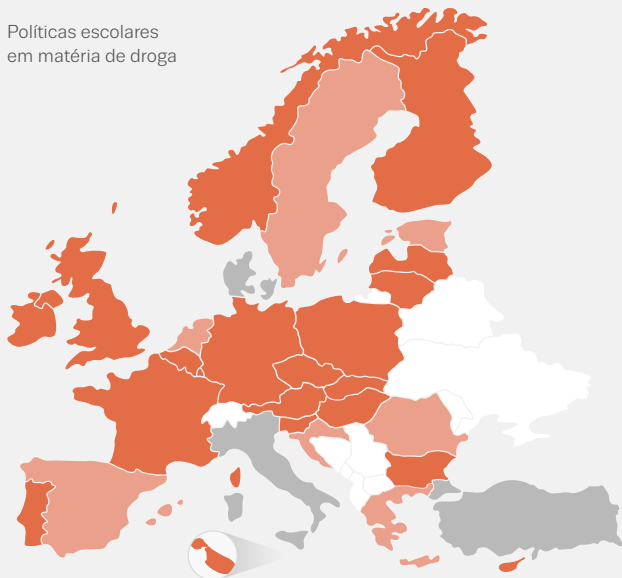
Progressos no sentido de uma prevenção cientificamente fundamentada nas escolas

Utilizam-se várias estratégias de prevenção para combater o consumo de droga e os problemas relacionados com a droga. As abordagens ambientais e universais são direcionadas para a população em geral, as de prevenção seletiva para os grupos vulneráveis e as de prevenção

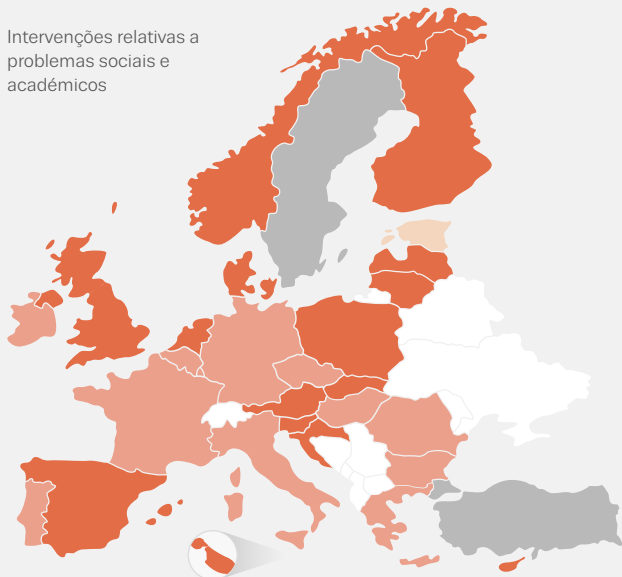
FIGURA 3.1

Disponibilidade de intervenções específicas de prevenção da toxicodependência nas escolas (avaliações de peritos, 2010)

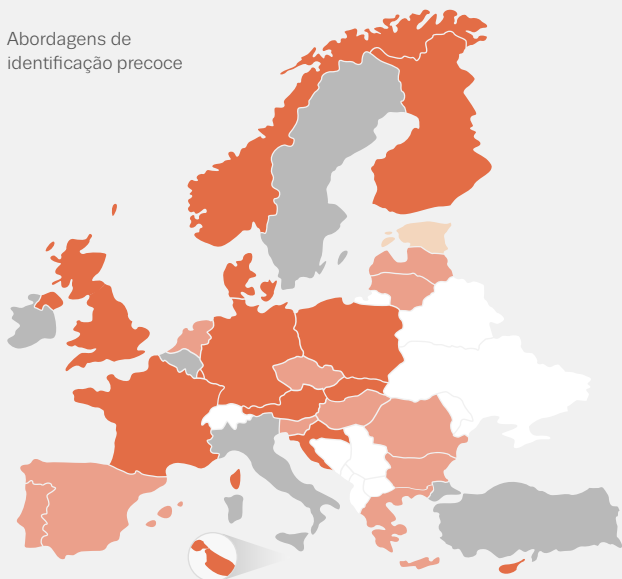
Políticas escolares em matéria de droga



Intervenções relativas a problemas sociais e académicos



Abordagens de identificação precoce



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

específica para as pessoas em risco. Na Europa, a maior parte das atividades de prevenção tende a realizar-se nas escolas (Figura 3.1), embora também tenham lugar noutros contextos.

Os dados sugerem que as estratégias de prevenção ambiental, que visam alterar os contextos culturais, sociais, físicos e económicos, podem ser eficazes na mudança das crenças normativas e, conseqüentemente, do consumo de substâncias. Na Europa em geral, o recurso a intervenções ambientais em contextos escolares continua a ser raro. Em alguns domínios, porém, como a promoção de ambientes escolares protetores e a elaboração de políticas escolares em matéria de droga (p. ex., orientações sobre a resposta ao consumo ou à venda de drogas pelos alunos), fizeram-se alguns progressos. Observou-se igualmente uma pequena evolução no sentido da utilização de abordagens de prevenção universal avaliadas de forma positiva nas escolas, tais como a formação em matéria de competências pessoais e sociais e do abandono de atividades como o fornecimento de informações básicas, cuja eficácia não está convincentemente comprovada. Também tem havido um número crescente de informações sobre a transferência bem-sucedida de programas de prevenção norte-americanos e europeus que mereceram uma avaliação positiva (p. ex., Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro e Preventure).

As intervenções de prevenção seletiva são direcionadas para grupos vulneráveis de jovens que possam correr maiores riscos de desenvolver problemas de consumo de droga. Os relatórios de peritos indicam que as intervenções junto de alguns grupos vulneráveis aumentaram, de um modo geral, na Europa, com destaque para as atividades dirigidas a alunos com problemas sociais e académicos. As escolas também constituem um contexto importante para a realização de atividades de prevenção específica, incluindo a utilização de abordagens de identificação precoce dos alunos com problemas comportamentais e de consumo de droga.

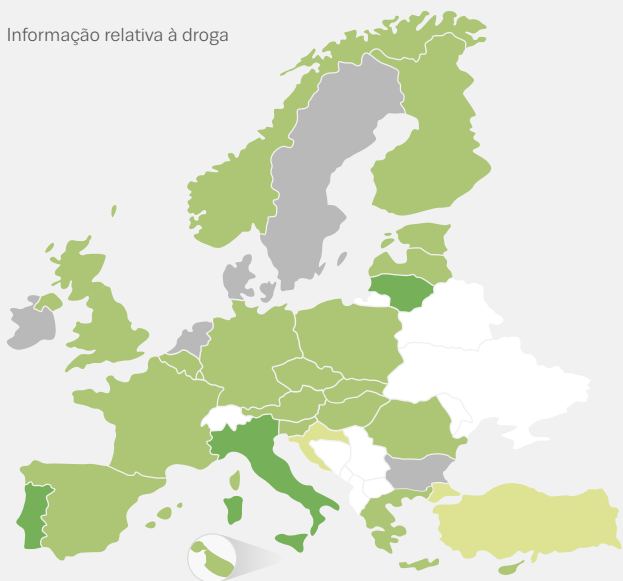
Intervenções em contextos de diversão noturna: necessidade de uma abordagem integrada

É sabido que o consumo de drogas ilícitas, sobretudo de estimulantes, está associado aos contextos de diversão noturna, podendo os jovens que frequentam alguns tipos de eventos envolver-se em padrões de consumo de drogas e de álcool suscetíveis de os colocar em alto risco de sofrerem problemas de saúde, acidentes ou lesões. Uma iniciativa europeia, denominada *Healthy Nightlife Toolbox*, realça a importância de assegurar que os contextos

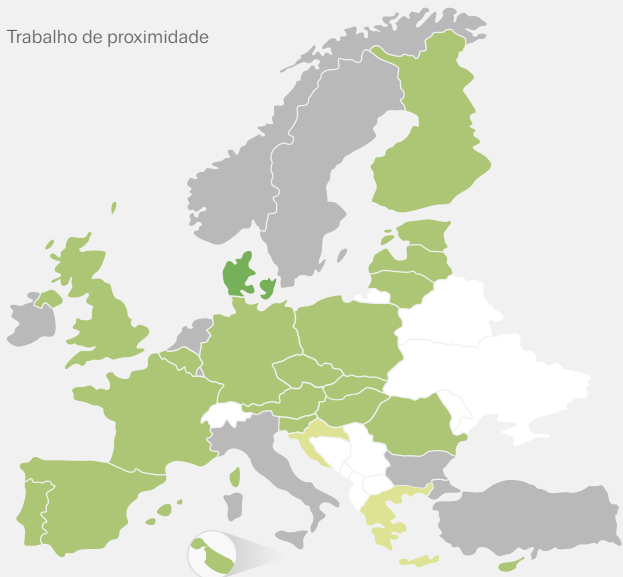
FIGURA 3.2

Disponibilidade de intervenções específicas em locais de diversão noturna (avaliações de peritos, 2011)

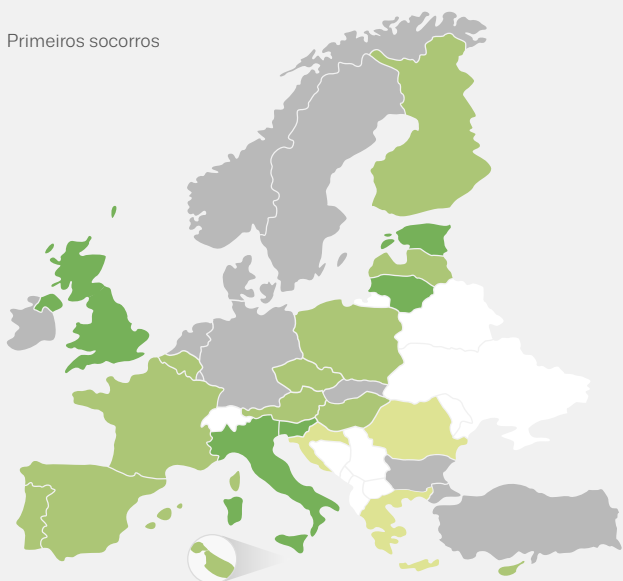
Informação relativa à droga



Trabalho de proximidade



Primeiros socorros



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

recreativos disponham de um vasto conjunto de medidas para combater estes riscos; a abordagem recomendada integra intervenções de prevenção, redução dos danos, regulamentação e aplicação da lei.

A utilização de estratégias de prevenção e redução dos danos em contextos recreativos é referida por pouco mais de um terço dos países. Algumas destas estratégias dirigem-se às pessoas a título individual, através da distribuição de folhetos informativos, de intervenções de educação pelos pares e do recurso a equipas móveis. Outras estratégias estão centradas no ambiente: por exemplo, regulamentação e licenciamento dos estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas, promoção da venda responsável destas bebidas, execução de iniciativas em matéria de gestão de multidões e garantia de acesso a água gratuita e transportes noturnos seguros. Tais medidas são promovidas pela club-health.eu e pelos rótulos de «noites de qualidade» de diversão segura (*safe-partying*) promovidos pelo projeto europeu «Party+». Uma análise da disponibilidade de três intervenções em locais de diversão noturna – fornecimento de materiais informativos, trabalho de proximidade e primeiros socorros – indica, todavia, que na maioria dos países a atividade neste domínio ainda é limitada (Figura 3.2).

Prevenção de doenças infetocontagiosas: o tratamento da hepatite C exige mais atenção

Os consumidores de drogas e principalmente os que as injetam correm o risco de contrair doenças infetocontagiosas através da partilha de equipamentos de

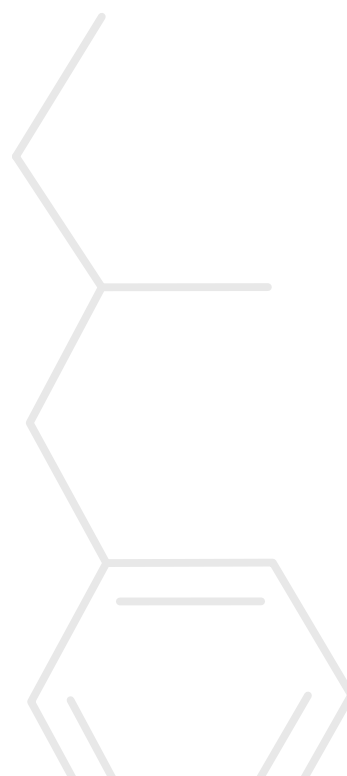
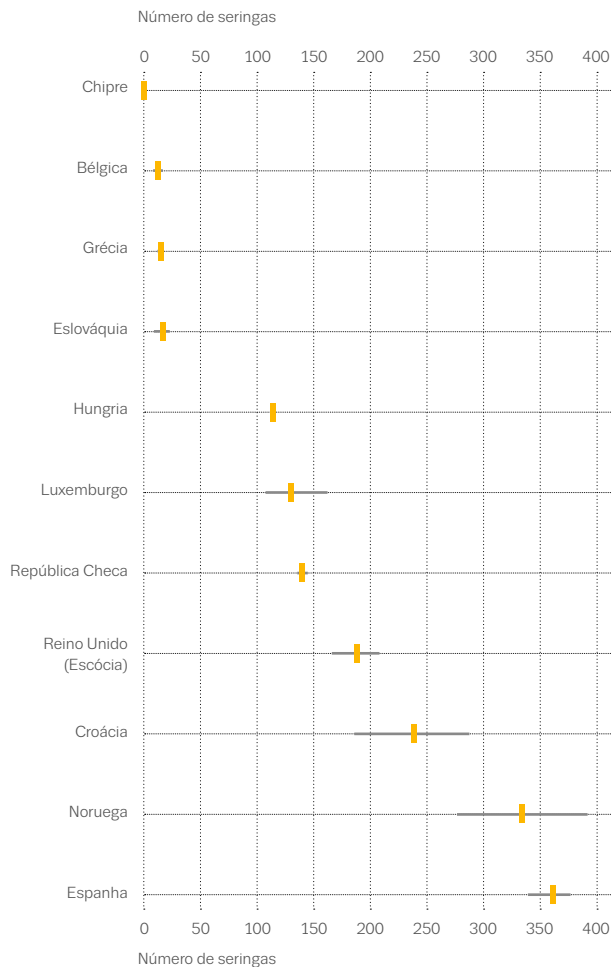


FIGURA 3.3

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



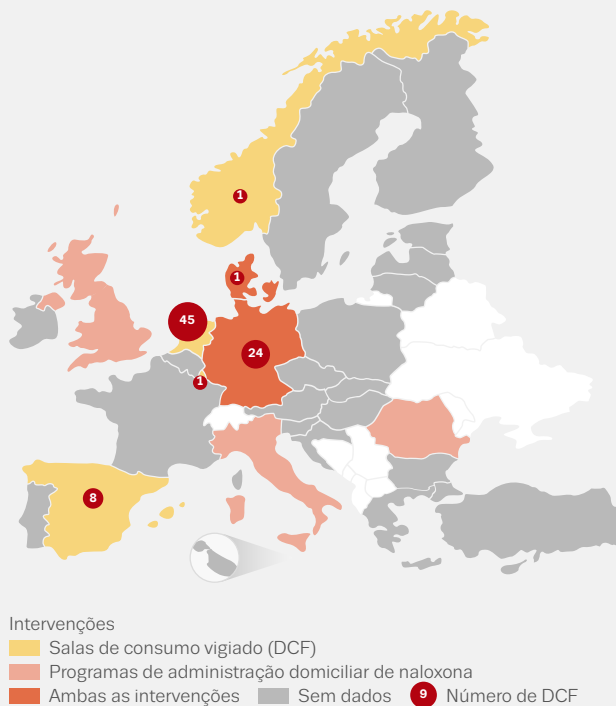
NB: Dados apresentados como estimativas pontuais e intervalos de incerteza.

consumo de droga e de relações sexuais desprotegidas. A prevenção da transmissão do VIH, da hepatite viral e de outras infeções é, por conseguinte, um objetivo importante das políticas europeias em matéria de droga. Quanto aos consumidores de opiáceos injetados, a eficácia do tratamento de substituição neste domínio foi demonstrada por várias análises recentes e parece ser maior quando é associado a programas de troca de agulhas e seringas.

O número de seringas distribuídas através de programas especializados aumentou de 34,2 milhões, em 2005, para 46,3 milhões em 2011, nos 23 países que forneceram dados nacionais referentes a esses dois anos. Nos 11 países que dispõem de estimativas recentes do número de consumidores de droga injetada, os programas especializados distribuíram, em média, 127 seringas por consumidor de droga injetada em 2011, com variações entre menos de 50 e mais de 300 seringas por utilizador (Figura 3.3).

FIGURA 3.4

Países com programas de administração domiciliar de naloxona e salas de consumo vigiado na Europa



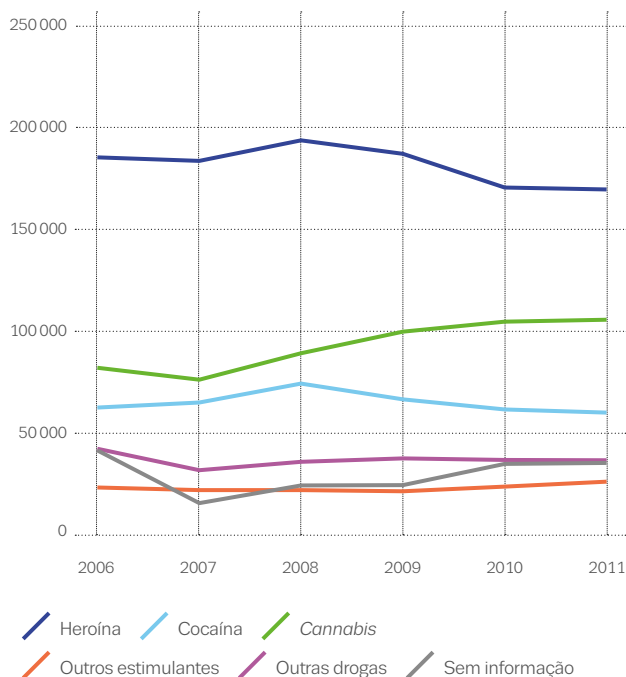
Existe uma vacina segura e eficaz para prevenir a propagação do vírus da hepatite B (VHB), a qual já foi incorporada nos programas nacionais de vacinação de 25 países europeus. Dezanove países também comunicam a disponibilidade de programas específicos de vacinação para o VHB destinados aos consumidores de droga injetada. Em relação à hepatite C, para a qual não existe vacina, aplicam-se medidas de prevenção semelhantes às da transmissão do VIH. Contudo, em alguns países europeus, as iniciativas de realização de análises e aconselhamento dos consumidores de droga injetada sobre a hepatite C ainda são limitadas e insuficientemente financiadas. Os estudos de modelização também sugerem que a submissão dos consumidores infetados ao tratamento antivírico para a hepatite C pode reduzir a transmissão do vírus. Apesar disso, e do crescente número de dados que confirmam a eficácia desse tratamento em consumidores de droga injetada, são relativamente poucos os que atualmente o recebem na Europa.

Prevenção das mortes relacionadas com a droga: um importante desafio de saúde pública

A redução das *overdoses* e de outras mortes relacionadas com a droga continua a ser um importante desafio para a política de saúde pública na Europa. O facto de receberem tratamento da toxicod dependência, em especial o tratamento de substituição de opiáceos,

FIGURA 3.5

Número de utentes que deram entrada nos serviços especializados de tratamento da toxicodpendência, por droga principal

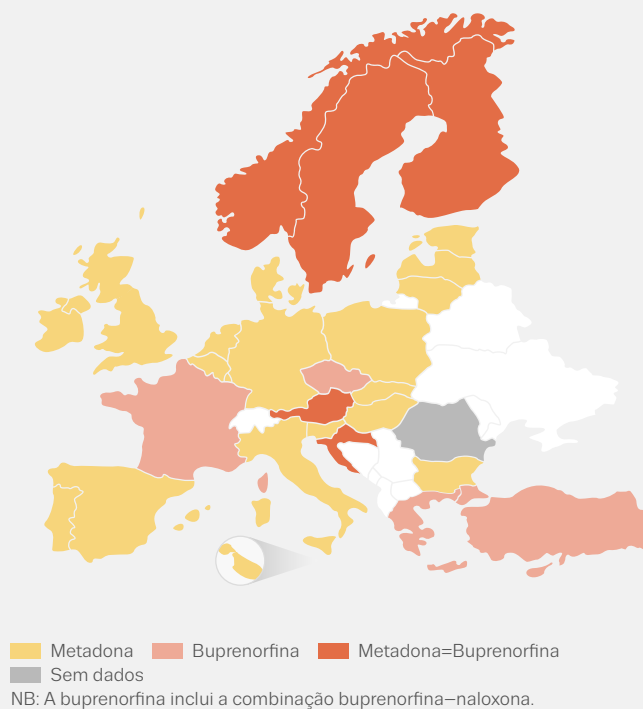


reduz significativamente o risco de mortalidade dos consumidores de droga e a melhoria do acesso ao tratamento e da manutenção no mesmo constitui, notoriamente, uma importante medida de prevenção das *overdoses*. Sabe-se, todavia, que os riscos de *overdose* aumentam para os consumidores de opiáceos quando estes saem da prisão, e de algumas formas de tratamento, provavelmente devido à redução dos níveis de tolerância. Uma abordagem inovadora de combate a estes riscos é a mais ampla disponibilização da naloxona, uma droga antagonista dos opiáceos. Cinco países referem a execução de projetos-piloto ou programas de fornecimento de naloxona para administração domiciliar a consumidores de opiáceos, suas famílias e prestadores de cuidados (Figura 3.4). Um estudo realizado no Reino Unido demonstrou que, com um esforço de formação mínimo, era possível elevar os graus de conhecimento, competências e confiança dos profissionais de saúde, incluindo os ligados à área da toxicodpendência, no que respeita à resposta a *overdoses* de opiáceos e à administração de naloxona.

A maioria dos países refere a divulgação de informações sobre o risco de *overdose* entre os consumidores problemáticos de droga. A avaliação do risco de *overdose* por técnicos de saúde ou da área da toxicodpendência também pode contribuir para a identificação precoce dos consumidores de alto risco, enquanto as salas de consumo vigiado permitem chegar a grupos de

FIGURA 3.6

Medicação de substituição de opiáceos predominante por número de utentes



consumidores de droga marginalizados. Essas salas existem em seis países e podem contribuir para prevenir as mortes por *overdose* e minorar o impacto das *overdoses* não fatais.

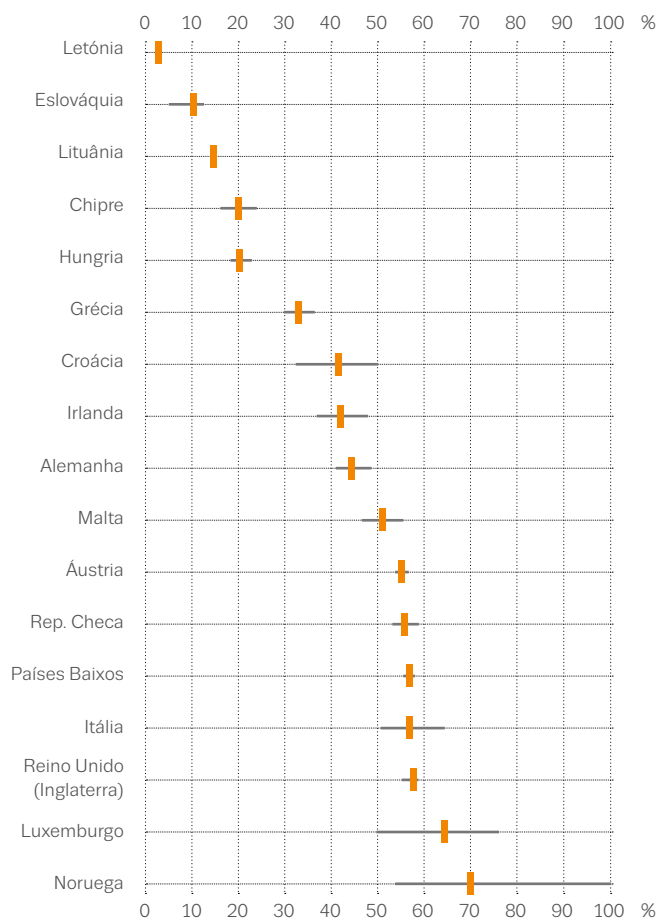
Mais de um milhão de europeus em tratamento da toxicodpendência

Estima-se que, em 2011, pelo menos 1,2 milhões de pessoas tenham recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na Europa. Os consumidores de opiáceos constituem o maior grupo em tratamento, embora os dados relativos aos utentes que iniciaram tratamento (Figura 3.5) indiquem que os consumidores de *cannabis* e de cocaína são, provavelmente, o segundo e o terceiro maiores grupos, embora se observem diferenças de país para país.

As intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação são as principais modalidades de tratamento da toxicodpendência utilizadas na Europa, e o tratamento é maioritariamente prestado em regime ambulatorio, em centros especializados, consultórios de médicos de clínica geral e serviços de baixo limiar de exigência. Uma percentagem significativa, ainda que decrescente, do tratamento da toxicodpendência é prestada em regime de internamento.

FIGURA 3.7

Percentagem de consumidores problemáticos de droga em tratamento de substituição (estimativa)



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

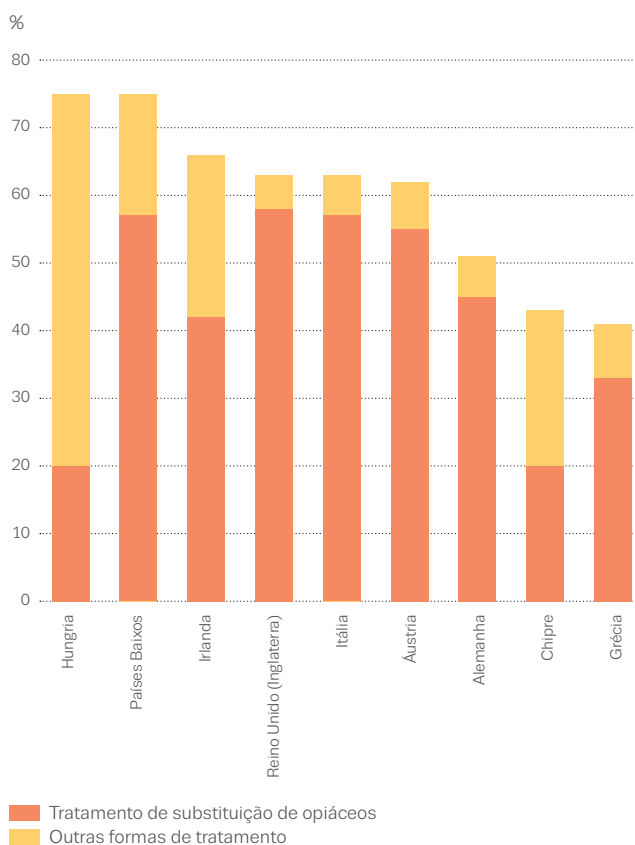
Consumidores de opiáceos: tratamento de substituição é a primeira opção

O tratamento mais comum para a dependência de opiáceos na Europa é o tratamento de substituição, geralmente associado aos cuidados psicossociais e prestado em centros especializados de tratamento em regime ambulatorio ou por médicos de clínica geral. A metadona é o medicamento mais prescrito, chegando a ser administrada a três quartos dos utentes, enquanto a buprenorfina é prescrita à maioria dos restantes, sendo o principal medicamento de substituição em cinco países (Figura 3.6). Menos de 5 % dos tratamentos de substituição disponibilizados na Europa assentam na prescrição de outras substâncias, como a morfina de libertação lenta ou a diacetilmorfina (heroína).

Os dados disponíveis confirmam que o tratamento de substituição de opiáceos, conjugado com os cuidados psicossociais, contribui para manter os doentes em

FIGURA 3.8

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



tratamento e para reduzir o consumo de opiáceos ilícitos, bem como os danos e a mortalidade relacionados com a droga. Foi demonstrado que a metadona, a buprenorfina e a diacetilmorfina são eficazes para interromper o ciclo vicioso de intoxicação e abstinência, ajudando, desse modo, os doentes a estabilizarem e a aderirem a outros tipos de intervenções (o tratamento do VIH/SIDA e da hepatite, por exemplo). Também ficou provado que o tratamento de substituição melhora a qualidade de vida e facilita a reintegração social.

O número total estimado de utentes consumidores de opiáceos a receber tratamento de substituição na Europa é de 730 000 em 2011, tendo registado um aumento em relação aos 650 000 contabilizados em 2008. Este número corresponde, provavelmente, a cerca de 50 % dos consumidores problemáticos de droga na Europa: uma taxa de cobertura estimada comparável à registada na Austrália e nos Estados Unidos. No entanto, as taxas de cobertura observadas no continente europeu apresentam grandes diferenças nacionais, sendo a Letónia, a Eslováquia e a Lituânia os países que comunicam as taxas estimadas mais baixas (3 %–20 %) (Figura 3.7). Cinco países mencionaram a existência de tempos de espera prolongados, de um a seis meses, sendo que na Bulgária e na Grécia o tempo de espera é superior a seis meses.

FIGURA 3.9

Disponibilidade de programas de tratamento específicos para consumidores de cocaína (avaliações de peritos, 2011)

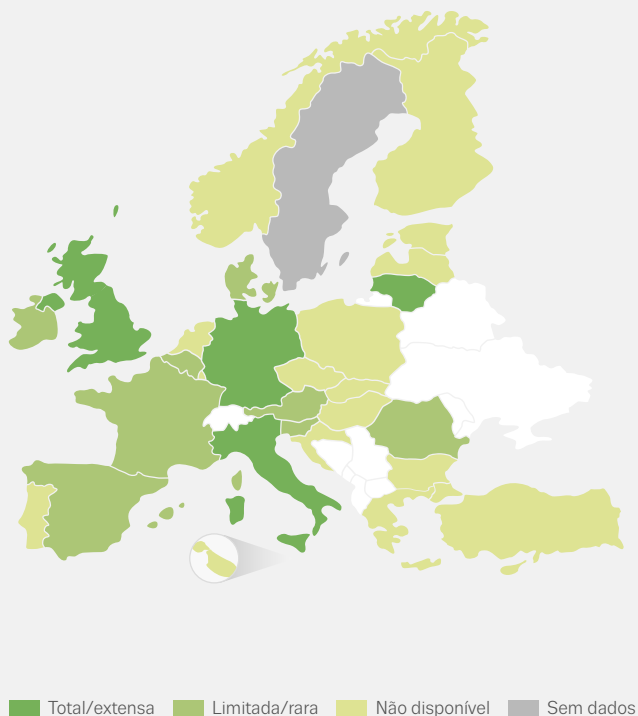
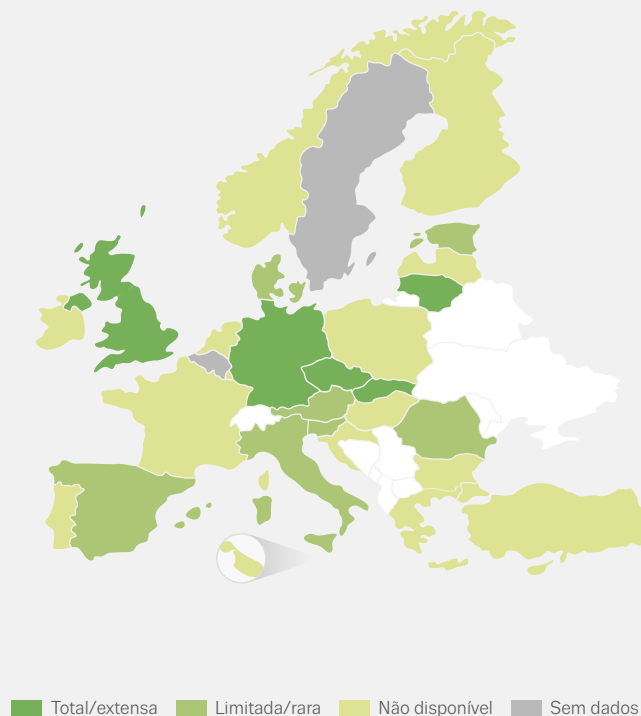


FIGURA 3.10

Disponibilidade de programas de tratamento específicos para os consumidores de anfetaminas (avaliações de peritos, 2011)



Todavia, os surtos de VIH entre consumidores de heroína injetada, ocorridos em 2010, levaram a Grécia a aumentar recentemente a oferta de tratamento de substituição e os tempos de espera diminuíram.

Outro tratamento para consumidores de opiáceos: disponível em todos os países

Em todos os países europeus, é disponibilizado tratamento sem medicamentos de substituição aos consumidores de opiáceos. Este tratamento pode ter lugar em regime ambulatorio ou em centros residenciais e inclui intervenções psicossociais como a terapia cognitivo-comportamental, as comunidades terapêuticas e outras abordagens. Às vezes, o tratamento é antecedido de um programa de desintoxicação que lhes presta assistência farmacêutica para suportarem os sintomas físicos da abstinência. As intervenções cognitivo-comportamentais junto dos consumidores de opiáceos demonstraram alguma eficácia, mas os dados não são suficientemente sólidos para permitir identificar as intervenções mais eficazes. Quanto às comunidades terapêuticas sem drogas, não há provas conclusivas da sua eficácia.

A cobertura das abordagens de tratamento sem medicamentos de substituição varia entre 5 % e mais de 50 % dos consumidores problemáticos de droga, nos nove países que forneceram dados suficientes (Figura 3.8).

Todos estes países possuem taxas de cobertura superiores a 40 % para todos os tipos de tratamento ao dispor dos consumidores problemáticos de opiáceos.

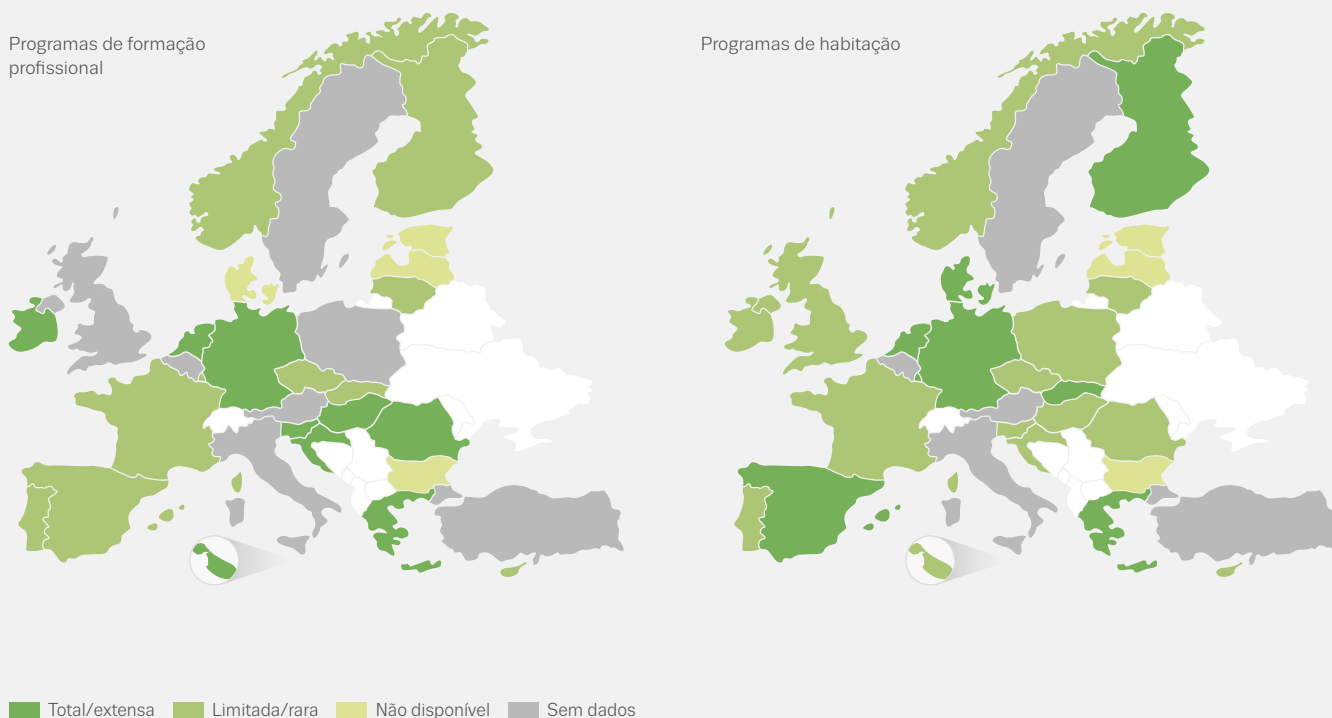
Tratamento dos consumidores de cocaína: existência de programas específicos

As principais opções de tratamento da dependência de cocaína são as intervenções psicossociais, das quais a mais eficaz parece ser a gestão de contingência. Quanto aos medicamentos, os agonistas da dopamina e os antipsicóticos podem ser eficazes na redução do consumo de cocaína.

Embora as pessoas com problemas de consumo de cocaína possam ser atendidas nos serviços de tratamento genéricos, existem programas especializados para consumidores de cocaína ou cocaína-crack em 12 países (Figura 3.9), nomeadamente naqueles que apresentam os níveis mais elevados de consumo dessa droga. Em alguns países, tais programas destinam-se a consumidores de cocaína bem integrados socialmente, que podem ter relutância em recorrer a outros serviços. Na Dinamarca e na Áustria, o tratamento dos consumidores de cocaína também é facultado no âmbito de programas relativos ao policonsumo de droga. A Bulgária, Malta e os Países Baixos dizem estar a planear a oferta de programas de tratamento específicos num futuro próximo.

FIGURA 3.12

Disponibilidade de programas de reintegração social para consumidores de droga em tratamento (avaliações de peritos, 2010)



(9 %). As baixas habilitações escolares também são comuns neste grupo, tendo 36 % completado apenas o ensino básico e 2 % nem sequer este nível de ensino.

Os serviços de reintegração social, que incluem a melhoria das competências sociais, a promoção da educação e da empregabilidade e o suprimento das necessidades de habitação, podem ser prestados em simultâneo com o tratamento da toxicodependência ou após a sua conclusão. Embora a maioria dos países refira a existência desses serviços de reintegração (Figura 3.12), os níveis de oferta são, em geral, insuficientes para as necessidades. Além disso, o acesso aos serviços está muitas vezes condicionado, podendo depender, por exemplo, da abstinência de drogas ou da posse de um alojamento estável, condições suscetíveis de excluir algumas das pessoas mais necessitadas de apoio.

O êxito das medidas de reintegração social depende, com frequência, de uma colaboração eficaz entre diversos tipos de serviços de apoio. Este tema foi objeto de um inquérito recente do EMCDDA, em que 17 de 28 países comunicaram a existência de alguma forma de acordos de parceria entre as agências de tratamento da toxicodependência e os serviços que prestam apoio em domínios como a habitação e o emprego.

Services for prisoners: still incipient

Entre os reclusos registam-se taxas globalmente mais elevadas de consumo de droga e padrões de consumo mais nocivos do que entre a população em geral, como indicam alguns estudos recentes, cujas conclusões apontam para que 5 % a 31 % dos reclusos já tenham consumido drogas injetadas. Ao entrar na prisão, a maioria dos consumidores reduz ou abandona o consumo de drogas. Contudo, as drogas ilícitas conseguem penetrar



FIGURA 3.13

Disponibilidade de tratamento de substituição de opiáceos nas prisões

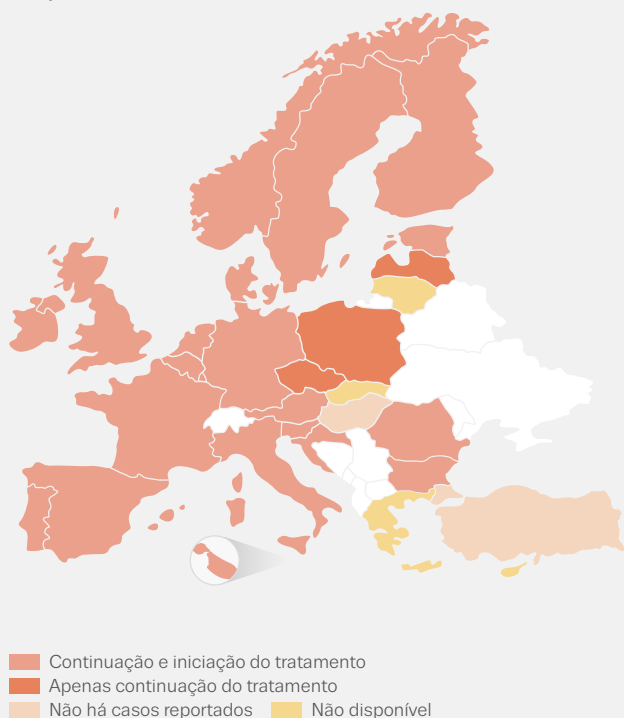
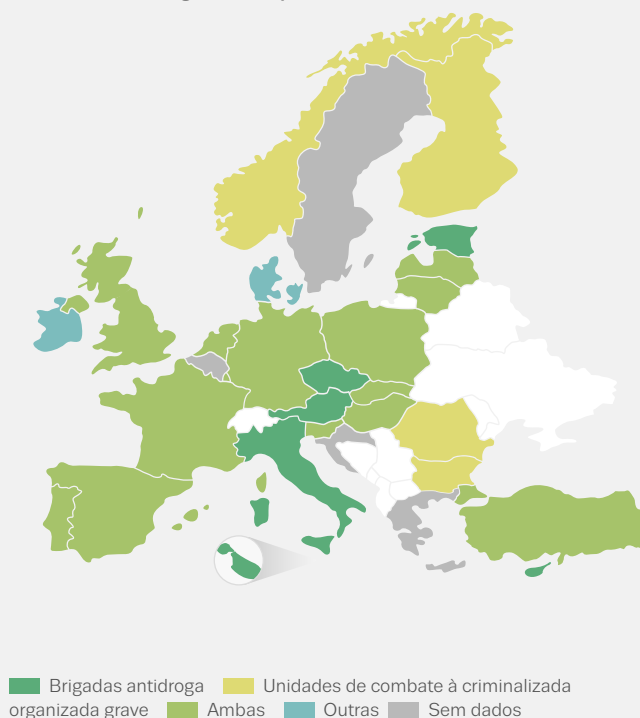


FIGURA 3.14

Tipos de organismos especializados na aplicação da legislação em matéria de droga na Europa



em muitos estabelecimentos prisionais e alguns reclusos continuam ou começam a consumir enquanto cumprem a sua pena.

Dado que os reclusos com problemas de consumo de droga têm, muitas vezes, necessidades de saúde múltiplas e complexas, que podem exigir uma assistência multidisciplinar e especializada por parte dos serviços médicos, a avaliação das necessidades no momento da entrada na prisão constitui uma intervenção importante. A maioria dos países já estabeleceu parcerias interagências, entre os serviços de saúde prisionais e os prestadores de serviços na comunidade, tendo em vista a realização de intervenções de educação para a saúde e de tratamento nas prisões, bem como a continuidade dos cuidados de saúde à entrada e à saída da prisão. Sete países europeus colocaram os serviços de saúde prisionais sob a tutela dos ministérios da saúde. Globalmente, porém, os serviços de tratamento da toxicod dependência prestados nas prisões ainda estão, muitas vezes, aquém dos disponibilizados à comunidade em geral, apesar do compromisso genérico de fazer cumprir o princípio da equivalência dos cuidados.

Os serviços relacionados com a droga prestados nas prisões europeias contemplam várias intervenções, nomeadamente: o fornecimento de informação, aconselhamento e tratamento, medidas de redução dos danos e preparação para a saída. Muitas vezes, realiza-se um rastreio de infeções, em especial do VIH,

aquando da entrada na prisão e, em alguns países, também no momento da saída. Contudo, o rastreio do VHC nem sempre é incluído nos programas de análises existentes. Em contextos prisionais, raramente se distribui equipamento de consumo injetável esterilizado e só quatro países referem a disponibilidade de seringas em, pelo menos, uma prisão.

O tratamento de substituição de opiáceos já existe nas prisões da maior parte dos países, mas a sua introdução tem sido mais lenta do que na comunidade em geral. Uma estimativa recente sugere que, pelo menos, 74 000 reclusos receberam este tratamento durante o ano, embora os níveis de oferta variem consideravelmente de país para país. Também podem existir restrições: por exemplo, alguns países só administram tratamento de substituição aos reclusos que já o estejam a receber antes de iniciarem o cumprimento da pena (Figura 3.13).

Redução da oferta de droga: abandono das brigadas antidroga

Embora as intervenções de redução da procura estejam normalmente documentadas, a recolha sistemática de dados sobre as atividades de redução da oferta é muito rara, não obstante essas atividades consumirem, com frequência, a maior parte dos orçamentos nacionais afetados à luta contra a droga. A aplicação da legislação

em matéria de droga é um componente fundamental da redução da procura e o EMCDDA iniciou recentemente um projeto-piloto destinado a melhorar a descrição e a compreensão do modo como as atividades estão organizadas neste domínio. Como ponto de partida desse projeto procedeu-se ao levantamento dos organismos de aplicação da lei formalmente criados com a missão principal de detetar e investigar as infrações à legislação em matéria de droga. Esses organismos pertencem fundamentalmente a dois tipos: brigadas especificamente dedicadas ao combate à droga e agências de luta contra a criminalidade organizada com um mandato específico de redução da oferta de droga.

Existe, pelo menos, um destes dois tipos de organizações em 26 países, que referiram, no total, mais de 1 000 unidades com mandatos específicos de aplicação da legislação em matéria de droga (Figura 3.14). Segundo as estimativas referentes a 23 países, os agentes especializados no trabalho com drogas ilícitas são, no mínimo, 17 000 e pertencem, na sua maioria, às forças policiais. Embora os números comunicados nem sempre sejam diretamente comparáveis, estima-se que os agentes especializados representem 0,2 % a 3,3 % do total de agentes de aplicação da lei a nível nacional.

A maioria das brigadas antidroga e das agências de combate à criminalidade organizada com um mandato de redução da oferta de droga está agregada às forças policiais, embora também haja algumas ligadas aos serviços aduaneiros. Onze países comunicam ainda a existência de cooperação multiagências, normalmente sob a forma de brigadas ou unidades policiais e aduaneiras conjuntas, mas que, às vezes, também inclui outros organismos, como a guarda costeira ou as agências de controlo das fronteiras. Contudo, estes organismos correspondiam a apenas 42 dos mais de 1 000 identificados.

Apesar de 21 países mencionarem a existência de brigadas especificamente dedicadas à luta contra a droga, os dados sugerem que, de um modo geral, este tipo de unidade especializada está a diminuir na Europa e a dar lugar à criação de agências mais vastas de combate à «criminalidade grave e organizada». Esta evolução reflete, em alguma medida, a registada a nível da UE, uma vez que a oferta de droga é cada vez mais considerada como uma de várias dimensões interligadas da luta contra a criminalidade organizada, designadamente pela Avaliação da Ameaça da Criminalidade Grave e Organizada da Europol e no âmbito do ciclo político do Conselho Europeu para a criminalidade internacional organizada e grave.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2012

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

New heroin-assisted treatment, Insights do EMCDDA.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Tema específico.

Redução da procura de droga: dados globais para ações locais, Drogas em destaque, n.º 23.

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

2011

European drug prevention quality standards, Manual.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Tema específico.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monografias do EMCDDA.

Treatment and care for older drug users, Tema específico.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights do EMCDDA.

2008

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

Publicações do EMCDDA e do ECDC

2011

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

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

4

As políticas de controlo da droga europeias atuam no contexto global criado pelo sistema internacional de controlo assente em três Convenções das Nações Unidas

Políticas de luta contra a droga

Na Europa, compete aos governos e parlamentos nacionais adotar os quadros jurídicos, estratégicos, organizativos e orçamentais necessários para dar resposta aos problemas relacionados com a droga, enquanto a legislação em matéria de droga e as estratégias e os planos de ação plurianuais da União Europeia neste domínio estabelecem o enquadramento para uma ação coordenada. Em conjunto, esses elementos constituem as políticas de luta contra a droga em que os países se baseiam para desenvolver e executar as intervenções de redução da procura e da oferta de droga analisadas no presente relatório.

Monitorização das políticas de luta contra a droga

Entre as principais dimensões políticas monitorizáveis a nível europeu figuram as seguintes: a legislação em matéria de droga e as infrações à mesma, as estratégias e planos de ação nacionais de luta contra a droga, os mecanismos de coordenação e avaliação das políticas, bem como os orçamentos e a despesa pública relacionados com a droga. Os dados são recolhidos através de duas redes do EMCDDA: os pontos focais nacionais e os correspondentes jurídicos. Os dados e as notas metodológicas sobre as infrações à legislação em matéria de droga constam do Boletim Estatístico e podem encontrar-se informações completas sobre Política e legislação europeias em matéria de droga na Internet.

Legislação em matéria de droga: um quadro comum

As políticas de controlo da droga europeias atuam no contexto global criado pelo sistema internacional de controlo assente em três Convenções das Nações Unidas. Este sistema estabelece um quadro para o controlo da produção, do tráfico e da posse de mais de 240 substâncias psicoativas, a maioria das quais com utilização médica reconhecida. As convenções obrigam cada um dos países a tratar a oferta não autorizada como um crime. O mesmo se exige em relação à posse de droga para consumo próprio, mas «sob reserva dos

princípios constitucionais e dos conceitos fundamentais dos respetivos sistemas jurídicos». Esta cláusula não foi uniformemente interpretada pelos países europeus, facto que se reflete nas diferentes abordagens jurídicas existentes neste domínio.

Posse de droga para consumo próprio: abandono das penas de prisão

Na maioria dos países europeus, a posse de droga para consumo próprio (e, às vezes, o consumo em si mesmo) constitui um crime sujeito a pena de prisão. Em alguns deles, porém, apenas é punível com sanções não penais, como multas ou a suspensão da carta de condução. Um fator adicional é a droga em causa. Em dois terços dos países europeus, a legislação nacional prescreve a aplicação da mesma sanção a todas as infrações de posse para consumo próprio, independentemente da substância envolvida. Nos restantes países, a possível sanção varia em função da substância.

Em termos gerais, desde o ano 2000, aproximadamente, que se observa uma tendência em toda a Europa para reduzir a possibilidade de aplicação de penas de prisão em casos de posse de droga para consumo próprio. Alguns países alteraram a sua legislação para eliminar as penas de prisão (por exemplo, Portugal, Eslovénia, Bulgária e, mais recentemente, Croácia), enquanto outros emitiram diretrizes nacionais instruindo as polícias ou o ministério público para aplicarem outro tipo de sanções. A abordagem adotada em Portugal suscitou considerável atenção internacional. As medidas introduzidas em 2001 diminuíram a ênfase dada às sanções penais e orientam

os consumidores de droga para uma rede de «comissões para a dissuasão da toxicod dependência», gerida pelo Ministério da Saúde.

Na maioria dos países europeus, as notificações de infrações à legislação em matéria de droga estão sobretudo relacionadas com o consumo ou a posse de droga para consumo próprio; no total, a nível europeu, estas infrações ascenderam a mais de um milhão em 2011, tendo aumentado 15 % em comparação com 2006. A *cannabis* está envolvida em mais de três quartos dessas infrações (Figura 4.1).

As práticas condenatórias lançam alguma luz sobre a aplicação e os resultados efetivos das sentenças aplicadas por consumo de droga ou posse para consumo próprio na Europa. Em 2009, uma recolha de dados efetuada pelo EMCDDA indicou que muitos países aplicam multas, advertências ou penas de trabalho comunitário por posse de drogas para consumo próprio, embora alguns países da Europa Central e Oriental, como a Bulgária, a Polónia, a Roménia, a Eslováquia e a Croácia, utilizem preferencialmente as penas de prisão suspensa.

Oferta de drogas: variação das sanções

A oferta de drogas ilícitas é sempre criminalizada na Europa, mas as penas máximas aplicáveis variam consideravelmente. Em alguns países, uma infração relacionada com a oferta de droga pode ser objeto de um único espetro de penas muito vasto (que pode chegar à prisão perpétua). Outros países fazem uma distinção entre infrações graves e leves, em função de fatores como

FIGURA 4.1

Infrações reportadas relacionadas com o consumo de droga e com a posse para consumo na Europa, tendências e discriminação por droga (drogas principais)

Índice (2006=100)

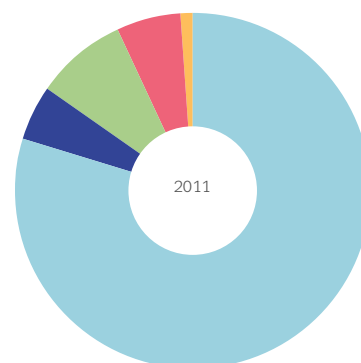
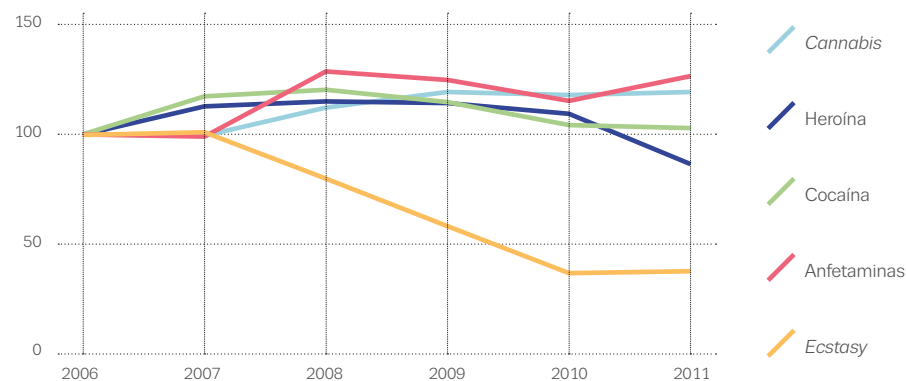


FIGURA 4.2

Sanções aplicadas por infrações à legislação em matéria de droga: variação por droga

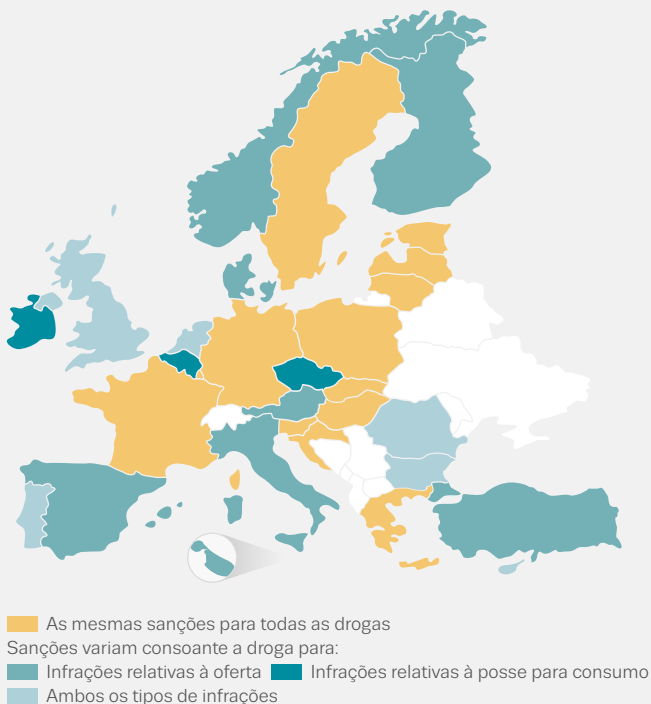
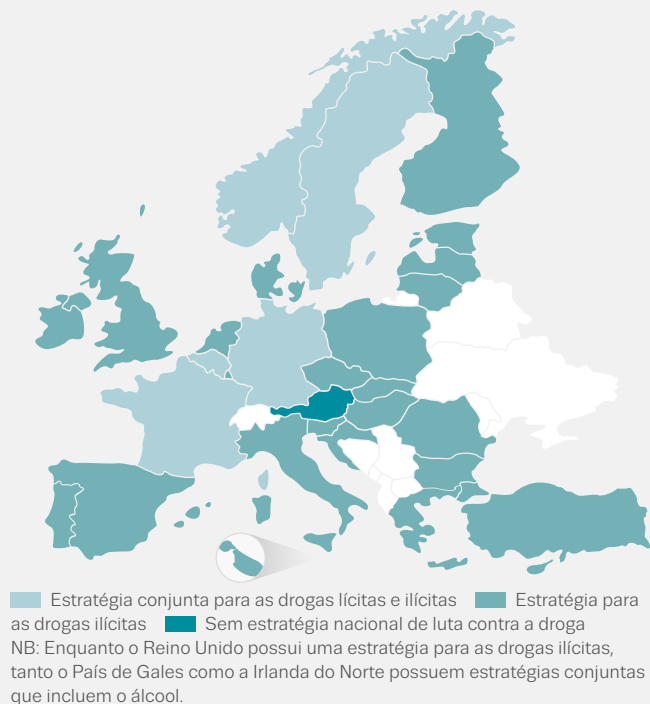


FIGURA 4.4

Estratégias e planos de ação nacionais, disponibilidade e âmbito



a quantidade de droga detetada, com sanções máximas correspondentes. Outra abordagem, presente em 14 dos 30 países aqui considerados, é a variação das penas de acordo com a droga em causa (Figura 4.2).

As notificações de infrações relacionadas com a oferta de droga aumentaram 25 % desde 2006, tendo atingido mais de 225 000 casos em 2011. Tal como nas infrações relacionadas com a posse, a *cannabis* motivou a maior

parte das infrações notificadas relativamente à oferta de droga. No entanto, a cocaína, a heroína e as anfetaminas estiveram envolvidas numa percentagem maior de infrações relativas à oferta do que à posse para consumo próprio (Figura 4.3).

As estatísticas referentes às sentenças proferidas num número selecionado de países, a partir de 2009, mostram que as infrações relacionadas com a oferta

FIGURA 4.3

Infrações relacionadas com a oferta de droga reportadas na Europa, tendências e discriminação por droga (drogas principais)

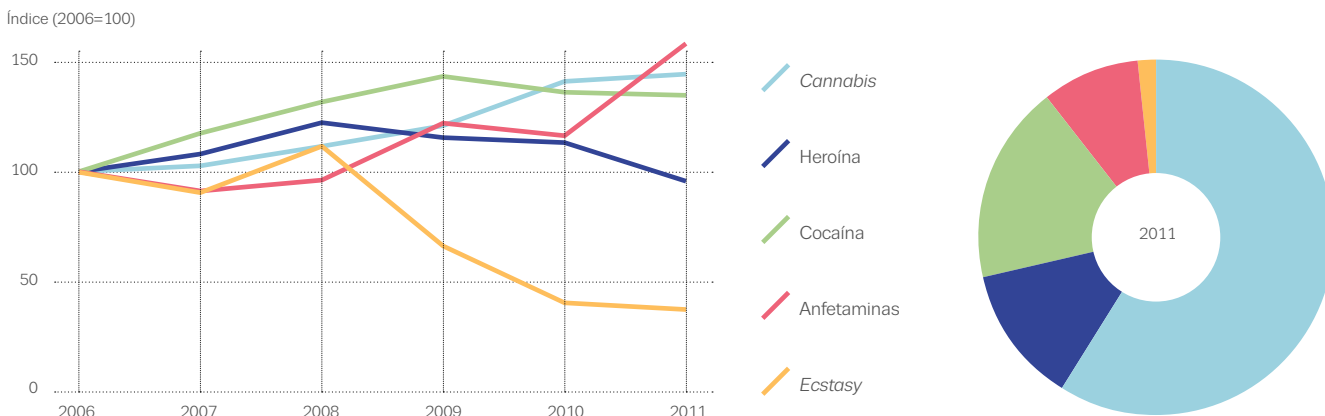
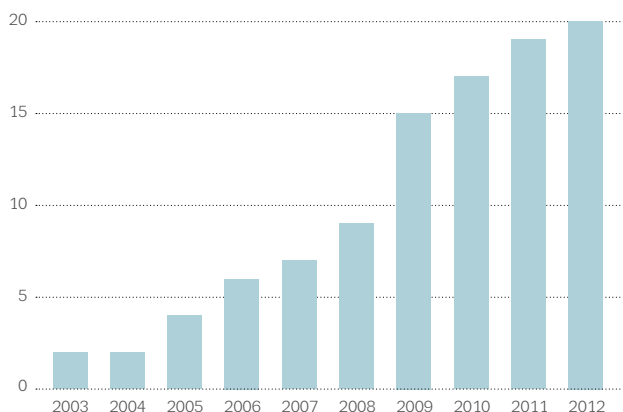


FIGURA 4.5

Número cumulativo de países com estratégias nacionais de luta contra a droga avaliadas



são mais suscetíveis de receber penas de prisão do que as relacionadas com a posse para consumo. Contudo, raramente ou nunca foram aplicadas penas máximas e, em média, as penas de prisão foram curtas e, muitas vezes, suspensas, sugerindo que poucos infratores foram considerados traficantes importantes. Os resultados indicaram igualmente que as penas médias diferiam em função do tipo de droga, mesmo nos países onde as drogas são consideradas iguais à face da lei.

Estratégias nacionais de luta contra a droga: um padrão europeu

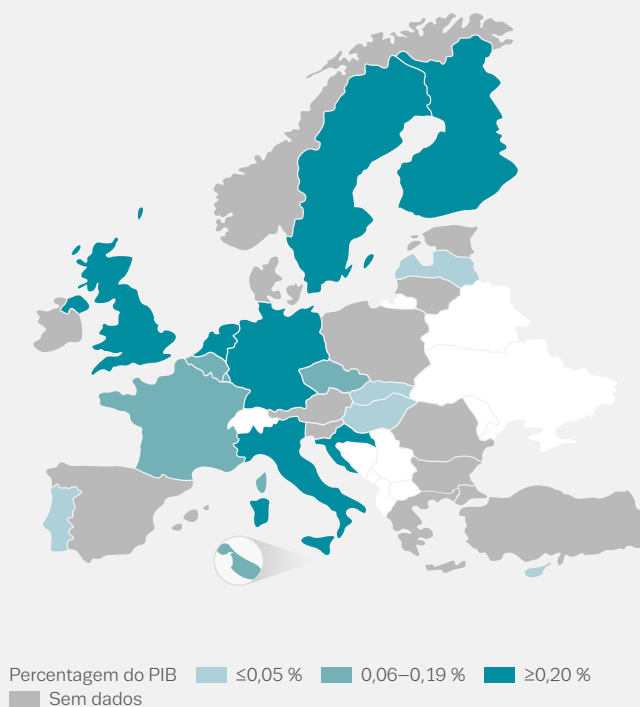
Desde finais da década de 1990, a adoção de estratégias e planos de ação de luta contra a droga é uma prática estabelecida entre os governos nacionais da Europa. Estes documentos de caráter temporário contêm um conjunto de princípios gerais, objetivos e prioridades, que especificam as ações e as partes responsáveis pela sua execução. Atualmente, todos os países possuem uma estratégia ou um plano de ação nacional de luta contra a droga, exceto a Áustria, cujos planos são provinciais. Cinco países adotaram estratégias e planos de ação nacionais que abrangem as drogas lícitas e ilícitas (Figura 4.4).

Apoio às estratégias de luta contra a droga: mecanismos de coordenação e avaliação

Em paralelo com o desenvolvimento de estratégias nacionais de luta contra a droga, os países também criaram mecanismos para coordenar a execução das suas políticas nesse domínio. A nível nacional, a maioria dos países dispõe atualmente de um comité interministerial, complementado por um organismo nacional de coordenação da luta contra a droga, responsável pela gestão corrente das atividades. Em 14 países, este

FIGURA 4.6

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



organismo está ligado ao ministério da saúde e nos restantes ao gabinete do conselho de ministros ou do primeiro-ministro, ao ministério da administração interna ou a outros ministérios. Vinte e dois países também comunicam a existência de um coordenador da luta contra a droga formalmente nomeado, que muitas vezes chefia o organismo de coordenação nacional. Os coordenadores nacionais realizam reuniões a nível da UE.

Na maioria dos países, existem agências de coordenação ou coordenadores da luta contra a droga, ou ambos, a nível regional ou local. Além disso, em alguns deles, nomeadamente nos que têm estrutura federal, há organismos de coordenação vertical que promovem a cooperação entre o nível nacional e o nível local. Noutros países, a coordenação a nível regional ou local é frequentemente supervisionada de forma direta pelos organismos nacionais.

Nos últimos anos, tanto a União Europeia como um número crescente de países têm procedido a uma avaliação final da sua estratégia ou do seu plano de ação de luta contra a droga (Figura 4.5). O objetivo é, geralmente, avaliar o nível de execução alcançado e a evolução do fenómeno da droga global, para informar a elaboração da estratégia seguinte. Em toda a Europa, a maior parte das avaliações é efetuada a nível interno, pela agência ou instituição responsável pelo plano, mas cada vez mais países encomendam avaliações conjuntas ou externas. Atualmente, a maioria dos países europeus

tenciona realizar uma avaliação final da sua atual estratégia de luta contra a droga.

Avaliação económica: necessidade de melhores dados

A avaliação económica, ao explorar os custos e benefícios comparativos de linhas de ação alternativas, pode ser um importante instrumento de avaliação das políticas. No entanto, a quantidade e a qualidade das informações sobre a despesa pública relacionada com a droga disponíveis na Europa continuam a ser muito limitadas, o que coloca grandes obstáculos à análise de custo-eficácia. Registou-se, ainda assim, um aumento do número de países que tentaram estimar, pelo menos uma vez na última década, os montantes gastos pelo governo na política de luta contra a droga. Estes países apresentam estimativas da despesa que variam entre 0,01 % e 0,7 % do PIB (Figura 4.6), embora seja difícil compará-las dado que o seu âmbito e a sua qualidade variam bastante. Apesar destas limitações, as informações disponíveis indicam que as atividades de redução da oferta de droga são responsáveis pela maior parte da despesa pública relacionada com a droga na maioria dos países.

A Europa, à semelhança de muitas outras regiões do mundo ainda está confrontada com as consequências da recente crise económica. Entre elas, podem incluir-se um crescimento económico negativo, o aumento das taxas de desemprego, sobretudo entre os jovens, e os cortes na despesa pública. Os orçamentos disponíveis para a saúde, a ordem pública e as medidas de segurança podem ser afetados, sendo precisamente nesses setores que tem origem a maior parte da despesa pública relacionada com a droga. Atualmente, o alcance das medidas de consolidação orçamental ou de austeridade, bem como o impacto das mesmas, parecem diferir consideravelmente entre os países europeus. A Letónia, a Lituânia e a Estónia foram dos que sofreram maior redução da despesa pública, mas vários outros países europeus estão igualmente a comunicar a ocorrência de cortes nos programas e serviços relacionados com a droga.

SAIBA MAIS

Publicações do EMCDDA

2013

Drug policy profiles: Ireland.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Documento temático.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Tema específico.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Tema específico.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, Tema específico.

2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, Documento temático.

Publicações do EMCDDA e da Comissão Europeia

2010

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

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



Anexo

Os dados nacionais apresentados no presente anexo são extraídos, e constituem um subconjunto, do Boletim Estatístico 2013 do EMCDDA, onde existem mais dados, anos, notas e metadados disponíveis

QUADRO 1

OPIÁCEOS

| País | Estimativa do consumo problemático de droga | Indicador da procura de tratamento, droga principal | | | | Utentes em tratamento de substituição |
|-----------------|---|--|------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Utentes consumidores de opiáceos em % dos que iniciam tratamento | | % de utentes consumidores de opiáceos injetados (principal via de administração) | | |
| | | Todos os que o iniciam | Os que o iniciam pela primeira vez | Todos os que o iniciam | Os que o iniciam pela primeira vez | |
| Casos por 1 000 | % (total) | % (total) | % (total) | % (total) | Total | |
| Bélgica | – | 36,8 (2 176) | 18 (403) | 19,7 (399) | 16,3 (60) | 17 701 |
| Bulgária | – | 79,3 (1 877) | 93,2 (275) | 85,9 (1 300) | 84,2 (223) | 3 452 |
| República Checa | 1,2–1,3 | 19,4 (1 791) | 9,9 (443) | 86,3 (1 528) | 83,1 (359) | 5 200 |
| Dinamarca | – | 17,5 (663) | 7,1 (102) | 33,9 (193) | 23 (20) | 7 600 |
| Alemanha | 2,9–3,4 | 44,3 (31 450) | 19,2 (3 576) | 36,2 (13 827) | 33,2 (1 491) | 76 200 |
| Estónia | – | 91,4 (486) | 80,4 (131) | 84,5 (410) | 84 (110) | 1 076 |
| Irlanda | 6,2–8,1 | 57,9 (4 930) | 39 (1 457) | 31 (1 488) | 22,9 (327) | 8 729 |
| Grécia | 2,5–3,0 | 80,6 (4 693) | 73,4 (1 886) | 41,3 (1 930) | 38,7 (729) | 6 783 |
| Espanha | 1,1–1,3 | 34,3 (18 374) | 18,2 (4 881) | 15,8 (2 756) | 10,2 (481) | 82 372 |
| França | – | 40,7 (14 987) | 20,2 (2 042) | 17,7 (2 097) | 12,3 (226) | 145 000 |
| Itália | 4,3–5,4 | 55,3 (23 416) | 42,4 (9 706) | 57,5 (12 566) | 50,5 (4 603) | 109 987 |
| Chipre | 1,3–2,0 | 36,7 (365) | 10,8 (48) | 52,6 (191) | 46,8 (22) | 188 |
| Letónia | 5,0–9,9 | 52,9 (1 044) | 34,1 (126) | 93,3 (935) | 88,4 (107) | 277 |
| Lituânia | 2,3–2,4 | – | 72,1 (181) | – | 98,6 (136) | 798 |
| Luxemburgo | 5,0–7,6 | 67,4 (151) | – | 58,9 (89) | – | 1 228 |
| Hungria | 0,4–0,5 | 6,8 (325) | 2,3 (75) | 66,8 (203) | 49,3 (34) | 639 |
| Malta | 6,9–8,2 | 78,7 (1 434) | 45,4 (83) | 62,5 (893) | 59 (49) | 1 107 |
| Países Baixos | 1,6–1,6 | 12,8 (1 674) | 6 (461) | 8,9 (91) | 16 (46) | 10 085 |
| Áustria | 5,2–5,5 | 64,5 (2 426) | 41,3 (566) | 42,2 (987) | 26,8 (146) | 16 782 |
| Polónia | – | 48,2 (643) | 14,7 (53) | 77 (488) | 46,2 (24) | 2 200 |
| Portugal | – | 70,1 (2 637) | 54,4 (980) | 15,4 (147) | 13,1 (80) | 26 531 |
| Roménia | – | 35 (648) | 29,6 (339) | 91,5 (590) | 90,2 (305) | 742 |
| Eslovénia | – | 86,6 (451) | 74,9 (155) | 56,8 (256) | 49,7 (77) | 3 557 |
| Eslováquia | 1,0–2,5 | 33,7 (691) | 22,7 (217) | 75,7 (514) | 63,1 (137) | 500 |
| Finlândia | – | 62,2 (898) | 43,8 (109) | 81,8 (719) | 66,7 (72) | 2 000 |
| Suécia | – | 24,8 (1 541) | 16,5 (255) | 55,7 (857) | 26,6 (69) | 3 115 |
| Reino Unido | 8,0–8,6 | 59,3 (68 112) | 40 (18 005) | 33,2 (22 081) | 29,2 (5 156) | 177 993 |
| Croácia | 3,2–4,0 | 80,9 (6 198) | 29,8 (343) | 74,5 (4 530) | 53,3 (171) | 4 074 |
| Turquia | 0,2–0,5 | 70,3 (1 488) | 64,7 (701) | 50,9 (746) | 48 (333) | 8 074 |
| Noruega | 2,1–3,9 | 37,5 (2 884) | – | 73,1 (160) | – | 6 640 |

QUADRO 2

COCAÍNA

| País | Estimativas da prevalência | | | Indicador da procura de tratamento, droga principal | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|---|------------------------------------|--|------------------------------------|
| | População em geral | | População escolar | Utentes consumidores de cocaína em % dos que iniciam tratamento | | % de utentes consumidores de cocaína injetada (principal via de administração) | |
| | Ao longo da vida, adultos (15–64) | Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34) | Ao longo da vida, estudantes (15–16) | Todos os que o iniciam | Os que o iniciam pela primeira vez | Todos os que o iniciam | Os que o iniciam pela primeira vez |
| | % | % | % | % (total) | % (total) | % (total) | % (total) |
| Bélgica | – | 2 | 4 | 12,9 (764) | 13,6 (304) | 6,0 (37) | 1,2 (3) |
| Bulgária | 1,7 | 1,5 | 3 | 0,8 (20) | 1,4 (4) | 30 (3) | 0 (0) |
| República Checa | 1,4 | 1,1 | 1 | 0,3 (30) | 0,3 (14) | 3,4 (1) | 0 (0) |
| Dinamarca | 4,4 | 2,5 | 2 | 5,1 (193) | 5,8 (84) | 10,1 (17) | 0 (0) |
| Alemanha | 3,3 | 1,8 | 3 | 5,9 (4 212) | 6,2 (1 164) | 19,8 (3 007) | 8,7 (256) |
| Estónia | – | 1,3 | – | – | – | – | – |
| Irlanda | 6,8 | 2,8 | 3 | 10 (850) | 13,3 (496) | 1,3 (11) | 0,4 (2) |
| Grécia | 0,7 | 0,2 | 1 | 4,3 (248) | 4,2 (109) | 19 (47) | 10,1 (11) |
| Espanha | 8,8 | 3,6 | 3 | 41,4 (22 131) | 45,3 (12 148) | 2,3 (480) | 1,4 (167) |
| França | 3,66 | 1,85 | 4 | 6,9 (2 544) | 5,1 (519) | 10,2 (215) | 4,4 (21) |
| Itália | 4,2 | 1,3 | 2 | 24,3 (10 271) | 30,3 (6 938) | 5,3 (516) | 4,1 (273) |
| Chipre | 3 | 2,2 | 4 | 10,1 (100) | 7 (31) | 1 (1) | 0 (0) |
| Letónia | 1,5 | 0,3 | 4 | 0,4 (7) | 0,3 (1) | 0 (0) | 0 (0) |
| Lituânia | 0,5 | 0,3 | 2 | – | 0,8 (2) | – | 0 (0) |
| Luxemburgo | – | – | – | 18,3 (41) | – | 39 (16) | – |
| Hungria | 0,9 | 0,4 | 2 | 1,6 (78) | 1,6 (52) | 2,7 (2) | 0 (0) |
| Malta | 0,4 | – | 4 | 12,5 (228) | 28,4 (52) | 24,8 (56) | 17,6 (9) |
| Países Baixos | 5,2 | 2,4 | 2 | 24,6 (3 220) | 20,3 (1 560) | 0,3 (6) | 0 (0) |
| Áustria | 2,2 | 1,2 | – | 6 (226) | 7,6 (104) | 7 (15) | 3 (3) |
| Polónia | 1,3 | 1,3 | 3 | 1,3 (17) | 2,2 (8) | 0 (0) | 0 (0) |
| Portugal | 1,9 | 1,2 | 4 | 10,5 (397) | 14,4 (259) | 3,6 (8) | 1 (2) |
| Roménia | 0,3 | 0,2 | 2 | 1,2 (22) | 1,6 (18) | 4,8 (1) | 5,9 (1) |
| Eslovénia | – | – | 3 | 3,5 (18) | 3,9 (8) | 44,4 (8) | 25 (2) |
| Eslováquia | 0,6 | 0,4 | 2 | 0,8 (17) | 1,6 (15) | 0 (0) | 0 (0) |
| Finlândia | 1,7 | 0,6 | 1 | 0,1 (1) | 0 (0) | – | – |
| Suécia | 3,3 | 1,2 | 1 | 1,5 (91) | 1,7 (27) | 0 (0) | 0 (0) |
| Reino Unido | 9,6 | 4,2 | 3 | 12,3 (14 077) | 16 (7 185) | 2,1 (284) | 1 (68) |
| Croácia | 2,3 | 0,9 | 2 | 1,6 (126) | 2,6 (30) | 1,7 (2) | 3,6 (1) |
| Turquia | – | – | – | 2,2 (46) | 2,3 (25) | 2,2 (1) | 4 (1) |
| Noruega | 2,5 | 0,6 | 1 | 1 (78) | – | 25 (2) | – |

QUADRO 3

ANFETAMINAS

| País | Estimativas da prevalência | | | Indicador da procura de tratamento, droga principal | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|------------------------------------|
| | População em geral | | População escolar | Utentes consumidores de anfetaminas em % dos que iniciam tratamento | | % de utentes consumidores de anfetaminas injetadas (principal via de administração) | |
| | Ao longo da vida, adultos (15-64) | Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34) | Ao longo da vida, estudantes (15-16) | Todos os que o iniciam | Os que o iniciam pela primeira vez | Todos os que o iniciam | Os que o iniciam pela primeira vez |
| | % | % | % | % (total) | % (total) | % (total) | % (total) |
| Bélgica | – | – | 5 | 9,8 (581) | 11,2 (250) | 9,1 (50) | 5 (12) |
| Bulgária | 2,1 | 2,1 | 6 | 1,4 (33) | 1,7 (5) | 0 (0) | 0 (0) |
| República Checa | 2,1 | 0,8 | 2 | 65,2 (6 008) | 69,6 (3 122) | 77,4 (4 601) | 71,9 (2 210) |
| Dinamarca | 6,2 | 2 | 2 | 9,5 (358) | 10,3 (149) | 3,1 (9) | 0 (0) |
| Alemanha | 3,7 | 1,9 | 4 | 11 (7 785) | 15,2 (2 839) | 1,7 (246) | 0,7 (31) |
| Estónia | – | 2,5 | 3 | – | – | 61,5 (8) | 50 (4) |
| Irlanda | 4,5 | 0,8 | 2 | 0,6 (53) | 0,9 (33) | 6 (3) | 6,3 (2) |
| Grécia | 0,1 | 0,1 | 2 | 0,1 (6) | 0,1 (2) | 0 (0) | 0 (0) |
| Espanha | 3,3 | 1,4 | 2 | 1 (517) | 1,2 (320) | 0,6 (3) | 0,6 (2) |
| França | 1,69 | 0,46 | 4 | 0,3 (107) | 0,3 (31) | 14,9 (13) | 0 (0) |
| Itália | 1,8 | 0,1 | 1 | 0,1 (38) | 0,1 (16) | 0 (0) | 0 (0) |
| Chipre | 0,7 | 0,7 | 4 | 0,2 (2) | 0,2 (1) | 50 (1) | 0 (0) |
| Letónia | 2,2 | 1,9 | 4 | 19,3 (380) | 28,2 (104) | 60,9 (206) | 53,9 (48) |
| Lituânia | 1,6 | 1,1 | 3 | – | 2 (5) | – | 60 (3) |
| Luxemburgo | – | – | – | 0,4 (1) | – | 0 (0) | – |
| Hungria | 1,8 | 1,2 | 6 | 11,9 (567) | 11 (354) | 23,3 (130) | 19,2 (67) |
| Malta | 0,4 | – | 3 | 0,2 (3) | – | 33,3 (1) | – |
| Países Baixos | 3,1 | – | 3 | 6,2 (818) | 6,5 (499) | 0,6 (3) | 1 (3) |
| Áustria | 2,5 | 0,9 | – | 2,2 (83) | 3,5 (48) | 3,7 (3) | 2,2 (1) |
| Polónia | 4,2 | 1,3 | 4 | 21,4 (285) | 26,7 (96) | 9,4 (25) | 8,4 (8) |
| Portugal | 0,9 | 0,4 | 3 | 0 (1) | 0,1 (1) | – | – |
| Roménia | 0,1 | 0 | 2 | 0,6 (12) | 0,9 (10) | 0 (0) | 0 (0) |
| Eslovénia | – | – | 2 | 0,4 (2) | 0,5 (1) | 50 (1) | 0 (0) |
| Eslováquia | 0,5 | 0,7 | 2 | 38,2 (784) | 41,9 (400) | 32,1 (243) | 25,4 (99) |
| Finlândia | 2,3 | 1,6 | 1 | 14,1 (204) | 11,6 (29) | 78,6 (154) | 64,3 (18) |
| Suécia | 5 | 1,5 | 1 | 27,8 (1 728) | 19,4 (301) | 68,6 (1 137) | 49,7 (149) |
| Reino Unido | 11,5 | 1,4 | 2 | 3 (3 486) | 3,6 (1 615) | 22,1 (714) | 16 (241) |
| Croácia | 2,6 | – | 2 | 1 (80) | 2,2 (25) | 0 (0) | 0 (0) |
| Turquia | 0,3 | – | – | 0,9 (18) | 0,8 (9) | 5,6 (1) | 0 (0) |
| Noruega | 3,8 | 0,8 | 1 | 0 (0) | – | 75,1 (205) | – |

QUADRO 4

ECSTASY

| País | Estimativas da prevalência | | | Indicador da procura de tratamento, droga principal | |
|-----------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| | População em geral | | População escolar | Utentes consumidores de <i>ecstasy</i> em % dos que iniciam tratamento | |
| | Ao longo da vida, adultos (15–64) | Últimos 12 meses, jovens adultos (15–34) | Ao longo da vida, estudantes (15–16) | Todos os que o iniciam | Os que o iniciam pela primeira vez |
| | % | % | % | % (total) | % (total) |
| Bélgica | – | – | 4,0 | 0,6 (38) | 1 (23) |
| Bulgária | 1,7 | 1,6 | 4,0 | 0,3 (6) | 0,3 (1) |
| República Checa | 5,8 | 2,5 | 3,0 | 0,1 (6) | 0,1 (3) |
| Dinamarca | 2,1 | 0,8 | 1,0 | 0,3 (13) | 0,5 (7) |
| Alemanha | 2,4 | 1,0 | 2,0 | 0 (0) | 0 (0) |
| Estónia | – | 2,3 | 3,0 | – | – |
| Irlanda | 6,9 | 0,9 | 2,0 | 0,6 (51) | 0,6 (24) |
| Grécia | 0,4 | 0,4 | 2,0 | 0,2 (9) | 0,2 (5) |
| Espanha | 3,6 | 1,4 | 2,0 | 0,2 (98) | 0,2 (66) |
| França | 2,4 | 0,4 | 3,0 | 0,3 (118) | 0,2 (24) |
| Itália | 1,8 | 0,1 | 1,0 | 0,3 (129) | 0,5 (107) |
| Chipre | 2,0 | 1,0 | 3,0 | 0,3 (3) | 0,2 (1) |
| Letónia | 2,7 | 0,8 | 4,0 | 0,1 (2) | 0 (0) |
| Lituânia | 2,1 | 1,9 | 2,0 | – | – |
| Luxemburgo | – | – | – | – | – |
| Hungria | 2,4 | 1,0 | 4,0 | 1 (50) | 1,2 (38) |
| Malta | 0,7 | – | 3,0 | 0,7 (13) | 1,6 (3) |
| Países Baixos | 6,2 | 3,1 | 3,0 | 0,5 (69) | 0,8 (58) |
| Áustria | 2,3 | 1,0 | – | 0,5 (19) | 1,2 (16) |
| Polónia | 3,4 | 3,1 | 2,0 | 0,1 (1) | 0,3 (1) |
| Portugal | 1,3 | 0,9 | 3,0 | 0,1 (4) | 0,2 (4) |
| Roménia | 0,7 | 0,4 | 2,0 | 0,5 (9) | 0,6 (7) |
| Eslovénia | – | – | 2,0 | 0,2 (1) | 0,5 (1) |
| Eslováquia | 1,9 | 0,9 | 4,0 | 0,1 (2) | 0,2 (2) |
| Finlândia | 1,8 | 1,1 | 1,0 | 0,3 (4) | 0,8 (2) |
| Suécia | 2,1 | 0,2 | 1,0 | 0,3 (17) | 0,5 (7) |
| Reino Unido | 8,6 | 2,8 | 3,0 | 0,2 (229) | 0,3 (141) |
| Croácia | 2,5 | 0,5 | 2,0 | 0,3 (23) | 0,5 (6) |
| Turquia | 0,1 | 0,1 | – | 0 (1) | 0,1 (1) |
| Noruega | 1,0 | 0,6 | 1,0 | 0 (0) | – |

QUADRO 5

CANNABIS

| País | Estimativas da prevalência | | | Indicador da procura de tratamento, droga principal | |
|-----------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| | População em geral | | População escolar | Utentes consumidores de <i>cannabis</i> em % dos que iniciam tratamento | |
| | Ao longo da vida, adultos (15-64) | Últimos 12 meses, jovens adultos (15-34) | Ao longo da vida, estudantes (15-16) | Todos os que o iniciam | Os que o iniciam pela primeira vez |
| | % | % | % | % (total) | % (total) |
| Bélgica | 14,3 | 11,2 | 24 | 31 (1 832) | 48,2 (1 077) |
| Bulgária | 7,3 | 6 | 21 | 4,3 (101) | 3,1 (9) |
| República Checa | 24,9 | 16,1 | 42 | 13,2 (1 214) | 18,7 (839) |
| Dinamarca | 32,5 | 13,5 | 18 | 63,4 (2 397) | 72,6 (1 048) |
| Alemanha | 25,6 | 11,1 | 19 | 33 (23 418) | 54,9 (10 236) |
| Estónia | – | 13,6 | 24 | 5,3 (28) | – |
| Irlanda | 25,3 | 10,3 | 18 | 22,9 (1 951) | 35,7 (1 336) |
| Grécia | 8,9 | 3,2 | 8 | 12,8 (746) | 20,2 (518) |
| Espanha | 27,4 | 17 | 32 | 21 (11 210) | 32,3 (8 653) |
| França | 32,12 | 17,54 | 39 | 47,8 (17 621) | 71,1 (7 193) |
| Itália | 21,7 | 8 | 13 | 18,8 (7 957) | 25,2 (5 781) |
| Chipre | 11,6 | 7,9 | 7 | 48,8 (485) | 78,1 (346) |
| Letónia | 12,5 | 7,3 | 24 | 11,8 (232) | 19,8 (73) |
| Lituânia | 11,9 | 9,9 | 20 | – | 3,6 (9) |
| Luxemburgo | – | – | – | 12,9 (29) | – |
| Hungria | 8,5 | 5,7 | 19 | 69,4 (3 321) | 77,3 (2 492) |
| Malta | 3,5 | 1,9 | 10 | 6,7 (122) | 20,8 (38) |
| Países Baixos | 25,7 | 13,7 | 26 | 48,3 (6 334) | 58 (4 446) |
| Áustria | 14,2 | 6,6 | – | 22,5 (848) | 41,8 (574) |
| Polónia | 17,3 | 17,1 | 23 | 23,5 (313) | 44,4 (160) |
| Portugal | 11,7 | 6,7 | 14 | 13,9 (525) | 25,4 (457) |
| Roménia | 1,6 | 0,6 | 7 | 8,6 (160) | 11,3 (130) |
| Eslovénia | – | 6,9 | 23 | 8,4 (44) | 18,8 (39) |
| Eslováquia | 10,5 | 7,3 | 27 | 19,2 (394) | 27,3 (260) |
| Finlândia | 18,3 | 11,2 | 11 | 13,4 (193) | 32,9 (82) |
| Suécia | 21,4 | 6,1 | 6 | 24,9 (1 550) | 45,1 (699) |
| Reino Unido | 31 | 12,3 | 21 | 20,3 (23 378) | 32,4 (14 559) |
| Croácia | 15,6 | 10,5 | 18 | 12,5 (957) | 52,7 (607) |
| Turquia | 0,7 | 0,4 | – | 17,1 (363) | 22,1 (240) |
| Noruega | 14,6 | 7 | 5 | 20,3 (1 561) | – |

QUADRO 6

OUTROS INDICADORES

| | Mortes induzidas pela droga (15–64 anos) | Diagnósticos de VIH entre consumidores de droga injetada (ECDC) | Estimativa do consumo de droga injetada | Seringas distribuídas através de programas especializados |
|-----------------|--|---|---|---|
| País | Casos por milhão de habitantes (total) | Casos por milhão de habitantes (total) | Casos por 1 000 habitantes | Total |
| Bélgica | 19,6 (142) | 1 (11) | 2,5–4,8 | 938 674 |
| Bulgária | 4,8 (24) | 8,4 (63) | – | 643 377 |
| República Checa | 3,8 (28) | 0,9 (9) | 5,1–5,5 | 5 398 317 |
| Dinamarca | 49,8 (181) | 1,8 (10) | 2,8–4,7 | – |
| Alemanha | 17,9 (966) | 1,1 (90) | – | – |
| Estónia | 135,7 (123) | 51,5 (69) | – | 2 130 306 |
| Irlanda | 51,8 (159) | 3,6 (16) | – | 1 097 000 |
| Grécia | – | 21,7 (245) | 0,9–1,3 | 119 397 |
| Espanha | 12,5 (392) | 4,5 (148) | 0,2–0,2 | 2 672 228 |
| França | 7,9 (331) | 1,3 (87) | – | – |
| Itália | 9,1 (362) | 2,7 (161) | – | – |
| Chipre | 16,3 (9,66) | 0 (0) | 0,3–0,5 | 42 |
| Letónia | 7,9 (11) | 40,4 (90) | – | 181 408 |
| Lituânia | 20,9 (43) | 26,5 (86) | – | 181 408 |
| Luxemburgo | 17,1 (6) | 0 (0) | 4,5–6,9 | 246 858 |
| Hungria | 2 (14) | 0 (0) | 0,8 | 648 269 |
| Malta | 17,3 (5) | 0 (0) | – | 289 940 |
| Países Baixos | 9,1 (101) | 0,2 (4) | 0,2–0,2 | – |
| Áustria | 35,3 (201) | 4,3 (36) | – | 4 329 424 |
| Polónia | 8,4 (232) | 1,2 (47) | – | 175 902 |
| Portugal | 2,7 (19) | 5,8 (62) | – | 1 650 951 |
| Roménia | 1 (15) | 5 (108) | – | 901 410 |
| Eslovénia | 16,9 (24) | 0 (0) | – | 632 462 |
| Eslováquia | 3,9 (15) | 0,2 (1) | 3,5–8,9 | 15 064 |
| Finlândia | 53,3 (189) | 1,5 (8) | – | 3 539 009 |
| Suécia | 35,5 (217) | 1,3 (12) | – | 244 493 |
| Reino Unido | 52,3 (2 153) | 2,1 (131) | 3,1–3,5 | – |
| Croácia | 19,8 (59) | 0,7 (3) | 0,4–0,6 | 340 357 |
| Turquia | 1,9 (93) | 0,1 (5) | – | 0 |
| Noruega | 73,1 (238) | 2 (10) | 2,5–3,6 | 2 639 000 |

QUADRO 7

APREENSÕES

| País | Heroína | | Cocaína | | Anfetaminas | | Ecstasy | |
|---------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| | Quantidade apreendida | Número de apreensões | Quantidade apreendida | Número de apreensões | Quantidade apreendida | Número de apreensões | Quantidade apreendida | Número de apreensões |
| | kg | Total | kg | Total | kg | Total | comprimidos | Total |
| Bélgica | 140 | 2 176 | 7 999 | 3 263 | 112 | 2 699 | 64 384 | 838 |
| Bulgária | 385 | 41 | 4 | 22 | 233 | 38 | 7 879 | 11 |
| Rep. Checa | 5 | 34 | 16 | 44 | 1,20 | 3 | 13 000 | 15 |
| Dinamarca | 37 | 484 | 43 | 1 756 | 255 | 1 733 | 16 000 | 197 |
| Alemanha | 498 | 4 361 | 1 941 | 3 335 | 1 368 | 9 131 | 484 992 | 1 322 |
| Estónia | 0,048 | 5 | 1 | 34 | 42 | 215 | 11 496 | 44 |
| Irlanda | 32 | 752 | 179 | 476 | 23 | 104 | 97 882 | 272 |
| Grécia | 307 | 2 477 | 463 | 466 | 1,84 | 17 | 70 | 8 |
| Espanha | 412 | 7 587 | 16 609 | 42 659 | 278 | 3 178 | 183 028 | 2 123 |
| França | 883 | 4 834 | 10 834 | 4 538 | 601 | 387 | 1 510 500 | 781 |
| Itália | 811 | 3 588 | 6 342 | 6 859 | 19 | 124 | 14 108 | 114 |
| Chipre | 0,6 | 49 | 3 | 79 | 0,011 | 5 | 653 | 13 |
| Letónia | 0 | 329 | 81 | 25 | 0,1 | 29 | 3 592 | 13 |
| Lituânia | 11 | 234 | 10 | 23 | 13 | 46 | 303 | 5 |
| Luxemburgo | 24 | 244 | 24 | 94 | 3 | 15 | 91 | 6 |
| Hungria | 3 | 22 | 13 | 108 | 24 | 483 | 270 | 22 |
| Malta | 4 | 39 | 5 | 86 | 0,50 | 1 | 2 171 | 30 |
| Países Baixos | 400 | – | 10 000 | – | 1 074 | – | 1 059 534 | – |
| Áustria | 65 | 640 | 139 | 970 | 13 | 383 | 45 780 | 90 |
| Polónia | 51 | – | 78 | – | 395 | – | 75 082 | – |
| Portugal | 73 | 1 169 | 3 678 | 1 385 | 0,2 | 26 | 7 791 | 95 |
| Roménia | 13 | 314 | 161 | 73 | 0,4 | 28 | 7 594 | 96 |
| Eslovénia | 4 | 503 | 2 | 272 | 1 | 204 | 34 | 14 |
| Eslováquia | 0 | 33 | 35,3 | 30 | 13,22 | 10 | 27 | 5 |
| Finlândia | 1,0 | 3 | 4 | 81 | 71 | 3 157 | 17 800 | 300 |
| Suécia | 21 | 314 | 89 | 618 | 168 | 3 542 | 17 060 | 189 |
| Reino Unido | 1 850 | 9 174 | 3 468 | 17 751 | 1 048 | 6 801 | 686 000 | 3 346 |
| Croácia | 33 | 185 | 4 | 142 | 15 | 372 | 2 898 | 75 |
| Turquia | 7 294 | 3 306 | 592 | 1 457 | 14 | 6 | 1 364 253 | 2 587 |
| Noruega | 15 | 1 364 | 46 | 840 | 75 | 2 894 | 5 327 | 198 |

QUADRO 7

APREENSÕES (continuação)

| País | Resina de <i>cannabis</i> | | <i>Cannabis</i> herbácea | | Plantas de <i>cannabis</i> | |
|---------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| | Quantidade apreendida | Número de apreensões | Quantidade apreendida | Número de apreensões | Quantidade apreendida | Número de apreensões |
| | kg | Total | kg | Total | Plantas (kg) | Total |
| Bélgica | 5 020 | 5 156 | 5 095 | 21 784 | 337 955 (-) | 1 070 |
| Bulgária | 16,8 | 11 | 1 035 | 168 | 7 456 (4 658) | 24 |
| Rep. Checa | 2 | 24 | 441 | 508 | 62 817 (-) | 240 |
| Dinamarca | 2 267 | 8 403 | 168 | 891 | - (1 452) | 710 |
| Alemanha | 1 748 | 7 285 | 3 957 | 27 144 | - 133 650 | 1 804 |
| Estónia | 46 | 22 | 53 | 409 | - (29,3) | 25 |
| Irlanda | 1 814 | 722 | 1 865 | 1 833 | 6 606 (-) | 582 |
| Grécia | 122 | 172 | 13 393 | 5 774 | 33 242 (-) | 460 |
| Espanha | 355 904 | 199 770 | 17 535 | 140 952 | - (26 108) | 1 436 |
| França | 55 641 | 85 096 | 5 450 | 12 155 | 73 572 (-) | 2 146 |
| Itália | 20 258 | 6 244 | 10 908 | 4 007 | 1 008 215 (-) | 1 208 |
| Chipre | 1 | 33 | 76 | 758 | 86 (-) | 27 |
| Letónia | 283 | 55 | 34 | 399 | - (497) | 7 |
| Lituânia | 168 | 31 | 43 | 311 | - (-) | 0 |
| Luxemburgo | 2 | 171 | 11 | 833 | 81 (-) | 5 |
| Hungria | 18 | 63 | 209 | 2 073 | 14 121 (-) | 192 |
| Malta | 89 | 48 | 1,5 | 32 | 44 (-) | 7 |
| Países Baixos | 1 000 | - | 5 000 | - | 2 000 000 (-) | - |
| Áustria | 75 | 1 197 | 621 | 5 272 | - (219) | 261 |
| Polónia | - | - | 1 265 | - | 52 914 (-) | - |
| Portugal | 14 633 | 3 093 | 108 | 460 | 5 523 (-) | 304 |
| Roménia | 18 | 328 | 252 | 1 365 | 897 (-) | 9 |
| Eslovénia | 4,2 | 89 | 613 | 3 306 | 12 836 (-) | 178 |
| Eslováquia | 0,0 | 22 | 137 | 1 512 | 10 045 (18) | 45 |
| Finlândia | 860 | 1 829 | 97 | 4 281 | 16 400 (42) | 3 187 |
| Suécia | 950 | 7 465 | 264 | 5 272 | - (-) | 92 |
| Reino Unido | 19 665 | 15 094 | 22 402 | 149 411 | 626 680 (-) | 16 672 |
| Croácia | 2 | 373 | 421 | 3 684 | 4 136 (-) | 195 |
| Turquia | 21 141 | 8 192 | 55 251 | 43 217 | - (-) | 7 318 |
| Noruega | 2 548 | 11 232 | 219 | 3 631 | 1 099 (214) | 381 |

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
Relatório Europeu sobre Drogas 2013:
Tendências e evoluções

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia
2013 — 74 p. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-623-0

doi:10.2810/91209

COMO OBTER PUBLICAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA

Publicações gratuitas

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

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

Publicações pagas

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

Assinaturas pagas

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

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

Acerca do presente relatório

O relatório *Tendências e evoluções* apresenta uma panorâmica a alto nível do fenómeno da droga na Europa, abrangendo a oferta e o consumo de droga e os problemas de saúde pública, bem como as políticas de luta contra a droga e as respostas ao problema das drogas. Em conjunto com o *Boletim Estatístico*, as *Panorâmicas por país* e as *Perspetivas sobre as drogas*, disponíveis em linha, faz parte do pacote que constitui o Relatório Europeu sobre Drogas 2013.

Acerca do EMCDDA

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) centraliza as informações relativas ao fenómeno da droga na União Europeia. O EMCDDA tem por missão fornecer à UE e aos seus Estados-Membros «informações factuais, objetivas, fiáveis e comparáveis» sobre as drogas, a toxicodependência e respetivas consequências. Criado em 1993 e sediado em Lisboa desde 1995, o EMCDDA é uma das agências descentralizadas da União Europeia. Contando com uma equipa multidisciplinar, fortemente motivada, a Agência oferece aos decisores políticos os dados de que estes necessitam para a formulação de leis e estratégias. Ajuda igualmente os profissionais e investigadores que trabalham nesta área na identificação das melhores práticas e de novos domínios de investigação.

