



Bruxelas, 27.11.2015
COM(2015) 584 final

RELATÓRIO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU E AO CONSELHO

**sobre os progressos realizados na execução da Estratégia da UE de Luta contra a Droga
2013-2020 e do Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga 2013-2016**

{SWD(2015) 257 final}

1. Introdução e contexto

A droga representa um problema social complexo que afeta a vida de milhões de pessoas. Embora o consumo de drogas, como a heroína ou a cocaína, tenha diminuído nos últimos anos, a disponibilidade de novas substâncias psicoativas aumenta cada vez mais no mercado livre e/ou em linha, o que constitui uma grave ameaça para a saúde.

Os custos humanos e sociais da toxicodependência são muito elevados. Dela decorrem custos para a saúde pública (em prevenção e tratamento da toxicodependência, cuidados de saúde e tratamentos hospitalares), a segurança pública, o meio ambiente e a produtividade laboral.

Pelo menos 78,9 milhões de europeus declararam ter consumido canábis pelo menos uma vez na vida, enquanto 15,6 e 12 milhões de pessoas já experimentaram, respetivamente, cocaína e anfetaminas. Além disso, 1,3 milhões de adultos são consumidores problemáticos de opiáceos e 3,4 % do total das mortes de europeus entre os 15 e os 39 anos resulta de situações de dosagem excessiva de estupefacientes. Segundo as últimas estimativas, em 2010 morreram na UE 1 700 pessoas de infeções relacionadas com o VIH/SIDA atribuíveis ao consumo de drogas¹. Em 2013 foram comunicados 1 446 novos casos de VIH atribuíveis ao consumo de drogas injetáveis na UE². Em 2014 foram detetadas 101 novas substâncias psicoativas, ou seja, 22 % mais do que em 2013.

A Agenda Europeia para a Segurança³ reconhece a avaliação da Europol de que o mercado da **droga é o mais dinâmico mercado criminoso**. O tráfico de droga e a produção de drogas continuam entre as atividades criminosas mais rentáveis para os grupos da criminalidade organizada na UE. O valor do mercado europeu de opiáceos foi estimado em cerca de 12 mil milhões de EUR⁴, enquanto a estimativa de consumo de canábis, a droga mais popular na UE, ascende a 2 000 toneladas. A cocaína é a segunda droga mais consumida na UE: em 2013, os Estados-Membros da UE apreenderam mais de 61 toneladas desse estupefaciente⁵. Em paralelo, a Internet emergiu nos últimos anos como um mercado em linha para as drogas⁶.

Em 2013, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) aperfeiçoou o método dos seus relatórios sobre a situação da problemática da droga na Europa. Além disso, em 2013, o OEDT e a Europol publicaram o primeiro relatório sobre os mercados da droga na UE, a pedido da Comissão Europeia. As duas agências da UE publicarão uma segunda edição desse relatório no início de 2016.

A droga constitui um problema mundial. Estima-se que um total de 264 milhões de pessoas entre os 15 e os 64 anos consumiram droga em 2013. Cerca de 27 milhões de pessoas são vítimas de perturbações associadas ao consumo de drogas ou à toxicodependência. Quase metade dessas pessoas (12,19 milhões) utilizou drogas injetáveis, calculando-se que 1,65 milhões delas estavam infetadas com o VIH em 2013⁷.

Em abril de 2016, a **Assembleia Geral das Nações Unidas realizará uma Sessão Especial (UNGASS) sobre droga** que examinará o modo de melhorar as políticas mundiais em matéria de droga e simultaneamente reforçar a saúde pública e os aspetos ligados aos direitos humanos no âmbito das convenções das Nações Unidas sobre estupefacientes⁸. Tratar-se-á de um ponto de viragem para a comunidade internacional no sentido de definir o futuro da política antidroga. A posição da UE será tida em conta neste contexto.

¹ OEDT, Relatório Europeu sobre Drogas de 2015.

² Relatórios do OEDT.

³ COM (2015) 185.

⁴ Relatório geral sobre as atividades da Europol em 2014.

⁵ SOCTA (Avaliação da Ameaça da Criminalidade Grave e Organizada) intercalar de 2015: uma atualização sobre a criminalidade grave e organizada na UE, Europol, março de 2015.

⁶ Relatório conjunto do OEDT e da Europol: Relatório sobre o mercado das drogas na UE: uma análise estratégica, 2013.

⁷ Gabinete das Nações Unidas para a Droga e a Criminalidade (UNODC), Relatório Mundial sobre Drogas de 2015.

⁸ A Convenção Única sobre os Estupefacientes de 1961; a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971 e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas de 1988.

A **Estratégia da UE de Luta contra a Droga 2013-2020⁹** e o **Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga 2013-2016¹⁰** estabelecem o quadro e as prioridades políticas da UE em matéria de luta contra a droga. A referida estratégia prevê um quadro único baseado em dados factuais para lutar contra o fenómeno da droga dentro e fora da UE. Visa contribuir para diminuir tanto a procura como a oferta de droga a nível da UE, bem como os riscos e danos para a saúde e sociais causados pela droga. A estratégia articula-se em torno de três temas transversais: a) a coordenação, b) a cooperação internacional e c) a investigação, a informação, o acompanhamento e a avaliação.

O presente relatório expõe os **principais progressos** realizados pela UE em 2013 e 2014 na execução da sua Estratégia 2013-2020 e do seu Plano de Ação 2013-2016. As conclusões pormenorizadas são apresentadas no documento de trabalho dos serviços da Comissão em anexo.

2. Método

O Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga identifica as entidades responsáveis pela execução das suas ações e define o calendário para cada uma delas. A presente avaliação, que abrange os anos de 2013 e 2014, beneficiou dos contributos do OEDT, da Europol, da Eurojust (Unidade Europeia de Cooperação Judiciária) e da CEPOL (Academia Europeia de Polícia). Foram também recebidos contributos do Serviço Europeu para a Ação Externa e da Presidência do Conselho¹¹. A Comissão realizou igualmente um inquérito entre os países da UE¹² e as organizações da sociedade civil com interesse na luta contra a droga¹³. O presente relatório centra-se nos resultados da Estratégia da UE de Luta contra a Droga e do Plano de Ação.

3. Redução da procura de droga

Prevenção

Segundo um inquérito Eurobarómetro de 2014 sobre os jovens e as drogas¹⁴, a experimentação destas substâncias frequentemente tem o seu início durante os anos de escolaridade: calcula-se que um em cada quatro jovens entre 15 e 16 anos consumiu drogas¹⁵. **A sensibilização e o aconselhamento** continuam a ser as medidas mais comuns de prevenção para chegar aos jovens mais expostos ao risco de abuso das drogas, como os estudantes com problemas escolares e sociais¹⁶. Em 2013, menos de metade dos países da UE comunicou ao OEDT que tinha implementado integralmente políticas de luta contra a droga nas escolas. Contudo, numerosas **campanhas gerais de informação** nas escolas sobre o abuso de drogas foram assinaladas na UE¹⁷. A maioria dos países da UE indicou ter adotado no período 2013-2014 programas específicos e/ou medidas visando **retardar o primeiro consumo de droga**.

⁹ JO C 402 de 29.12.2012, p. 1.

¹⁰ JO C 351 de 30.11.2013, p. 1.

¹¹ Incluindo sobre os resultados de um inquérito realizado em abril de 2015 pela Presidência do Conselho a nível dos Estados-Membros sobre a questão do consumo abusivo e dependência de medicamentos. Embora esse inquérito já não seja abrangido pelo período 2013-2014, os seus resultados são utilizados no presente relatório, pois revelam a situação nos Estados-Membros relativamente às ações 4 e 50 do Plano de Ação da UE. A referida situação também é pertinente para o período 2013-2014.

¹² Todos os Estados-Membros responderam ao inquérito.

¹³ Organizações de França, da Grécia, da Hungria, de Itália, da Lituânia, do Luxemburgo, dos Países Baixos, de Portugal, de Espanha, da Eslovénia e da Suécia responderam ao inquérito. Algumas destas organizações trabalham em rede e/ou são organizações de cúpula que representam várias outras organizações do mesmo país ou de outros países, ativas neste domínio.

¹⁴ Eurobarómetro Flash n.º 401 de 2014 intitulado «Os jovens e as drogas».

¹⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>

¹⁶ Relatórios do OEDT.

¹⁷ O abuso de substâncias nocivas inclui o álcool, o tabaco e as drogas. Informações fornecidas pelo OEDT.

Exemplo

O Grupo de Mondorf, um grupo de cooperação que inclui o Luxemburgo e regiões fronteiriças da França, da Alemanha e da Bélgica, organizou ações de prevenção combinando uma abordagem não centrada nas drogas com componentes interculturais e tem organizado atividades de lazer para jovens baseadas no conceito de «pedagogia da aventura». Essas ações visam, no essencial, proporcionar aos jovens a oportunidade de experimentarem dinâmicas de grupo, a gestão de conflitos, uma avaliação dos limites e riscos, bem como o sentimento de solidariedade a nível de um grupo de pessoas social e culturalmente diferentes.

A maioria dos países da UE, incluindo a sociedade civil, comunicou ter organizado **iniciativas de sensibilização** sobre os riscos e as consequências do consumo de droga e outras substâncias psicoativas novas.

Todos os países da UE indicaram ter **implementado medidas de prevenção**. Muitos Estados-Membros da UE desenvolvem programas de prevenção geral e alguns comunicaram ter implementado programas de prevenção seletiva¹⁸ e direcionada¹⁹. Metade dos Estados-Membros da UE comunicou ter organizado campanhas antidroga em contextos recreativos, designadamente festivais de música, festas, espaços de vida noturna e discotecas. A maioria dos países da UE declarou que a disponibilização de medidas de prevenção melhorou ou manteve-se estável em 2013 e 2014. Alguns representantes da sociedade civil, contudo, chamaram a atenção para uma diminuição das despesas públicas neste domínio devido a restrições orçamentais.

Consumo abusivo e dependência de medicamentos sujeitos a receita médica

O consumo abusivo e a dependência de medicamentos de 2014 na UE merecem um esforço adicional e uma análise aprofundada. As benzodiazepinas²⁰ são muitas vezes utilizadas de forma abusiva por consumidores de opiáceos de alto risco e estão associadas à morbidade e à mortalidade neste grupo²¹. Considera-se que os analgésicos e anestésicos à base de opiáceos²², medicamentos receitados essencialmente devido aos seus efeitos psicoativos e como medicamento de substituição para o tratamento das dependências, são suscetíveis de ser utilizados de forma abusiva. Contudo, só estão disponíveis dados muito limitados nos países da UE para que se possa obter uma estimativa completa desse tipo de utilização, nos vários contextos, no conjunto da UE. Por conseguinte, a dimensão do problema e a resposta a nível da UE devem ser examinadas mais aprofundadamente para decidir quais as medidas a adotar no futuro.

Tratamento

Em 2013 e 2014 estavam disponíveis **serviços de tratamento integrados**²³ que proporcionavam uma boa cobertura **em todos os Estados-Membros da UE**. Metade dos países da UE considerou que não se tinham registado alterações significativas na disponibilização de serviços de tratamento em 2013-2014 nos respetivos países; a maioria dos outros países considerou que a disponibilização desses

¹⁸ As estratégias de «prevenção seletiva» visam subgrupos da população geral considerados em risco de abuso de drogas devido à sua pertença a um determinado segmento da população, por exemplo, os jovens delinquentes, os jovens que abandonam a escola, ou os estudantes abrangidos pelo insucesso escolar. Os grupos de risco podem ser identificados em função de fatores de risco sociais, demográficos ou ambientais conhecidos como estando associados à toxic dependência, enquanto os subgrupos específicos podem ser definidos por idade, sexo, antecedentes familiares ou local de residência, nomeadamente zonas residenciais desfavorecidas ou que registam um elevado consumo ou tráfico de drogas.

¹⁹ A «prevenção direcionada» visa as pessoas vulneráveis e tenta ajudá-las a lidar e a fazer face a características da sua personalidade que as tornam mais vulneráveis ao agravamento do consumo de drogas.

²⁰ As benzodiazepinas são um grupo de medicamentos amplamente receitados com numerosas utilizações médicas, incluindo o tratamento da ansiedade e da insónia e o controlo da privação do álcool. São delas exemplos os seguintes medicamentos: o diazepam, o clonazepam, o alprazolam e o oxazepam.

²¹ [The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe. Relatório do OEDT de 2015.](#)

²² Receitados e de venda livre, se aplicável.

²³ Segundo a ação 5 do Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga. Dados mais pormenorizados estão igualmente disponíveis no documento de trabalho dos serviços da Comissão em anexo.

serviços aumentou. Por outro lado, alguns representantes da sociedade civil sublinham que a disponibilidade dos serviços de tratamento diminuiu devido aos cortes orçamentais.

No período de 2013 a 2014 existia nos países da UE uma vasta gama de **serviços de tratamento abrangentes e integrados**. Metade dos Estados-Membros da UE comunicou que esses tratamentos não foram diferentes em 2013 e 2014 em comparação com anos anteriores.

Exemplo

O tratamento da toxicodependência em Inglaterra é muito acessível. Segundo os dados mais recentes (para 2013-2014), 98 % das pessoas enviadas para tratamento começou-o em menos de três semanas. O período de espera é muito curto – cerca de três dias para iniciar o tratamento. A melhoria do sistema de tratamento ao longo de uma década resultou num período de espera que passou de dois meses em 2001 para apenas três dias em 2013-2014.

A maioria dos tratamentos da toxicodependência na Europa é prestada num contexto de **cuidados ambulatoriais**²⁴. Um décimo dos tratamentos da toxicodependência é facultado aos doentes internados em hospitais ou centros especializados²⁵.

Os serviços de reabilitação/recuperação evoluíram em 2013 e 2014, mas aproximadamente metade dos países da UE não comunicou qualquer aumento desses serviços. No mesmo sentido, muitos representantes da sociedade civil referiram que não houve qualquer aumento do número de serviços de reabilitação/recuperação nos respetivos países em 2013 e 2014.

Redução dos riscos e dos danos

Até 2013, todos os países da UE tinham adotado objetivos de saúde pública destinados a prevenir e a reduzir os efeitos nocivos da toxicodependência para a saúde²⁶. A maioria dos países da UE indicou ter adotado ações específicas em 2013 e 2014 para assegurar a disponibilização e o acesso a **medidas de redução dos riscos e danos baseadas** em dados factuais.

Exemplo

Em Chipre, um programa de baixo limiar de acessibilidade²⁷ criado em 2013, implementou o primeiro programa «bola de neve», como projeto-piloto, em 2014. Antigos ou atuais consumidores de drogas injetáveis foram recrutados e participaram numa formação que incluía informações sobre o VIH/SIDA, a hepatite, a tuberculose, técnicas de primeiros socorros, comportamentos sexuais sem risco e um consumo de drogas mais seguro. Após a formação, cada participante recrutou três outros consumidores de drogas injetáveis e partilharam os conhecimentos adquiridos durante a ação, bem como os dados recolhidos sobre os comportamentos de risco no consumo de drogas com base num questionário.

Todos os países da UE dispõem de tratamentos de substituição à base de opiáceos e de programas de troca de agulhas e seringas como medidas cruciais para prevenir e controlar as infeções entre os consumidores de drogas injetáveis, tendo a cobertura desses programas aumentado consideravelmente. Todavia, em 2013, os programas de troca de agulhas e seringas estavam longe de uma cobertura total em todos os países, em especial, nas prisões²⁸. Vários países comunicaram igualmente cortes no

²⁴ Um doente em regime ambulatorio não se encontra internado mais de 24 horas, mas comparece num hospital, clínica ou estabelecimento equiparado para efeitos de um diagnóstico ou tratamento. Dados comunicados pelo OEDT.

²⁵ É este o caso porque, em muitos países, os centros especializados podem receitar um tratamento de substituição à base de opiáceos. Informações comunicadas pelo OEDT.

²⁶ Segundo o [Relatório sobre a situação da Recomendação do Conselho da UE de 2003 relativa à prevenção e redução dos efeitos nocivos da toxicodependência para a saúde na UE e nos países candidatos](#), Gesundheit Oesterreich & Sogeti, de 2013.

²⁷ Os programas de baixo limiar de acessibilidade implicam obrigações mínimas para o paciente, facultam serviços sem tentar controlar o consumo de droga e prestam aconselhamento apenas se for solicitado.

²⁸ Ibidem nota de rodapé 26.

número de serviços de redução de danos nos últimos anos e alguns países dispõem apenas de um número limitado desses serviços²⁹.

Exemplo

Na República Checa, a acessibilidade dos tratamentos de substituição é limitada. A metadona é gratuita para os doentes, mas estão disponíveis apenas em cerca de 10 centros especializados. A maioria dos doentes sob tratamento de substituição à base de opiáceos toma buprenorfina que, na prática, não é coberta por um seguro de saúde, devendo a maioria dos doentes pagar um preço muito elevado para obter os medicamentos (aproximadamente metade do salário mensal médio de um mês). Esta situação favorece o mercado negro da buprenorfina.

Poucos países disponibilizam **centros de consumo de drogas**³⁰ controlados e outros países também disponibilizam programas de naloxone a consumir no domicílio³¹.

Não obstante os progressos realizados nos últimos anos, o consumo de droga na origem de sobredosagens ou de doenças, acidentes, violências e suicídios continua a ser uma das principais causas de mortalidade evitável nos jovens na União. **A UE calculou que o número de mortes por sobredosagem de drogas atingiu pelo menos 5 800 pessoas em 2013**³². Desde 2003, a maioria dos países foi incapaz de reduzir o número de mortes por sobredosagem. Deve ser sublinhado, no entanto, que, de um modo geral, a cobertura e a disponibilização das medidas de redução dos danos na UE parecem estar associadas a uma diminuição dos níveis assinalados de sobredosagem de drogas. As infeções por VIH entre os consumidores de drogas injetáveis diminuíram em 2013. Contudo, as taxas de infeção pela hepatite C eram ainda elevadas em muitos países³³.

Consumo de droga nas prisões

O consumo de estupefacientes é mais elevado entre os reclusos do que na população em geral. Em 2013 e 2014, a maioria dos países da UE dispunha de políticas de cuidados de saúde dirigidas aos toxicómanos detidos. Mais de metade desses países preveem igualmente reforçar as medidas existentes até ao final de 2016, enquanto a maioria daqueles que atualmente não aplicam tais medidas tenciona começar a fazê-lo no mesmo período.

Em 2013 e 2014, os serviços penitenciários e de proximidade propuseram cuidados de saúde continuados para os consumidores de droga em mais de metade dos Estados-Membros da UE, com especial destaque para a prevenção das situações de sobredosagem de drogas³⁴.

Em 2013 foi comunicado que o tratamento de substituição à base de opiáceos estava disponível nas prisões na grande maioria dos países da UE³⁵. Contudo, em alguns países, esse tipo de tratamento na prisão estava limitado às pessoas que já dispunham da adequada receita médica antes de estarem presos.

Apenas alguns países **dispunham de um financiamento específico para medidas de redução da procura de droga** em 2013 e 2014. Muitas vezes o orçamento para estas medidas é integrado em domínios conexos como os cuidados de saúde, a educação e o bem-estar.

4. Redução da oferta de droga

²⁹ Relatórios do OEDT.

³⁰ Respostas ao questionário completado com dados do Relatório do OEDT intitulado «[Perspectives on drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence](#)», de 2015.

³¹ A naloxona é uma droga utilizada para combater os efeitos dos opiáceos, especialmente em casos de sobredosagem. O OEDT comunicou que alguns programas de naloxona são de pequeno alcance e limitados no tempo. Num país, são disponibilizados programas de distribuição de naloxona aos consumidores de alto risco a nível da comunidade e aos reclusos libertados da prisão.

³² Relatórios do OEDT.

³³ OEDT, Relatório Europeu sobre Drogas de 2015.

³⁴ Embora em alguns países tal seja apenas o caso em alguns estabelecimentos prisionais.

³⁵ Segundo dados do OEDT.

A Europol refere que o tráfico de droga foi a principal atividade criminosa em 2013 e 2014, em termos de processos iniciados e de fluxo de informações. Foi comunicada uma estimativa de 230 000 infrações por venda de droga em 2013, 57 % dos quais respeitantes à canábica³⁶. Mais de 1 600 novos processos relacionados com drogas foram iniciados em 2014 na UE contra grupos da criminalidade organizada que procedem ao tráfico de cocaína, heroína, drogas sintéticas e canábica³⁷.

Em 2014, **101 novas substâncias psicoativas** foram notificadas pela primeira vez na UE, em comparação com 41 em 2010. Mais de 450 são atualmente controladas pelo OEDT. Em 2013 procedeu-se a 33 000 apreensões de novas substâncias psicoativas, que representaram mais de 2,3 toneladas. A produção dessas substâncias, incluindo comprimidos, embalagens e rótulos, está a processar-se cada vez mais na UE³⁸, mas também chegam à Europa a partir de países terceiros. Os Estados-Membros da UE referiram que a China foi a principal fonte das novas substâncias psicoativas que entraram na Europa em 2014.

Em 2013 e 2014, o OEDT emitiu 182 notificações formais sobre novas substâncias psicoativas e 32 alertas e avisos de saúde pública dirigidos à rede do sistema de alerta precoce. Muitos diziam respeito a situações graves, particularmente mortes, e/ou perigos que tinham potencial para causar danos graves. Neste período, o OEDT e a Europol realizaram sete avaliações de risco sobre novas substâncias psicoativas que suscitavam preocupações para a saúde. Neste contexto³⁹, a Comissão apresentou propostas ao Conselho no sentido de sujeitar duas substâncias a controlos a nível da UE em 2013, bem como outras seis novas substâncias em 2014⁴⁰. Todas as propostas da Comissão foram adotadas pelo Conselho, após parecer favorável do Parlamento Europeu⁴¹.

Tendo em conta a amplitude da ameaça que representam as novas substâncias psicoativas, o Conselho e o Parlamento Europeu foram obrigados a decidir sobre um novo sistema, mais rápido e mais eficaz para combater as ameaças a este respeito. Em setembro de 2013, **a Comissão adotou um conjunto de medidas legislativas**⁴² visando alcançar tais objetivos. Desde então, esse conjunto de medidas é objeto de debates pelos legisladores.

Em 2013 e 2014, o OEDT colaborou com países da UE tendo em vista obter dados mais rigorosos, fiáveis, comparáveis e de elevada qualidade **em toda a UE sobre a oferta de droga**. Tal permitirá avaliar a situação e a eficácia de políticas visando reduzir a oferta. Os dados serão recolhidos tendo em vista um projeto-piloto em 2015.

O número de casos de tráfico de droga assinalados à Eurojust aumentou apenas ligeiramente em 2014 em comparação com o ano anterior. Um projeto conduzido pela Eurojust em matéria de tráfico de droga em 2014 demonstrou que as diferenças a nível das regras substantivas e processuais nos países da UE representaram **um obstáculo considerável para as investigações sobre o tráfico de droga** e a identificação, deteção e recuperação de ativos decorrentes de atividades da criminalidade organizada transnacional. O projeto também demonstrou que as decisões de congelamento e confisco foram muito

³⁶ Relatórios do OEDT.

³⁷ Relatórios do OEDT.

³⁸ Ibidem nota de rodapé 4.

³⁹ Foi realizada uma oitava avaliação (sobre a 4-metilamfetamina) pelo OEDT e pela Europol em 2012.

⁴⁰ Decisão de Execução (UE) 2015/1876 do Conselho, de 8 de outubro de 2015, que sujeita o 5-(2-aminopropil) indole a medidas de controlo; Decisão de Execução (UE) 2015/1874 do Conselho, de 8 de outubro de 2015, que sujeita a 4-metilamfetamina a medidas de controlo; Decisão de Execução (UE) 2015/1875 do Conselho, de 8 de outubro de 2015, que sujeita a medidas de controlo a substância 4-iodo-2,5-dimetoxi-N-(2-metoxibenzil)fenetilamina (25I-NBOMe), a substância 3,4-dicloro-N-[[1-(dimetilamino)ciclo-hexil]metil]benzamida (AH-7921), a substância 3,4-metilenodioxipirovalerona (MDPV) e a substância 2-(3-metoxifenil)-2-(etilamino)ciclo-hexanona (metoxetamina); Decisão de Execução (UE) 2015/1873 do Conselho, de 8 de outubro de 2015, que sujeita a 4-metil-5-(4-metilfenil) — 4,5-di-hidrooxazol-2-amina (4,4'-DMAR) e a 1-ciclo-hexil-4-(1,2-difeniletíl) piperazina (MT-45) a medidas de controlo.

⁴¹ O acórdão do Tribunal de Justiça da União Europeia de 16.4.2015, nos processos C-317/13 e C-679/13, exigia que o Parlamento Europeu fosse consultado antes da adoção das decisões do Conselho visando proibir a utilização de novas substâncias psicoativas. Por conseguinte, todas as decisões do Conselho adotadas ou que aguardavam adoção com data anterior ao acórdão do Tribunal de Justiça tiveram de ser novamente adotadas pelo Conselho após o Parlamento Europeu ser consultado. Tal sucedeu em outubro de 2015.

⁴² O conjunto de medidas inclui: a proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo às novas substâncias psicoativas e a proposta de diretiva do Parlamento Europeu e do Conselho que altera a Decisão-Quadro 2004/757/JAI do Conselho, de 25 de outubro de 2004, que adota regras mínimas quanto aos elementos constitutivos das infrações penais e às sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de droga, no que diz respeito à definição de droga.

pouco utilizadas nos processos de tráfico de droga⁴³. Em 2013 e 2014, a maioria dos países da UE pôs em prática iniciativas visando lutar contra o tráfico transnacional e melhorar a segurança com outros Estados-Membros.

Em 2013 e 2014, a CEPOL organizou formações sobre a problemática da droga e matérias conexas para aproximadamente **1 300 participantes** de países da UE, de países associados, de países candidatos e de agências da UE. Pouco mais de metade dos países da UE comunicou existir uma **boa cooperação** sobre matérias relacionadas com a droga entre os serviços coercivos e as entidades pertinentes⁴⁴, embora nem todos disponham de memorandos de entendimento que formalizem tal cooperação.

Em 2013 registou-se um total de **846 casos de apreensão e remessas intercetadas de precursores de drogas destinados a serem utilizados de forma ilícita**; em 2014 registaram-se **628 casos**⁴⁵.

Vários países da UE congregam as suas capacidades repressivas a nível do Centro de Análise e Operações Marítimas (Narcóticos) (MAOC-N) visando intercetar as expedições de droga, em especial no Oceano Atlântico. Desde a sua criação, o Centro coordenou a interdição de mais de **120 navios** e apreendeu mais de **100 toneladas de cocaína** e **300 toneladas de canábis** com um valor comercial de **8 mil milhões de EUR**. As atividades do Centro são igualmente apoiadas por financiamento da UE.

Em 2013 e 2014, o sistema jurídico na maioria dos países da UE previa **alternativas às sanções coercivas aplicadas aos delinquentes toxicómanos**. Quase todos os países da UE preveem o tratamento e a reabilitação, enquanto metade deles prevê a educação, a assistência subsequente e a integração social.

Exemplo

Em Portugal, uma lei em vigor desde julho de 2001, despenaliza o consumo de droga e atos conexos, mas mantém o caráter ilícito do consumo. Constitui crime a posse de droga em quantidade superior à média do consumo individual durante 10 dias. Contudo, uma pessoa apanhada na posse de uma quantidade inferior de droga, sem haver a suspeita de envolvimento no tráfico de droga, será avaliada por uma comissão local para a dissuasão da toxicodependência, composta por um advogado, um médico e um assistente social. Podem ser aplicadas sanções administrativas, mas o objetivo principal consiste em facilitar o acesso ao tratamento e à recuperação da saúde e a reintegração na sociedade. Essas comissões atuam como uma «segunda linha» da intervenção preventiva, avaliando a situação pessoal dos consumidores de droga enviados pela polícia, e encaminhando-os para as soluções adequadas.

Outro problema consiste no surgimento da Internet como um mercado em linha para as drogas. **Mais de metade dos países da UE dirigiu a sua atenção especificamente para a criminalidade relacionada com a droga através da Internet**, visando alguns deles sítios web utilizados para vender drogas sintéticas. A Eurojust e a Europol comunicaram igualmente terem realizado várias ações contra a criminalidade relacionada com a droga através da Internet.

Exemplo

Na Alemanha, o Serviço Federal de Polícia Judiciária (BKA) detetou um aumento da venda de estupefacientes de todos os tipos através da Internet. A sua atenção incidiu principalmente nas drogas sintéticas. Além disso, o comércio da droga evolui cada vez mais da rede aberta para a rede obscura (*Darknet*). Em seu resultado, a anonimização e a codificação de dados torna muito difícil a identificação dos administradores, vendedores e clientes. Por outro lado, a utilização de moedas

⁴³ Com base na Decisão-Quadro 2006/783/JAI do Conselho, de 6 de outubro de 2006, relativa à aplicação do princípio do reconhecimento mútuo às decisões de perda (JO L 328 de 24.11.2006, p. 59) e a Decisão-Quadro 2003/577/JAI do Conselho, de 22 de julho de 2003, relativa à execução na União Europeia das decisões de congelamento de bens ou de provas (JO L 196 de 2.8.2003, p. 45).

⁴⁴ Por exemplo, as transportadoras aéreas, os prestadores de serviços de correio expresso aéreo, companhias de transporte marítimo, autoridades portuárias e empresas do setor químico.

⁴⁵ Base de dados da UE sobre precursores de drogas.

virtuais, como por exemplo a Bitcoin, facilita ainda mais o anonimato para os utilizadores. Tendo em conta precisamente este fenómeno crescente, o BKA criou, desde 15 de novembro de 2014, um grupo de trabalho sobre o tráfico de droga através da Internet. O grupo de trabalho é atualmente composto por 2 funcionários a tempo inteiro e outro a meio tempo.

Apenas alguns países dispunham de **financiamento específico em 2013 e 2014 para medidas de redução da oferta de droga**. Normalmente o orçamento para estas medidas é integrado em domínios conexos, como o orçamento geral da polícia judiciária.

5. Coordenação

Responder com eficácia à **natureza transversal do problema da droga exige coordenação** entre os diferentes domínios de intervenção a nível da UE e nacional nos Estados-Membros da UE.

O Conselho dispõe de um grupo de trabalho específico para lidar com questões transnacionais relacionadas com a droga. No contexto desse grupo, as presidências do Conselho têm seguido uma agenda que segue de perto o Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga. Contudo, alguns países da UE consideram que nem todas as ações foram desenvolvidas de forma sistemática. As presidências rotativas do Conselho têm igualmente diligenciado no sentido de estabelecer relações mais estreitas e partilhar informações com outras partes interessadas ativas com funções coercivas.

Quase todos os Estados-Membros da UE referem que coordenam as suas **posições a nível dos grupos de trabalho do Conselho da UE sobre problemas relacionados com a droga** com todas as partes pertinentes a nível nacional.

Em 2013, com exceção de um país que adotou uma abordagem regional, todos os países da UE aplicavam **estratégias nacionais**. Embora a maioria das estratégias tenha sido especificamente centrada na droga, em alguns países da UE esta problemática é incluída em políticas de dependência mais amplas, designadamente o tabaco, o álcool e, por vezes, outros comportamentos dependentes. Nos últimos anos, um número crescente de países realizou uma avaliação final da respetiva estratégia ou plano de ação de luta contra a droga⁴⁶. Todos os Estados-Membros comunicaram que **organizações da sociedade civil**⁴⁷ foram associadas à elaboração, ao acompanhamento e à avaliação das respetivas políticas nacionais de luta contra a droga no período 2013-2014.

Exemplo

Na Eslováquia, as ONG dispõem do seu representante (governamental) no principal organismo de coordenação que é o Conselho do Governo da República Eslovaca para a política de luta contra a droga, o qual está habilitado a convidar representantes nas reuniões do Conselho e no debate de temas específicos da ordem de trabalhos. Além disso, durante a preparação de novos documentos estratégicos (estratégias, planos de ação), os representantes de ONG são convidados a apresentar as suas ideias, quer através do seu membro junto do governo, quer diretamente. Têm igualmente competência jurídica para apresentar as suas observações e sugestões no âmbito do processo de aprovação dos documentos. As suas observações e sugestões têm de ser debatidas e as mais razoáveis devem ser tidas em conta; qualquer incoerência deve ser evitada, caso contrário, o procedimento de aprovação pode ser suspenso.

A maioria dos representantes da sociedade civil confirmou ter sido envolvida na elaboração, acompanhamento e avaliação das políticas de luta contra a droga do seu país em 2013-2014, embora alguns tenham também declarado que **não havia um diálogo estruturado** para esse efeito. Embora numerosos representantes da sociedade civil tenham admitido que o tipo de cooperação instaurada a nível nacional foi útil, outros indicaram que não existia qualquer intervenção da sociedade civil na

⁴⁶ Relatórios do OEDT.

⁴⁷ Nomeadamente os prestadores de serviços neste domínio; organizações não governamentais ativas no domínio da luta contra a droga; organizações não governamentais que representam os interesses de partes interessadas específicas no domínio da luta contra a droga (consumidores de droga/membros da família, etc.); comunidade científica.

conceção das políticas de luta contra a droga nos respetivos países. Existe, a nível da UE, um diálogo estruturado entre a Comissão e a sociedade civil através do Fórum da Sociedade Civil sobre a Droga, que fornece aconselhamento para apoiar a elaboração e a execução da política neste domínio.

Representantes da sociedade civil consideraram que eram atribuídos **recursos insuficientes** a nível nacional para concretizar as prioridades da Estratégia da UE de Luta contra a Droga em 2013 e 2014. Muitas ONG também comunicaram reduções orçamentais.

Há elementos escassos sobre a despesa pública relacionada com a luta contra a droga a nível nacional. Para os 19 países que publicaram estimativas nos últimos 10 anos, a despesa é estimada entre 0,01 % e 0,5 % do PIB, com os cuidados de saúde representando entre 24 % e 73 % de todas as despesas relacionadas com a droga⁴⁸.

6. Cooperação internacional

A nível internacional, um importante objetivo consagrado na Estratégia da UE de Luta contra a Droga consiste em a União adotar uma posição única nas instâncias internacionais e com os países parceiros. Em 2013 e 2014, a UE conseguiu apresentar, em geral, uma posição coordenada nas reuniões internacionais. Embora tenham sido tomadas medidas para alcançar uma maior sincronização das posições da UE nas instituições das Nações Unidas, é necessária uma melhor coordenação entre as delegações ativas junto da ONU em Viena e no Grupo Horizontal da Droga a nível do Conselho em Bruxelas.

As posições da UE foram preparadas para as reuniões na ONU ou de outras instâncias internacionais que se ocupam de matérias relacionadas com a droga. Está a ser preparada uma posição comum da UE tendo em vista a UNGASS de 2016.

A UE **coopera desde longa data com países terceiros** como os Estados Unidos, os países da América Latina, os países das Caraíbas, da Ásia Central e dos Balcãs Ocidentais, a Rússia e os países abrangidos pela Política Europeia de Vizinhança, com os quais organiza periodicamente reuniões de peritos sobre estupefacientes. Celebrou também acordos específicos de cooperação sobre o controlo de precursores de drogas com 11 países, nomeadamente a China, os EUA e o México. No âmbito destes acordos, realizam-se reuniões de peritos numa base regular, a maioria das vezes anualmente.

Em 2013 e 2014, a cooperação com **os países abrangidos pela Política Europeia de Vizinhança e a Rússia** incidiu na redução da oferta de droga, mas foi menos dinâmica do que no passado. Tal deve-se muito provavelmente à difícil situação da segurança ao longo da fronteira oriental europeia. A criação, nos **países do alargamento**, de estratégias nacionais antidroga em conformidade com a Estratégia e os Planos de Ação da UE de luta contra a droga constitui um progresso decisivo⁴⁹. O Mecanismo de Coordenação e Cooperação UE-CELAC em matéria de Droga⁵⁰ e o Grupo Misto de Acompanhamento para o controlo de precursores⁵¹ organizaram reuniões para debater o problema da droga no mundo. A política da UE em matéria de droga para a América Latina é apoiada igualmente por um conjunto de projetos de cooperação regionais e bilaterais⁵². Os diálogos entre a UE e os EUA incidiram sobre temas como a forma de fazer face às novas substâncias psicoativas, o abuso de medicamentos sujeito a receita médica e a preparação da UNGASS de 2016.

A abordagem adotada pelos programas de cooperação externa da UE no domínio da droga visa lutar contra a oferta e a procura de droga de forma equilibrada, promovendo e protegendo simultaneamente os direitos humanos.

⁴⁸ Relatórios do OEDT.

⁴⁹ Em 2013-2014 foram adotadas estratégias novas e/ou atualizadas na Turquia, Montenegro, antiga República jugoslava da Macedónia e na Sérvia.

⁵⁰ Comunidade de Estados Latino-Americanos e Caribenhos.

⁵¹ A UE celebrou sete acordos específicos sobre o controlo de precursores de drogas na América Latina com a Bolívia, o Chile, a Colômbia, o Equador, o México, o Peru e a Venezuela.

⁵² Ou seja, na Bolívia, no Peru, no Brasil, no Equador e na Colômbia.

Alguns dos principais projetos relacionados com a problemática da droga financiados pela UE em 2013 e 2014 incluíram, nomeadamente:

- O COPOLAD, um programa de cooperação regional sobre políticas de luta contra a droga com a América Latina⁵³;
- O Programa da Rota da Cocaína⁵⁴, ativo em 38 países na África Ocidental, na América Latina e nas Caraíbas;
- O programa Rota da Heroína⁵⁵;
- O Programa de Ação de Luta Contra a Droga na Ásia Central (CADAP)⁵⁶;
- O BOMCA 8⁵⁷, igualmente ativo na Ásia Central.

A União Europeia desenvolve igualmente a cooperação com a África Ocidental, prestando apoio na execução do plano de ação regional da CEDEAO⁵⁸ sobre o tráfico ilícito de droga, a criminalidade organizada e a toxicod dependência.

A UE concede, desde há muito, apoio a projetos e programas do Gabinete das Nações Unidas para a Droga e a Criminalidade (UNODC). A UE financia vários projetos e programas no contexto da luta mundial contra o tráfico de droga num montante total de 73 milhões de EUR.

Exemplo

A cooperação entre a UE e a América Latina é igualmente definida pelo COPOLAD, um programa de cooperação regional sobre as políticas de luta contra a droga que visa melhorar o equilíbrio, a coerência e o impacto dessas políticas na América Latina, bem como pelo Mecanismo de Coordenação e Cooperação UE-CELAC em matéria de Droga. Tem por objetivo, em especial, reforçar as capacidades e melhorar as diferentes etapas do processo de elaboração das políticas antidroga nos países da América Latina. Segundo as agências nacionais antidroga na América Latina, o COPOLAD contribuiu para reforçar as mudanças na forma como são consideradas as políticas de luta contra a droga, bem como para alterar paradigmas e chamar a atenção para a necessidade de: uma abordagem equilibrada entre a redução da procura e a redução da oferta de droga; políticas baseadas em dados factuais; políticas baseadas nos princípios dos direitos humanos e de saúde pública; ter em conta as questões de género; e uma certa aceitação de abordagens de redução dos danos, que foram massivamente rejeitadas no passado.

O desenvolvimento alternativo visa proporcionar aos agricultores uma alternativa legal e economicamente viável à cultura de plantas psicotrópicas. Apenas alguns países da UE comunicaram o financiamento desse tipo de programas nas regiões em que se verifica o cultivo de plantas ilícitas ou que estavam em risco de desenvolver essas culturas em 2013 e 2014⁵⁹.

Em 2013-2014, menos de metade dos países da UE ajudaram países terceiros, incluindo a sociedade civil desses países, a conceber e a desenvolver **iniciativas de redução dos riscos e dos danos**⁶⁰.

⁵³ O COPOLAD, lançado em 2010, foi inteiramente financiado pela UE, com um orçamento total de 6,5 milhões de EUR. Em 2014, o COPOLAD foi prorrogado (2016-2019). Na segunda fase, a contribuição da UE será de 10 milhões de EUR. O contrato de subvenção para a execução do programa COPOLAD foi adjudicado a um consórcio espanhol que inclui parceiros da Europa, da América Latina, entidades associadas da Costa Rica, Polónia, Equador, México, e Roménia, a CICAD (Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas), o IDPC (Consórcio internacional sobre políticas de luta contra a droga), o OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência), a PAHO (Organização Panamericana da Saúde) e a RIOD (Rede Iberoamericana de ONG ativas no domínio da toxicod dependência) https://ec.europa.eu/europeaid/regions/latin-america/copolad-cooperation-programme-between-latin-america-and-european-union-drugs_en

⁵⁴ <http://www.cocaineroute.eu/>

⁵⁵ <https://www.fight-trafficking.eu/>

⁵⁶ O consórcio da UE é liderado pela Alemanha. Os países da Ásia Central abrangidos são os seguintes: Cazaquistão, Quirguistão, Tajiquistão, Turquemenistão e Usbequistão. A UE concedeu 20,7 milhões de EUR ao programa para 2001-2013.

⁵⁷ Programa de Gestão das Fronteiras na Ásia Central. A UE concedeu 33,6 milhões de EUR ao BOMCA para 2003-2014. Uma componente centra-se no reforço das capacidades de luta contra a droga das agências ativas nas fronteiras.

⁵⁸ Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental.

⁵⁹ Os principais beneficiários foram o Afeganistão, a Birmânia, o Laos, a Bolívia, a Colômbia, o Peru e o Equador.

⁶⁰ Os principais beneficiários foram a América Latina, a Ásia Central e o Sudeste Asiático, países de África, os Balcãs Ocidentais, países do Sul do Mediterrâneo e da Europa de Leste.

Alguns países da UE financiaram projetos e/ou programas destinados a combater a **criminalidade organizada relacionada com a droga** em países terceiros em 2013-2014⁶¹.

Em 2013 e 2014, metade de todos os Estados-Membros da UE celebraram **acordos bilaterais, estratégias e/ou planos de ação de cooperação que incluíam a cooperação em matéria de luta contra a droga com países terceiros** (principalmente com a Rússia, os Balcãs Ocidentais, o Médio Oriente e a América Latina). Os tipos mais comuns de acordos de cooperação bilaterais abrangeram a coordenação, a redução da procura e da oferta de droga, as informações, avaliação, investigação e acompanhamento, bem como os que dizem respeito apenas à redução da oferta de droga.

7. Informação, investigação, acompanhamento e avaliação

Em 2013 e 2014, a Comissão concedeu aproximadamente 10 milhões de EUR de financiamento a dois projetos relacionados com a luta contra a droga no âmbito do Programa «Ciências Socioeconómicas e Humanas» do Sétimo Programa-Quadro de Investigação (7.º PQ). Os projetos diziam respeito às seguintes temáticas: dependências e estilos de vida na Europa atual (ALICE RAP) e rede do espaço europeu da investigação em matéria de drogas ilícitas (ERANID). O apoio do 7.º PQ para a investigação em matéria de drogas ilícitas eleva-se a cerca de 60 milhões de EUR, incluindo igualmente estudos sobre: a relação entre consumidores de drogas injetáveis e doentes com hepatite e mulheres grávidas infetadas pelo VIH; opções de tratamento inovadoras e a melhoria das tecnologias de deteção de drogas ilícitas.

Por último, a Comissão concedeu mais de 1,5 milhões de EUR de financiamento através de outros programas financeiros⁶² para projetos relacionados com a investigação no domínio das drogas.

Em 2013-2014 realizaram-se investigações cruciais em países da UE, em especial sobre a redução da procura de estupefacientes e as doenças transmitidas por via sanguínea associadas ao consumo de droga. Os tópicos seguidamente referidos foram os que mereceram maior atenção dos investigadores, designadamente o consumo de drogas múltiplas e o abuso de medicamentos sujeitos a receita médica e sob controlo; o problema da droga entre os presos e a disponibilização e alcance de medidas e serviços visando a redução da procura de droga nos estabelecimentos prisionais. Em alguns países, a investigação incidiu sobre a redução da oferta de droga e a comorbilidade psiquiátrica e física.

Em 2013 e 2014, quase todos os países da UE tinham iniciado/implementado iniciativas para a **formação de profissionais**⁶³ em aspetos relacionados com a redução da procura e da oferta de droga. Metade tinha iniciado ou implementado igualmente iniciativas para formar profissionais na recolha de dados e na prestação de informações sobre a redução da procura e da oferta de droga. Algumas organizações da sociedade civil também participaram em iniciativas de formação a nível nacional ou da UE.

8. Conclusões

A droga constitui um problema social complexo, com **custos humanos e sociais** muito elevados. O tráfico de droga representa uma das atividades mais lucrativas para a criminalidade organizada. Desde há alguns anos, a UE dispõe de uma política que visa alcançar um equilíbrio entre a redução da procura e da oferta de droga. Este modelo é reconhecido como válido por muitas partes interessadas e por países terceiros.

⁶¹ Os principais beneficiários foram os países africanos, as Caraíbas, a América do Sul, os Balcãs Ocidentais, a Ásia Central e a Europa Oriental.

⁶² O Programa «Prevenir e combater a criminalidade» (ISEC), o Programa de Informação e Prevenção em Matéria de Droga (PIPD) e o Programa «Justiça» financiaram os seguintes projetos: LEADER sobre o aperfeiçoamento da análise económica sobre drogas ilícitas (Fundação de Investigação Biomédica Clínica, Barcelona), tratamento da hepatite C e investigação preventiva (Universidade de Bristol), CASSANDRA sobre a investigação relativa à cadeia de abastecimento e divulgação de novas substâncias psicoativas (King's College de Londres), PREDICT sobre a previsão do risco de aparecimento de novas drogas in silico e a nível da toxicologia clínica (Universidade de Maastricht).

⁶³ Nomeadamente profissionais da saúde, ONG, agentes de polícia, diplomatas, professores e educadores, assistentes sociais, investigadores e decisores políticos, analistas de risco, gestores de programas de reabilitação psicossocial, funcionários aduaneiros e cães dos serviços aduaneiros, juizes, advogados e administração penitenciária.

A UE deve ter por base as relações e os diálogos existentes com países não pertencentes à União, a fim de dar um **novo impulso à cooperação para fazer face ao problema da droga**. Se a UE pretende que a sua abordagem equilibrada do problema da droga venha a ser adotada em todo o mundo, será necessária uma cooperação reforçada e direcionada com os países terceiros e as organizações regionais e internacionais. O empenhamento e apoio da UE ajudará os países terceiros a fazerem face aos seus problemas neste domínio e, ao mesmo tempo, contribuirá para reduzir a oferta de droga na UE.

Surgem constantemente novos riscos. Um desses riscos é o **aumento das novas substâncias psicoativas**. É imperativo que o Parlamento Europeu e o Conselho cheguem a um consenso para pôr em prática um sistema sólido e eficaz visando enfrentar as ameaças que representam as novas substâncias psicoativas em toda a UE. É conveniente, simultaneamente, desenvolver esforços para reforçar a capacidade de colocar as substâncias perigosas na agenda a nível internacional em cooperação com a Organização Mundial de Saúde.

Um outro problema consiste no surgimento da **Internet como um mercado em linha para a droga**. A UE e a comunidade internacional têm de abordar este aspeto do problema da droga de forma proactiva, em colaboração com os serviços repressivos, a indústria, a sociedade civil e outros parceiros, a fim de encontrar formas eficazes de prevenir o tráfico de droga em linha.

A **canábis** é amplamente consumida e traficada na UE e o recente aparecimento de produtos sintéticos derivados da canábis veio acrescentar uma nova dimensão a este mercado. A canábis é também objeto de intenso debate a nível internacional e europeu, à medida que novos desenvolvimentos legislativos estão a ser implementados em países terceiros autorizando o seu consumo para fins recreativos. É provável que este debate prossiga e suscite maior atenção no futuro.

Embora as informações sobre as **despesas públicas com políticas relacionadas com a droga** na UE sejam raras, não restam dúvidas de que a crise económica tem tido um impacto sobre a forma como os países da UE estão a tratar o assunto. Segundo o OEDT, vários Estados-Membros da UE comunicaram ter diminuído os seus serviços de redução dos danos e/ou só tendo medidas de alcance muito limitado em vigor. Além disso, organizações da sociedade civil chamaram a atenção para as reduções nos orçamentos nacionais da prevenção e tratamento da toxicod dependência.

Os **esforços da investigação** no domínio da droga prosseguirão na UE. O Programa Horizonte 2020, o Programa-Quadro da UE de Investigação e Inovação (2014-2020) e o Programa «Justiça» (2014-2020) serão os principais instrumentos para fomentar a investigação europeia neste domínio.

A **Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS)**, a realizar em 2016 sobre a problemática da droga, será um marco importante na elaboração de uma política que afeta a vida de milhões de pessoas em todo o mundo. O modelo que a UE irá promover na UNGASS é uma abordagem integrada e equilibrada, baseada em provas científicas. A UE aproveitará também a oportunidade para apelar a uma política de luta contra a droga mais orientada para o aspeto humano e a saúde pública a nível internacional. É da maior importância que a UE tenha uma posição única na UNGASS.

Como prevê a Estratégia da UE de Luta contra a Droga, a Comissão Europeia procederá em 2016 a uma **avaliação exaustiva** da sua Estratégia e Plano de Ação neste domínio. A avaliação examinará o impacto da execução da referida estratégia, tanto dentro como fora da UE. Com base nos seus resultados, a Comissão decidirá da oportunidade de apresentar uma proposta de um novo plano de ação para 2017-2020.